



Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Cuidar no masculino

Transições para trajetórias de cuidar de um familiar idoso dependente

Cheila Raquel Rodrigues da Costa Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de
Mestre em Sociologia

Orientadora:

Doutora Maria das Dores Guerreiro, Professora Associada,

ISCTE-IUL

Julho, 2017

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

Cuidar no masculino

Transições para trajetórias de cuidar de um familiar idoso dependente

Cheila Raquel Rodrigues da Costa Silva

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de grau de
Mestre em Sociologia

Orientadora:

Doutora Maria das Dores Guerreiro, Professora Associada,
ISCTE-IUL

Julho, 2017

AGRADECIMENTOS

Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós. (Antoine de Saint-Exupéry)

Ao concluir esta dissertação, não posso deixar de agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram e tornaram possível a sua concretização.

À Professora Maria das Dores Guerreiro, o meu primeiro agradecimento, pelo rigor científico, assertividade, conhecimento transmitido e, em especial, pelo apoio enérgico que me deu na fase final desta dissertação.

O ISCTE-IUL tem sido para mim uma casa, um lugar de conhecimento, aprendizagem e crescimento pessoal, um lugar de afetos, no qual tive o privilégio de me cruzar com pessoas extraordinárias que, ao longo destes anos, têm deixado muito de si em mim, através dos seus exemplos. Em especial, quero agradecer ao Professor Rui Pena Pires, que me ensinou a pensar sociologicamente e que me tem acompanhado desde o primeiro ano da licenciatura, quando iniciei o gosto e a descoberta da Sociologia, à Professora Graça Carapinheiro, à Professora Helena Carreiras, à Professora Helena Carvalho, à Professora Maria da Paz Lima, ao Professor José Machado Pais e a todos os outros cujo nome não enuncio, mas que contribuíram para me formar e ser quem sou hoje.

Àqueles que, durante a concretização desta dissertação, se disponibilizaram para me esclarecerem sobre a temática em análise, partilhando o seu saber, nomeadamente a Professora Karin Wall, o Professor José São José, a Professora Magda Nico, a Professora Heloísa Perista e a Doutora Vanessa Cunha...

Àqueles que amo incondicionalmente e que fazem parte do meu quotidiano...

Àqueles que já não estão, mas que continuo a amar, com os quais aprendi o significado da palavra cuidar – aos meus avós e aos meus pais...

E, por último, sendo os primeiros, a todos os entrevistados que se disponibilizaram, dando o seu testemunho sobre a sua experiência individual, enquanto cuidadores na dependência, contributo fundamental para a compreensão do seu significado sociológico...

A todos o meu muito OBRIGADA.

RESUMO

A presente investigação sociológica, de natureza qualitativa, debruçou-se sobre o tema dos cuidados familiares a idosos dependentes, tendo-se focado, mais concretamente, nas transições para as trajetórias de cuidar. Os resultados obtidos revelam uma realidade social bastante matizada.

Realizaram-se dezasseis entrevistas semi-estruturadas a homens cuidadores de familiares, em linha ascendente e colateral, na Área Metropolitana de Lisboa.

Considerou-se o modo como os homens assumem o papel de cuidador e as formas de estruturação dos cuidados prestados.

As transições para as trajetórias de cuidar foram realizadas de diferentes modos e em diferentes *timings*. Alguns cuidadores realizaram transições simples para as trajetórias de cuidar, enquanto, no polo oposto, existem cuidadores com transições muito complexas para as trajetórias de cuidar. A diversidade encontrada prende-se com múltiplos fatores, quer de natureza micro-social (associados às vidas dos cuidadores, dos idosos dependentes e de outros familiares), quer de natureza macro-estrutural, como a classe social.

O aprofundamento do conhecimento do cuidar no masculino permitiu, ainda, contribuir para a desconstrução de estereótipos de género, tendo ficado evidenciado que os homens também se envolvem na prestação de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: envelhecimento, idosos dependentes, cuidados familiares no masculino transições para trajetórias de cuidar.

ABSTRACT

This sociological research, of a qualitative nature, focused on the topic of family care for dependent elderly, with special emphasis on the transitions to care trajectories. The results obtained reveal a very nuanced social reality.

Sixteen (semi-structured) interviews were carried out with men who cared for relatives in the ascending and collateral line in the Metropolitan Area of Lisbon.

It was considered how men assume the role of caregiver and the forms of structuring the care provided.

The transitions to the care trajectories were performed in different ways and in different timings. Some caregivers have performed simple transitions to caring trajectories, while on the opposite pole there are caregivers with very complex transitions to caring trajectories. The diversity found is related to multiple factors, both of a micro-social nature (associated with the lives of caregivers, dependent elderly and other relatives), or of a macro-structural nature such as social class.

The deepening of the knowledge of caring in the male has also contributed to the deconstruction of gender stereotypes, and it has become evident that men are also involved in the provision of care.

KEYWORDS: Aging, dependent elderly, family care in the male, transitions to care trajectories.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
I. ENQUADRAMENTO E CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	3
1. Algumas linhas de investigação sobre o tema dos cuidados familiares a idosos dependentes	3
2. O cuidar e a assunção do papel de cuidador	6
2.1 O cuidar	6
2.2 A assunção do papel de cuidador	9
3. Traços da sociedade portuguesa que enquadram os cuidados familiares a idosos dependentes	13
3.1 Envelhecimento da população	13
3.2 Estruturas e dinâmicas familiares.....	13
II. OBJETIVOS, MODELO DE ANÁLISE E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
1. Modelo de análise.....	15
2. Procedimentos metodológicos	17
2.1 Método de pesquisa	17
2.2 Técnicas de recolha de dados.....	18
2.2.1 Entrevista	18
2.3 Procedimentos de análise de dados	18
III. ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS.....	19
1. Caracterização social dos cuidadores	19
2. Caracterização social das pessoas idosas que recebem cuidados	22
3. As formas de estruturação dos cuidados prestados.....	23
4. As transições para as trajetórias de cuidar	26
4.1 O modo e o <i>timing</i> das transições.....	29
4.1.1 Transições simples “dentro de tempo”	29
4.1.2 Transições simples “fora de tempo”	31
4.1.3 Transições complexas “dentro de tempo”.....	34
4.1.4 Transições complexas “fora de tempo”	36
4.1.5 Transições muito complexas “dentro de tempo”.....	37
4.1.6 Transições muito complexas “fora de tempo”.....	38
CONCLUSÕES	40
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXO A – GUIÃO DA ENTREVISTA.....	LI
ANEXO B – ELEMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS TRANSIÇÕES PARA AS TRAJETÓRIAS DE CUIDAR	LVI
ANEXO C –BIO-GRÁFICOS.....	LX

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 3.1 – Alguns elementos de caracterização geral dos cuidadores e das pessoas idosos que recebem cuidados.....	20
Quadro 3.2 – Distribuição dos entrevistados segundo as soluções de prestação de cuidados	24
Quadro 3.3 – Tipologia das transições para as trajetórias de cuidar	39

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 – Modelo de análise.....	15
-------------------------------------	----

«(...) caring demands both love and labour, both identity and activity.» Graham, 1983

INTRODUÇÃO

A prestação/receção de cuidados, para além de ser um aspeto fundamental da vida de cada indivíduo, tem-se tornado um assunto sujeito a uma crescente discussão pública, onde participam governantes, cientistas sociais e a sociedade civil em geral. No que diz respeito especificamente ao tema dos cuidados a idosos dependentes, a sua relevância social e científica resulta sobretudo das possíveis repercussões que algumas mudanças sociais, combinadas com algumas continuidades que caracterizam as sociedades contemporâneas, poderão ter na satisfação das necessidades de bem-estar da população idosa dependente. De entre as mudanças, salientam-se o acentuado envelhecimento da população e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho. Por sua vez, de entre as continuidades, salientam-se a persistente desigualdade de género no tocante à divisão do trabalho doméstico e também a persistente associação entre o feminino e as tarefas de reprodução familiar, onde se inclui a prestação de cuidados (Wall e Guerreiro, 2005; Amâncio, 2007; Wall, Aboim e Cunha, 2010). Estas tendências, ao nível das estruturas demográficas, bem como ao nível das dinâmicas e dos valores familiares, levantam diversas questões pertinentes no que respeita à prestação de cuidados à população idosa dependente, as quais têm impulsionado de forma consistente a investigação sobre este tema, desde a década de 80 do séc. XX, que se tem mantido com grande vitalidade até aos dias de hoje.

Sendo o conhecimento científico sobre os cuidados familiares a idosos dependentes bastante volumoso e diversificado, ainda existem alguns aspetos que carecem de aprofundamento. Apesar de os estudos terem vindo a ser realizados de forma cada vez mais contextualizada, prestando-se atenção à diversidade, continuam ainda a reportar-se sobretudo às mulheres cuidadoras, desconsiderando em muitos casos os homens cuidadores. Existem fatores explicativos para isso. Começando pelo género, importa voltar a referir, em primeiro lugar, que a divisão da quantidade de tempo e de energia despendida nos cuidados a idosos dependentes entre homens e mulheres continua a ser desigual (Brody, 2004; Fine, 2007; Phillips, 2007; Perista *et. al* 2016; Wall *et. al* 2016). As mulheres (sobretudo cônjuges, filhas e noras) tendem a assumir mais do que os homens o papel de cuidadoras, nomeadamente o de cuidadoras principais.

Porém, alguma outra investigação empírica também revela que os homens têm um papel ativo na prestação de cuidados a idosos dependentes (Arber e Ginn, 1995), principalmente nos cuidados às respetivas mulheres (cônjuges), e se envolvem em tarefas de cuidar que são tendencialmente associadas ao feminino (Arber e Gilbert, 1989; Campbell e Martin-Matthews, 2000; Ribeiro 2005; São José 2009). Os estudos que se debruçaram sobre os filhos cuidadores são mais escassos do que os estudos que se focaram nos cônjuges cuidadores (homens) (Harris e Bichler, 1997). Os estudos sobre os filhos cuidadores têm-se centrado na caracterização das

tarefas que estes desempenham, nada nos dizendo sobre os processos e as dinâmicas subjacentes ao cuidar.

Assim sendo, julgamos ser importante aprofundar conhecimentos sobre os cuidados no masculino. Nesta pesquisa, a nossa atenção centrar-se-á nas transições para as trajetórias de cuidar. Importa-nos saber: De que modo os homens assumem o papel de cuidador? Como se estrutura a prestação de cuidados? Como é que são realizadas as suas transições para as trajetórias de cuidar? Estas são as principais perguntas, às quais pretendemos responder.

Este trabalho está estruturado em três partes. A primeira parte é dedicada à revisão da bibliografia sobre o tema dos cuidados familiares a idosos dependentes. Aí são abordados o conceito de cuidar, a assunção do papel de cuidador e, por fim, alguns dos traços da sociedade portuguesa que enquadram os cuidados familiares a idosos dependentes.

Por sua vez, a segunda parte foca-se no modelo de análise que direcionou a nossa pesquisa e nos instrumentos teóricos e metodológicos mobilizados para a concretizar.

A terceira parte é dedicada à análise da informação empírica recolhida. No primeiro e segundo pontos, apresentamos a caracterização social dos cuidadores entrevistados e dos idosos que recebem cuidados, no terceiro ponto consideramos as formas de estruturação dos cuidados prestados e, no quarto, os modos e os *timings* das transições realizadas por estes homens para as trajetórias de cuidar.

Por último, são apresentadas e discutidas as conclusões finais desta pesquisa, as quais derivam do confronto dos resultados obtidos, quer com o conhecimento científico já existente sobre o tema investigado, quer com as perspetivas teóricas que orientaram a investigação. Este capítulo congrega os principais resultados da análise anterior, dando uma perspetiva global e integrada da realidade social estudada.

I. ENQUADRAMENTO E CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Nesta primeira parte, faremos uma breve revisão da bibliografia sobre o tema dos cuidados familiares a idosos dependentes. Consideraremos o conceito de cuidar, a assunção do papel de cuidador e, por fim, alguns dos traços da sociedade portuguesa que enquadram os cuidados familiares a idosos dependentes.

1. Algumas linhas de investigação sobre o tema dos cuidados familiares a idosos dependentes

A investigação sobre o tema específico dos cuidados familiares a idosos dependentes iniciou-se de uma forma consistente, durante a década de 80 do séc. XX, e tem-se mantido com grande vitalidade até aos dias de hoje. Presentemente, o conjunto de conhecimento científico sobre este tema é bastante volumoso e diversificado.

No início dos anos 80, existia suficiente evidência científica de que a maior parte dos cuidados a idosos dependentes era prestada pela família, essencialmente por mulheres (Ungerson, 1987). Para além disto, a evidência empírica também não deixava dúvidas de que a prestação de cuidados a idosos dependentes produzia *stress* de diversa natureza nos cuidadores (Ungerson, 1987). A linha de investigação sobre os impactos dos cuidados informais nos cuidadores contribuiu decisivamente para a demonstração desta realidade. Contudo, nessa altura ainda pouco se sabia sobre as experiências quotidianas destas mulheres, sobre as dinâmicas e os processos subjacentes às práticas de cuidar e sobre os significados atribuídos a estas práticas (Ungerson, 1987; Lewis e Meredith, 1988; Qureshi e Walker, 1989). Por outras palavras, a complexidade da prestação de cuidados familiares a idosos dependentes continuava ainda por explorar. Com o objetivo de ultrapassar esta lacuna, durante a década de 80 e princípios da década de 90, realizaram-se diversas investigações de orientação feminista, sobretudo no Reino Unido (ex.: Finch e Groves, 1983; Ungerson, 1987; Lewis e Meredith, 1988; Qureshi e Walker, 1989), mas também noutros países, como por exemplo nos EUA (ex.: Brody, 1981) e no Canadá (ex.: Aronson, 1992). Esta primeira vaga de investigação teve o mérito de retirar os cuidados familiares a idosos dependentes do domínio privado/doméstico e de os colocar no domínio da discussão pública (Fine, 2007).

Os estudos sobre os cuidados familiares a idosos dependentes, durante a década de 80, estiveram muito focados nos quotidianos problemáticos das mulheres cuidadoras, de meia-idade e pertencentes às classes médias, desconsiderando os homens cuidadores, por um lado, e os recebedores de cuidados, por outro (Morris, 1995 e 1997; Graham, 1997; Fine 2007).¹ Ademais,

¹ Nos anos 80 também se desenvolveu uma linha de pensamento feminista que destacava as diferenças entre os princípios morais dos homens e das mulheres. Carol Gilligan (1982) foi uma das autoras que mais abordou estas ideias. Segundo a autora, enquanto os homens agem guiados pela noção de “direitos”, que se liga ao domínio público, as mulheres são guiadas nas suas ações pela noção de “responsabilidade”, que se liga ao domínio privado. Estas ideias foram criticadas, pelo facto de assentarem em pressupostos essencialistas/naturalistas sobre as diferenças de género (Ungerson, 1987; Lewis e Meredith, 1988).

tratou-se de um conjunto de investigações que destacou a evidenciação das dificuldades e dos problemas enfrentados pelas mulheres cuidadoras, menosprezando os aspetos positivos do cuidar (Graham, 1997). Aspetos como a classe social, a idade e a etnia dos cuidadores também não foram considerados nesta primeira vaga de investigações feministas (Graham, 1997). Portanto, a investigação sobre a prestação de cuidados familiares a idosos dependentes durante os anos 80 foi muito marcada pela questão do género. Assim, podemos afirmar que consistiu numa investigação dominada pelo “paradigma do género”.

A partir da década de 90, tem sido prestada mais atenção aos homens cuidadores, aos cuidadores pertencentes a minorias étnicas e aos cuidadores inseridos em diversas faixas etárias e em diversas classes sociais. Além do mais, passaram a ser analisados diversos aspetos constitutivos dos contextos do processo de prestação de cuidados, tais como a qualidade da relação entre o cuidador e o idoso, as condições sociais de existência de ambos, a fase ocupada pelo cuidador no seu percurso de vida, entre outros. O conjunto dos temas tratados ao abrigo destas investigações também tem vindo a ser diversificado (Ungerson, 2000). Entre estes, podemos salientar o processo de assunção do papel de cuidador, as razões da assunção deste papel, a articulação entre os cuidados informais e os cuidados formais e a conciliação entre a atividade de cuidar e a atividade profissional. A investigação sobre os cuidados familiares a idosos dependentes passou a explorar a diversidade subjacente à prestação de cuidados.

Algumas investigações empíricas têm dado conta de que a conciliação entre os cuidados a idosos dependentes e a atividade profissional é afetada por diversos fatores, entre os quais se destacam a natureza das práticas de cuidar, a coresidência ou não com o idoso dependente, a natureza do emprego, as preferências dos idosos em relação ao tipo de apoios, os recursos familiares (sobretudo os humanos e os financeiros) e o acesso a serviços direcionados para os idosos ou para os cuidadores (Twigg e Atkin, 1994; Arber e Ginn, 1995a; Joshi, 1995; Evandrou, 1996; Phillips et al., 2002; Kroger, 2003; Pickard, 2004; Brody, 2004; Arksey e Glendinning, 2008; São José e Wall, 2006; Romão e Pereira, 2008). As dificuldades aumentam quando se presta cuidados simultaneamente a um idoso dependente e a uma criança pequena (Kroger, 2003).

Arber e Ginn (1992) realizaram uma análise sobre dados secundários, recolhidos através de uma amostra representativa da população do Reino Unido, e concluíram que os recursos económicos são importantes na estruturação dos cuidados: os cuidadores com elevados rendimentos estavam melhor posicionados para evitarem a prestação de cuidados em situação de coresidência com os familiares dependentes, o que lhes permitia manter uma “intimidade à distância”. Outro estudo realizado no domínio das ciências da saúde em Portugal também concluiu que os cuidadores familiares com mais recursos (financeiros, instrumentais e emocionais) são os que exibem menos stress (Lage, 2005). Por seu lado, também outros estudos (ex.: Arber e Gilbert, 1989; Arber e Ginn, 1995b; Harris e Bichler, 1997; Rowlands, 1998)

chamaram a atenção para o facto de os cuidados informais não serem prestados exclusivamente por mulheres, e salientaram que existem proporções significativas de homens que prestam cuidados, principalmente às suas companheiras de conjugalidade. Estas investigações, para além de terem retirado os homens do esquecimento a que estavam sujeitos no respeitante à prestação de cuidados, contribuíram para a emergência do interesse sobre os cuidados conjugais.²

No que diz respeito às práticas do cuidar, segundo alguns estudos empíricos, os homens, quando cuidam, tendem a dedicar-se a atividades esporádicas ou a atividades que não envolvem contacto íntimo com os idosos, assim como supervisionar algumas tarefas quotidianas dos idosos, transportar os idosos às consultas e assegurar a gestão de aspetos de natureza administrativa e financeira (Graham, 1983; Horowitz, 1985; Matthews e Rosner, 1988; Stoller, 1990). Por sua vez, as mulheres tendem a dedicar-se aos cuidados “íntimos”, tais como higiene corporal, vestir e despir, ajudar a ingerir alimentos, entre outros (Graham, 1983; Stoller, 1990). Segundo estes estudos, os homens tendem a dedicar-se a cuidados que não requerem contacto íntimo, ao contrário das mulheres.

Contudo, outras investigações têm mostrado que a divisão sexual da prestação de cuidados não é tão acentuada como se poderia pensar. Muitos dos homens têm um papel ativo na prestação de cuidados a idosos dependentes (Arber e Ginn, 1995b), sobretudo nos cuidados a cônjuges. Também não são raros os homens que se assumem como cuidadores principais (Dwyer e Coward, 1991) e se envolvem em tarefas de cuidar que são, tradicionalmente, femininas (Arber e Gilbert, 1989; Campbell e Martin- Matthews, 2000).³

Assim, algumas pesquisas evidenciam que a clivagem de género na prestação de cuidados encobre alguns estereótipos que produzem o efeito de tornar a experiência masculina algo invisível ou restringida a ajudas instrumentais (Ribeiro 2005). Os trabalhos de Harris e Bichler (cit. in Ribeiro, 2005), por exemplo, também revelam que os cuidados prestados por homens idosos às suas parceiras denotam um tipo de envolvimento, tanto nas tarefas que realizam como no apoio emocional. Ribeiro (2005) também realizou um estudo sobre homens cuidadores, mais especificamente sobre cuidadores de cônjuges com demência, tendo constatado que os homens se mantinham fortemente envolvidos na prestação de cuidados, quer em termos físicos, quer em termos emocionais. A investigação também demonstrou que estes homens cuidadores, devido às suas idades avançadas, precisam de apoios em vários domínios, nomeadamente na prestação de cuidados de higiene às suas mulheres e na realização das tarefas domésticas que eram executadas anteriormente por estas.

² Os estudos que analisaram os filhos cuidadores (homens) são mais raros do que os estudos que se centraram sobre os cônjuges cuidadores (homens) (Harris e Bichler, 1997). Os estudos sobre os filhos cuidadores têm-se focado sobre a caracterização das tarefas que estes desempenham, nada nos dizendo sobre os processos e as dinâmicas subjacentes ao cuidar, nem sobre as razões que os levam a cuidar (Harris e Bichler, 1997).

³ Uma investigação quantitativa realizada no Canadá (Campbell e Martin-Matthews, 2000) concluiu que os homens que coresidiam com os pais ou com os sogros dependentes envolviam-se mais nas tarefas de cuidar tipicamente femininas (ex.: ajudar a vestir/despir, ajudar no banho, preparar refeições, etc.) do que os homens que não coresidiam com estes últimos.

Uma outra linha de investigação tem-se focado na repartição das responsabilidades de prestação de cuidados aos idosos dependentes entre diferentes agentes, designadamente entre a família, o Estado, o mercado e o chamado terceiro setor. Vários estudos, têm constatado a existência de modelos mistos de prestação de cuidados, que envolvem a participação dos quatro agentes acima apontados (Lesemann e Martin, 1993; Attias-Donfut e Wolff, 2000; Arber e Attias-Donfut, 2000; Daatland e Herlofson, 2003; São José e Wall 2006). Estes modelos dão forma à chamada *mixed economy of welfare* (Ungerson, 2000; Powell, 2007).

Posto isto, podemos dizer que a produção científica sobre o tema específico dos cuidados familiares a idosos dependentes tem revelado vitalidade desde o início dos anos 80, estando cada vez mais atenta à diversidade e às dinâmicas subjacentes ao cuidar. No entanto, algumas “peças do puzzle” da prestação de cuidados a idosos dependentes ainda não estão devidamente esclarecidas. Segundo Eley (2003), continua a ser prestada pouca atenção aos cuidados prestados por minorias étnicas e nos meios rurais. As perspetivas dos recebedores de cuidados também ainda estão pouco exploradas, assim como estão pouco exploradas as dinâmicas relacionais entre estes últimos e os familiares que lhes prestam cuidados, quer ao nível expressivo, quer ao nível instrumental. Aliás, consideramos que o conhecimento das perspetivas dos cuidadores também ainda não está esgotado: ainda muito pouco se sabe sobre trajetórias de cuidar, sobretudo protagonizadas por homens. Assim sendo, nesta pesquisa pretendemos explorar os cuidados no masculino.

Importa salientar que, ao contrário dos estudos sobre as solidariedades familiares que têm tido várias orientações teóricas e metodológicas, os trabalhos empíricos e teóricos sobre o tema específico dos cuidados familiares a idosos dependentes têm seguido sobretudo perspetivas teóricas feministas (Arber e Ginn, 1995b; Ungerson, 2000) e têm privilegiado estratégias qualitativas de investigação.

2. O cuidar e a assunção do papel de cuidador

De seguida, de forma resumida, abordaremos os conceitos de cuidar e de assunção do papel do cuidador.

2.1 O cuidar

Cada indivíduo ao longo da sua vida experiencia o cuidar, umas vezes como prestador outras vezes como recebedor. Não é algo que seja estranho a cada um de nós. Contudo, no âmbito da investigação sobre os cuidados a idosos dependentes, não tem havido consenso na definição e na operacionalização deste conceito. Em alguns casos, tem sido definido de uma forma relativamente ampla e, noutros casos, de uma forma muito circunscrita. Assim sendo, têm-se difundido concepções parciais do conceito de cuidar (Thomas, 1993). A inexistência de consenso

na definição e na operacionalização deste conceito resulta da diversidade de discursos e de perspectivas teóricas sobre a atividade de cuidar. O tema dos cuidados a idosos dependentes tem chamado a atenção de governantes, de legisladores, de associações de cuidadores informais, de grupos de defesa dos direitos das pessoas com deficiência (*disability movement*) e de investigadores do campo da Sociologia, da Psicologia, da Gerontologia, da Política Social, do Serviço Social.

Cuidar consiste numa prática, i.e., constitui uma ação (Graham, 1991; Tronto, 1993). Contudo, também pode ser vista como uma disposição. Considerando que estamos a discutir o conceito de cuidar no âmbito dos estudos sobre a prestação de cuidados a idosos dependentes, o cuidar de si próprio não é considerado. Desta forma, neste âmbito, cuidar é algo que se faz em direção ao outro (Graham, 1991; Tronto, 1993). No entanto, tem existido alguma discordância no que diz respeito à natureza da relação entre este “algo” e o grau de independência ou dependência da parte que recebe os cuidados. Em algumas investigações, entende-se que cuidar é fazer algo em direção ao outro, algo que o outro até conseguiria fazer sozinho (ex.: Graham, 1983), porém, outras consideraram que cuidar é fazer algo em direção ao outro, mas algo que este não é capaz de fazer sozinho e que é fundamental para o seu bem-estar (ex.: Parker, 1981; Walker et al., 1995; Twigg e Atkin, 2002).

Segundo esta última definição, que é a que tem prevalecido nos estudos mais recentes, cuidar envolve realizar algo em direção a uma pessoa, e o seu bem-estar depende desse algo, ou seja, o seu bem-estar depende dos cuidados que lhe são prestados. No entanto, as práticas de cuidar não devem ser consideradas de forma unidirecional (Fine, 2007; Phillips, 2007). A conceção unidirecional, que constava nos primeiros estudos sobre o tema dos cuidados informais, tem vindo a ser substituída por uma conceção bidirecional: numa relação de cuidar entre pelo menos duas partes, ambas podem dar e receber cuidados. Assim sendo, deve ser encarada como uma relação de interdependência e não de dependência (Fine, 2007; Phillips, 2007). Durante os anos 90 a conceção unidirecional do cuidar foi fortemente criticada.

Considerando o que acabou de ser salientado, podemos então afirmar que cuidar envolve uma relação direta entre A e B. No entanto, pode haver um terceiro elemento para além de A e B. Por exemplo, um idoso pode estar a receber cuidados diretamente da parte de um serviço de apoio domiciliário, e um dos seus familiares responsabilizar-se por estabelecer a ligação com este serviço e por supervisionar os aspetos da sua atividade: assiduidade, pontualidade, qualidade das suas intervenções, etc. Desta forma, o serviço de apoio domiciliário presta diretamente os cuidados, mas o familiar do idoso assegura a ligação com este serviço e supervisiona as suas ações (tarefas que o idoso já não conseguiria realizar sozinho de forma apropriada). Estas tarefas, definidas normalmente por supervisão, mediação ou gestão – têm sido igualmente definidas como práticas de cuidar por várias investigações (ex.: Horowitz,

1985; James, 1992; Keefe e Fancey, 2000). Vimos o exemplo de um serviço de apoio domiciliário, mas poderia ser o de uma empregada doméstica ou outro tipo de serviço.

No caso em que uma filha presta cuidados à mãe idosa e, por sua vez, recebe ajudas de uma amiga, ajudas estas que são muito importantes para que ela se consiga manter no papel de cuidadora (ex.: a amiga fica com o seu filho enquanto ela cuida da sua mãe), embora esta amiga seja fundamental para a manutenção da relação de cuidar entre a filha e a mãe, podemos afirmar que ela não poderá ser tida como cuidadora desta última, pois não está a fazer algo que esta não consiga fazer sozinha. De resto, a maioria das investigações que têm sido realizadas sobre os cuidados informais também não entendem estas terceiras pessoas como cuidadoras.

Quando duas ou mais pessoas prestam diretamente cuidados a alguém, é comum que nem todas despendam a mesma quantidade de tempo (e de energia) a fazê-lo. Assim sendo, podem existir uma ou mais pessoas que assumam a prestação da grande maioria dos cuidados, e outras que participem de forma menos ativa (prestam cuidados com regularidade, mas durante pouco tempo, ou prestam cuidados apenas pontualmente), ou seja, pode haver cuidadores que estão no “centro” da prestação de cuidados, e outros que estão na “periferia”. Frequentemente, definem-se os primeiros por “cuidadores principais ou primários” e os segundos por “cuidadores secundários” (Brody, 2004).

Stone *et. al.*, (1987) consideraram, no conceito de cuidar, somente práticas como ajudar na higiene corporal, na mobilidade física, na ingestão de refeições, etc. Segundo esta conceção, cuidar envolve apenas tarefas que têm a ver com os aspetos mais básicos ou fundamentais da vida quotidiana, i.e., com as “atividades da vida diária” (AVD). Por seu lado, Qureshi e Walker (1989) e Cancian e Olikier (2000) utilizaram o conceito de cuidar de uma forma mais ampla, considerando também tarefas como fazer compras, preparar refeições, tratar da roupa, etc. Ou seja, consideraram as ajudas referentes às AVD, mas também as ajudas que a bibliografia atrás referida chama de “atividades instrumentais da vida diária” (AIVD). Atualmente, o mais frequente é incluir no conceito de cuidar os apoios referentes aos dois tipos de atividades.

No entanto, vários autores referem que as ajudas emocionais também se devem considerar no conceito de cuidar, destacando que o bem-estar das pessoas não depende apenas de ajudas na realização de tarefas práticas, mas também de ajudas na resolução de problemas ou dificuldades emocionais (ex.: Horowitz, 1985; James, 1992; Walker et al., 1995). Graham (1983) considerou ainda que o cuidar envolve dois elementos: trabalho e amor. Como a própria salientou, «(...) caring demands both love and labour, both identity and activity (...)» (p.13) e Clare Ungerson (1983) dividiu o conceito de cuidar em duas dimensões: *caring about* e *caring for*. A primeira dimensão refere-se ao sentimento de preocupação em relação ao outro (uma disposição). Tem em consideração sentimentos e emoções que, segundo a autora, consomem normalmente pouco tempo. A segunda dimensão refere-se às práticas de cuidar em si, i.e., aquilo que os cuidadores fazem no sentido de satisfazer as necessidades físicas dos outros. Outros autores (ex.: Sinclair,

1990) também têm tido em conta a prestação de informação e a defesa de direitos como um tipo de cuidado (dar informação relevante e advocacia).

Segundo alguns autores, as dicotomias “informal/formal”, “pago/não pago”, “profissional/não profissional”, entre outras, fragmentam o conceito de cuidar. É exatamente o que defendem Mary Daly e Jane Lewis (2000), que apresentaram o conceito de “cuidados sociais” (social care), no sentido de superar estas dicotomias. Desta forma, salientam que: «We therefore focus on the way in which social care lies at the intersection of public and private (in the sense of both state/family and state/market provision); formal and informal; paid and unpaid; and provision in the form of cash and services» (p.282).

Assim sendo, Daly e Lewis (2000) definem o conceito de *social care* como: «(...) activities and relations involved in meeting the physical and emotional requirements of dependent adults and children, and the normative, economic and social frameworks within which these are assigned and carried out» (p.285). Neste âmbito, estas autoras apontam três dimensões para o conceito de cuidar: cuidar como trabalho; cuidar como obrigação e responsabilidade; cuidar como uma atividade que requer custos.

Joan Tronto (1993) propõe o conceito de “ética de cuidar”. Segundo esta autora, o conceito de cuidar é constituído por quatro elementos: *caring about*, *taking care of*, *caregiving* e *care-receiving*. Para a construção de uma “ética de cuidar”, Tronto considerou quatro elementos éticos do cuidar, os quais correspondem a cada uma das fases atrás enunciadas: *attentiveness* (estar atento às necessidades dos outros); *responsibility* (assumir a responsabilidade pela satisfação das necessidades); *competence* (prestar os cuidados que são apropriados ou adequados para a satisfação das necessidades); e *responsiveness* (resposta do recebedor dos cuidados aos cuidados recebidos). Segundo Tronto, “cuidar bem” exige que as quatro fases do processo de cuidar sejam realizadas de acordo com os quatro elementos morais enunciados.

2.2 A assunção do papel de cuidador

Existe uma multiplicidade de fatores que podem intervir na seleção ou designação dos cuidadores, os quais se podem combinar também de múltiplas formas.

Relativamente aos fatores que intervêm nessa seleção ou designação, a investigação tem salientado a importância de um conjunto de princípios ou de regras que contribuem para uma “hierarquia de cuidadores”, na qual os indivíduos que estão no topo devem ser os primeiros a assumir o papel de cuidador e, por sua vez, os indivíduos que estão na base devem ser os últimos a assumir este papel. Esta “hierarquia de cuidadores” – destacada numa investigação feita por Hazel Qureshi e Alan Walker (1989), em Inglaterra, mas também apontada noutras investigações (ex.: Ungerson, 1987; Lewis e Meredith, 1988; Merrill, 1997; Pimentel, 2006; São José, 2009), transmite as expectativas sociais encontradas nas sociedades ocidentais, no que se

refere à assunção do papel de cuidador de um familiar idoso dependente. Assim sendo, trata-se de uma hierarquia de natureza normativa que conjuga vários fatores: relação de parentesco com o idoso (existência ou não de relação de parentesco e tipo de relação de parentesco), sexo dos cuidadores, coresidência ou não com o idoso, proximidade geográfica em relação a este último⁴ e saúde dos potenciais cuidadores. Com base na conjugação desses factores, tem sido salientada a seguinte hierarquia (de cuidadores): cônjuge, familiar que coreside com o idoso, filha, nora, filho, outro familiar, e uma pessoa não pertencente à família.

Deste modo, segundo esta hierarquia, é expectável o seguinte: que os familiares próximos (genealogicamente) assumam em primeiro lugar o papel de cuidador e só depois os familiares distantes; que os familiares que coresidem com os idosos assumam este papel primeiro do que os familiares não coresidentes; que os cuidados sejam assumidos primeiramente por familiares e só em último caso por não familiares; que, dos familiares próximos, as mulheres assumam primeiro do que os homens o papel de cuidador; que os familiares mais próximos ao nível geográfico sejam os primeiros a assumir este papel; e que os familiares com problemas de saúde fiquem dispensados da assunção de responsabilidades de cuidar.

Ungerson (1987) destacou ainda a relevância de mais fatores na seleção/designação dos cuidadores, nomeadamente a condição perante a parentalidade, a idade dos filhos, o número de horas despendidas no trabalho pago e a condição perante o trabalho.

Outros estudos (ex.: Brody 2004) também salientam a relevância da condição de se ser o “único filho” na designação do cuidador de um progenitor. Nestes casos é como que inevitável a assunção do papel de cuidador.

Tendo em consideração uma investigação empírica concretizada em Manchester (Reino Unido), Janet Finch e Jennifer Mason (1993) chegaram à conclusão de que os pressupostos fundamentais da “hierarquia de cuidadores” designadamente que as “obrigações” familiares são mais significativas para os parentes próximos do que para os parentes distantes (ao nível genealógico), por um lado, e que são mais significativas para as mulheres do que para os homens, por outro não foram aceites inquestionavelmente pelos indivíduos que inquiriram. Estas investigadoras constataram que as obrigações entre o parentesco próximo, nomeadamente entre pais e filhos, pareciam ser realmente as mais significativas. Contudo, não se tratava de obrigações incondicionais ou ilimitadas, dado que as circunstâncias também têm a sua implicação. Por outro lado, os resultados empíricos evidenciam uma relativização da influência do género: se o apoio financeiro surgiu como uma responsabilidade sobretudo masculina, os apoios em termos de acomodação e de cuidados pessoais apareceram como responsabilidades tendencialmente femininas, apesar de este último tipo de apoio não surgir apenas associado ao feminino. Assim, a associação das mulheres à prestação de cuidados pessoais não foi tão

⁴ Ungerson (1987) verificou que, nalguns casos, os inquiridos resvalaram (*slipped into*) para a assunção do papel de cuidador, porque viviam próximos dos idosos.

imediate como seria expectável. Ademais, estas investigadoras chegaram à conclusão, em conformidade com a maioria das conclusões referidas por Ungerson (1987), que o dar e o receber na família não são definidos somente pelo género e pela relação de parentesco com os familiares dependentes, mas também por outras variáveis, como por exemplo o relacionamento interpessoal ao longo do tempo e aquilo que as pessoas acumulam também ao longo do tempo, tanto em termos morais (ex.: reputação)⁵, como em termos materiais (ex.: recursos financeiros). No mesmo sentido, outros autores focaram a interferência de conflitos anteriores no processo da prestação de cuidados (Gil, 2007; Widmer, 2014).

Segundo a evidência empírica existente, os filhos (homens) tendem a prestar cuidados a progenitores do mesmo sexo, sobretudo quando estão envolvidos cuidados “íntimos”, dado que as mulheres idosas escolhem receber estes cuidados por parte das filhas, enquanto os homens idosos não referem uma preferência tão acentuada em relação ao sexo dos filhos (ex.: Lee et al., 1993; Campbell e Martin-Matthews, 2000). Neste âmbito, Sara Arber e Jay Ginn (1995b) constataram que os cuidados “íntimos”, numa situação em que o cuidador e o recebedor de cuidados não têm o mesmo sexo, é admissível entre os elementos de um casal e entre pais que cuidam dos filhos, mas não é aceite nos casos em que os filhos cuidam dos pais, bem como nos casos em que as pessoas que necessitam de cuidados são familiares distantes ou amigos. Atendendo a que a maior parte dos idosos que necessitam de cuidados são mulheres (dado que têm uma esperança média de vida maior do que a dos homens), os constrangimentos existentes ao nível dos cuidados “íntimos” entre pessoas de sexo diferente (*cross-sex taboos*) podem contribuir para que, segundo Arber e Ginn, as mulheres de “meia-idade” se vejam mais condicionadas do que os homens nesta mesma faixa etária para prestar cuidados às suas mães e sogras. De acordo com esta ideia, Rossi e Rossi (1990) referem que os *cross-sex taboos* esclarecem porque é que a população idosa, composta sobretudo por mulheres, são cuidadas na maior parte dos casos por mulheres, mais especificamente pelas suas filhas.

Arber e Gilbert (1989, citados em Arber e Ginn, 1995b: 20), verificaram dois tipos de transições para o papel de cuidador de um idoso dependente: as transições “por defeito”, que resultaram de uma coresidência de longa duração com os idosos (a assunção do papel de cuidador surgiu como algo de “natural”); e as transições que tiveram em consideração uma tomada de decisão em relação à assunção do papel de cuidador (nestas situações os idosos passaram a viver na casa dos cuidadores ou estes passaram a ir a casa dos idosos prestar cuidados).

A investigação qualitativa, desenvolvida nos EUA por Deborah Merrill (1997) sobre cuidadores de idosos, identifica cinco formas de entrada no papel de cuidador:

⁵ Os familiares podem formar, no decorrer do tempo, a reputação de serem pessoas atentas às necessidades dos outros e de serem “bons cuidadores” ou, pelo contrário, de não se importarem com os outros e de nunca estarem disponíveis para prestar cuidados. Estas reputações influenciam em parte a construção identitária e a distribuição das responsabilidades familiares.

- A entrada “de facto”: O papel de cuidador foi assumido, porque não existia mais ninguém disponível ou com vontade/capacidade para o assumir.
- A entrada após uma reunião familiar: Os familiares passaram a ser cuidadores após uma ou várias reuniões familiares, tendo estes sido designados depois de os outros terem apresentado “desculpas legítimas”, para fundamentarem as suas indisponibilidades /incapacidades para assumirem o papel de cuidador.
- A entrada por escolha do idoso: Nestes casos, os familiares assumiram o papel de cuidador, porque foram escolhidos pelos idosos dependentes, tendo estes partido do pressuposto de que os familiares escolhidos teriam vontade e disponibilidade para assumir a responsabilidade.
- A entrada “apenas aconteceu” (*just happened*): A assunção do papel de cuidador não se deu após negociações familiares, mas sim na continuação de padrões pré-existentes de prestação de ajuda (ex.: uma filha que vivia com a mãe idosa – e que já lhe prestava algum tipo de ajuda – acabou por se assumir como a sua principal cuidadora).
- A entrada voluntária: Os familiares apresentaram-se voluntariamente para desempenhar o papel de cuidador; esta assunção não foi antecedida de uma escolha do idoso ou de uma deliberação ou consulta familiar.

De referir que os processos de assunção do papel de cuidador não se encontram indiscriminadamente junto de homens e de mulheres. A investigação empírica tem evidenciado que os homens tendem a assumir-se como cuidadores, quando corresidem com os idosos dependentes e quando não vivem em conjugalidade, ou quando não existe mais ninguém disponível para assumir a prestação de cuidados (Arber e Gilbert, 1989; Merrill, 1997; Campbell e Martin Matthews, 2000). Assim sendo, os homens tendem a realizar uma assunção “de facto” do papel de cuidador. A este respeito, Merrill (1997) verificou que grande parte dos filhos (homens) que prestavam cuidados aos seus progenitores se assumiram como cuidadores, dado que não havia mais ninguém disponível (seleção “de facto”), ou porque já prestavam algum tipo de ajuda anteriormente aos seus pais (seleção “apenas aconteceu”). Merrill chegou à conclusão de que a assunção do papel de cuidador não foi, para a maioria dos filhos que fizeram parte do estudo, uma escolha (nem por parte dos seus progenitores, nem por parte dos próprios). Ungerson (1987), na pesquisa que desenvolveu, demonstrou que os homens (cônjuges das idosas dependentes) se assumiram como cuidadores das suas mulheres quando já estavam reformados. Outros estudos também referem que os homens tendem a assumir-se como cuidadores secundários quando existem mulheres na família com disponibilidade para se assumirem como cuidadoras principais (Graham, 1983; Stoller, 1990; Figueiredo, 2004).

3. Traços da sociedade portuguesa que enquadram os cuidados familiares a idosos dependentes

As tendências gerais existentes nas sociedades ocidentais contemporâneas, tanto a nível demográfico como a nível das estruturas e dinâmicas familiares e relações sociais de género, enquanto vetores que enquadram os cuidados familiares a idosos dependentes, também se encontram em Portugal, ainda que com algumas especificidades.

3.1 Envelhecimento da população

O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, agravou-se na última década, com 15% da população residente em Portugal no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% no grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, enquanto em 2001 era de 102 (Censos, 2011). Notória é a presença maioritária de mulheres (58%) no grupo etário dos 65 e mais anos, sinal da “feminização” do envelhecimento que se observa na sociedade portuguesa.

A estes dados corresponde, igualmente, o agravamento do índice de dependência total, que passou de 48 para 52, com o aumento do índice de dependência de idosos a subir de 24, em 2001, para 29, em 2011. O índice de dependência de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de 24 para 23.

Portugal regista, em 2011, um índice de longevidade de 79,2 (80,6 para as mulheres e 74,0 para os homens), apontando as projeções para 2050 um aumento significativo deste índice, já que se prevê que as pessoas possam viver, em média, 81 anos (84,1 as mulheres e 77,9 os homens). Significativa, ainda, é a previsão da esperança média de vida para aqueles que atingirem os 80 anos. Em 2050, dos 7,6 anos que as mulheres dos nossos dias podem viver, em média, para além dos 80 anos, passar-se-á para 10,2 e, dos 5,9 anos, para os homens, passar-se-á para os 7,3. Assim, o nosso país já é, e espera-se que continue a ser, um país marcado pelo envelhecimento acentuado da população.

3.2 Estruturas e dinâmicas familiares

As estruturas familiares têm registado também novas dinâmicas e mudanças, tais como o aumento do número de unidades residenciais unipessoais (Guerreiro e Caetano, 2014) e de famílias monoparentais, a proliferação do divórcio e das coabitações, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e a emergência de diferentes modelos de divisão familiar do trabalho (Wall, Cunha e Atalaia, 2013; Delgado e Wall, 2014; Wall *et. al*, 2016)

A pressão sobre as famílias, no que respeita aos cuidados aos idosos, é particularmente acentuada, porque as mudanças anteriormente descritas se têm dado ao mesmo tempo que se

mantêm certos traços mais tradicionais na vida familiar (Wall, Cunha e Atalaia, 2013). Apesar de existir, ao nível das atitudes, uma tendência igualitária no que toca à divisão do trabalho doméstico e profissional entre homens e mulheres, em termos práticos a entrada das mulheres no mercado de trabalho não levou a uma concomitante igualdade de género na divisão do trabalho doméstico (Guerreiro, 2000; Wall e Guerreiro, 2005; Amâncio, 2007). Na generalidade dos países europeus, bem como em Portugal, as mulheres continuam a consumir mais horas do que os homens no trabalho doméstico e nos cuidados aos membros dependentes (Amâncio, 2007; Perista *et. al*, 2016).

Por conseguinte, as dificuldades de conciliação da vida familiar com a atividade profissional são claramente mais pronunciadas junto das mulheres do que junto dos homens. Além disso, ao contrário do que se passa em grande parte dos países europeus com o emprego feminino a meio tempo bastante disseminado, em Portugal, a grande maioria das mulheres trabalha a tempo inteiro (Guerreiro, 2000). No entanto, nota-se que a participação dos homens no trabalho doméstico, nos cuidados aos filhos e a outros familiares dependentes, tem vindo a aumentar significativamente, como demonstram o recente projeto *INUT – Inquérito Nacional aos Usos do Tempo de Homens e Mulheres* (Perista *et. al*, 2016) e o *Livro Branco Homens e Igualdade de Género em Portugal* (Wall *et. al*, 2016).

Os dados empíricos disponíveis confirmam ainda que, na sociedade portuguesa, a família é a principal responsável pela prestação de cuidados aos idosos dependentes, embora sejam as mulheres que prestam a maior parte dos cuidados, mesmo estando inseridas no mercado de trabalho (Torres *et. al*, 2000; Wall *et. al*, 2001; Brito, 2002; Figueiredo, 2004). Porém, outros estudos (São José e Wall, 2006; Pimentel, 2006, São José 2009) também mostram que a expansão da rede de equipamentos e serviços sociais destinados à população idosa tem levado a que os cuidados familiares sejam complementados, hoje mais do que no passado, por apoios extrafamiliares informais e formais.

O crescimento registado na rede de equipamentos e serviços sociais tem sido particularmente notório no domínio da população idosa, onde se destaca a valência Serviço de Apoio Domiciliário (Guerreiro, 2000; GEP, 2014). Segundo o *Relatório de 2014 da Carta Social*, o SAD constitui a resposta, dirigida aos idosos, com o crescimento mais acentuado. É de salientar que os cerca de 48 700 lugares disponíveis em SAD, em 2000, ascenderam a 104 500 lugares, aproximadamente, em 2014. O crescimento deste tipo de serviços demonstra um investimento claro na manutenção dos idosos em meio familiar e no adiamento da institucionalização (GEP, 2014).

II. OBJETIVOS, MODELO DE ANÁLISE E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Centraremos agora a nossa atenção numa outra etapa da pesquisa. O objetivo é dar conta da formulação do modelo de análise através das relações entre os principais conceitos.

1. Modelo de análise

O objetivo central do presente estudo é analisar transições realizadas por homens para trajetórias de cuidar de um familiar idoso dependente.

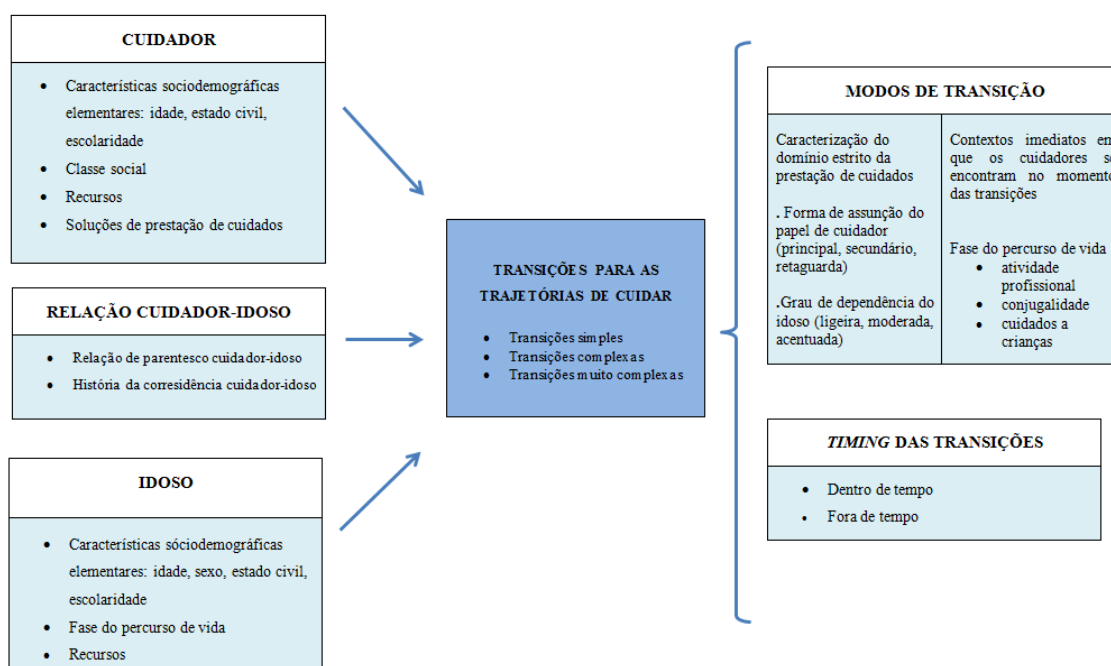
A pertinência sociológica de se analisar transições masculinas para o cuidar de um familiar idoso resulta das transformações demográficas e familiares que se verificam e se perspetivam na sociedade portuguesa, as quais implicam necessidades crescentes ao nível dos cuidados prestados por familiares aos idosos.

De que modo os homens assumem o papel de cuidador? Como se estrutura a prestação de cuidados? Como é que são realizadas as suas transições para as trajetórias de cuidar? Estas são as principais perguntas, às quais esta investigação procurará dar resposta.

Para atingirmos esse objetivo de uma forma compreensiva e aprofundada, tomaremos em consideração variáveis de diferente natureza, que dizem respeito tanto ao cuidador como ao idoso. Para além disto, olharemos para a relação de parentesco e para as histórias da coresidência entre ambos. Importa também referir que decidimos mobilizar, como orientação teórica específica, a perspetiva do “curso de vida” (*life course*), que tem sido trabalhada por Glen Elder (1999) e Richard Settersten (2003), entre outros.

De seguida, apresentamos, de forma esquemática, o modelo de análise da presente pesquisa.

Figura 2.1 – Modelo de análise



Começando a explicar o modelo de análise, importa mencionar que, no âmbito desta pesquisa, entendemos cuidar de um idoso dependente como ajudar o idoso a realizar atividades que este não consegue realizar sozinho, atividades estas que são essenciais para o seu bem-estar. As práticas de cuidar implicam: ajudar a realizar atividades da vida diária (higiene corporal, mobilidade física, ingestão de refeições, etc.), ajudar a realizar atividades instrumentais da vida diária (fazer compras, preparar refeições, tratar da roupa, etc.), mostrar compreensão no que diz respeito às preocupações do idoso e ajudá-lo a lidar com tensões de natureza emocional; supervisionar os cuidados prestados por terceiros, bem como procurar e prestar informação relevante e ainda promover o acesso a direitos sociais.

No que diz respeito às variáveis dos cuidadores, teremos em conta as características sócio-demográficas mais elementares (ex.: idade, estado civil, escolaridade), mas teremos também em consideração a classe social enquanto estrutura social potencialmente diferenciadora da ação, os recursos que detém (ex.: humanos, económico-financeiros, etc.) e as soluções de prestação de cuidados em que se incluem (quem presta o quê ao idoso?). Considerando a bibliografia revista, julgamos que se trata de um conjunto diverso de variáveis – para além de variáveis elementares de caracterização sócio-demográficas, analisaremos variáveis de natureza contextual.

Ao nível das variáveis que dizem respeito ao idoso, teremos também em conta as características sócio-demográficas mais elementares (ex.: idade e sexo), a fase ocupada no percurso de vida (relativamente à conjugalidade) e os recursos possuídos (ex.: financeiros, habitacionais, etc.). A escolha destas variáveis decorre também da revisão bibliográfica.

Tencionamos compreender de que forma a relação de parentesco entre o cuidador e o idoso, tal como as histórias da coresidência entre ambos, tem influência nas transições para as trajetórias de cuidar. Será que os cônjuges têm transições para as trajetórias de cuidar com características distintas das dos cuidadores com outras relações de parentesco com os idosos? Será que a coresidência de longa duração com o idoso faz com que a assunção do papel de cuidador seja inevitável? Estes são exemplos de perguntas que envolvem estas variáveis, às quais tentaremos responder.

Continuando a seguir o modelo de análise acima representado em termos esquemáticos, para analisarmos as transições para as trajetórias de cuidar, iremos caracterizar e compreender os modos de transição para estas trajetórias, e, de seguida, os *timings* das transições (São José, 2009). Relativamente aos modos de transição, pretendemos saber se os entrevistados assumiram o papel de cuidador principal, cuidador secundário ou cuidador de retaguarda, por um lado, e se a forma de assunção do papel de cuidador foi realizada em relação a um idoso com ligeira dependência, moderada dependência ou acentuada dependência, por outro. Ou seja, tencionamos caracterizar o domínio estrito da prestação de cuidados no momento das transições, considerando a forma de assunção do papel de cuidador e o grau de dependência do idoso. Estas

duas variáveis podem conjugar-se de diversas formas, espelhando situações diferentes do ponto de vista das exigências com que se deparam os cuidadores, ao nível do consumo de tempo e de energia (física e mental).

Realizaremos a caracterização do domínio estrito da prestação de cuidados, bem como a caracterização dos contextos imediatos em que os entrevistados se encontravam no momento das transições. Especificamente, importa-nos saber em que fase é que os entrevistados se encontravam nos seus percursos de vida, quando passaram a ser cuidadores de idosos dependentes, sobretudo no que diz respeito: à atividade profissional, à conjugalidade e aos cuidados a crianças. Os contextos poderão intensificar ou não as possíveis adversidades decorrentes da forma de assunção do papel de cuidador e do grau de dependência do idoso. Por exemplo, começar a prestar cuidados a um idoso dependente, numa altura em que se é jovem e trabalhador estudante, é significativamente diferente de começar a prestar cuidados a um idoso dependente na fase adulta e em que não se está a trabalhar.

No que diz respeito ao *timing* das transições, tencionamos analisar se a assunção do papel de cuidador de um familiar idoso foi concretizada “dentro do tempo” (numa fase etária em que esta assunção é socialmente esperada) ou “fora do tempo” (numa fase etária em que esta assunção não é socialmente esperada). Segundo Glen Elder (1999), associada a cada fase etária existe uma expectativa social de que determinados papéis venham a ser desempenhados, inclusivamente o papel de cuidador de um idoso dependente. Assumir o papel de cuidador na meia-idade pode ser analisado como uma transição “dentro do tempo”, i.e., uma transição concretizada numa fase etária em que é expectável que tal possa acontecer. No entanto, assumir o papel de cuidador numa idade jovem pode ser considerado como uma transição “fora do tempo”.

2. Procedimentos metodológicos

2.1 Método de pesquisa

Na condução desta investigação optámos por um método intensivo ou qualitativo. A seleção deste método prendeu-se com os objetivos que pretendemos alcançar – compreender e analisar transições masculinas para trajetórias de cuidar de um familiar idoso dependente. A utilização de um método quantitativo permitir-nos-ia ter uma perceção generalizada e extensiva da problemática (também ela importante); contudo, seria demasiado superficial e não permitiria um entendimento profundo das questões abordadas.

2.2 Técnicas de recolha de dados

“(...) as ciências sociais recorrem abundantemente às entrevistas mas, na verdade, nem sempre as vistas se entrelaçam com o observável. Quase todo o registo de pertinências se faz no plano da fala: do que se pergunta, do que se responde, do que se transcreve, do que se analisa. A vista, na entrevista, perde-se frequentemente de vista. O que proponho é a recuperação da vista como suporte da observação metodológica. Entrevista plena, vista viva”. (Pais, 2006:35)

2.2.1 Entrevista⁶

No quadro do método de investigação escolhido, a entrevista semi-diretiva foi utilizada como técnica central de recolha de informação. Esta pressupôs a elaboração de um conjunto de questões que permitiram orientar o discurso de acordo com os objetivos do estudo, garantindo, contudo, uma margem de liberdade aos entrevistados, que lhes permitiu o desenvolvimento de um raciocínio muito próprio e pessoal e lhes deu a possibilidade de realçar os aspetos que consideravam mais relevantes.

Porém, convém sublinhar que, apesar de termos um “desenho de investigação transversal”, pois recolhemos informação num determinado ponto do tempo relativamente a vários indivíduos (e a diversas variáveis em relação a cada indivíduo), as entrevistas realizadas foram de pendor retrospectivo, pois a maior parte da informação que se pretendeu recolher reporta-se ao passado dos indivíduos, no momento da entrevista já em pleno processo de prestação de cuidados ou já tendo concluído o mesmo.

Para além das entrevistas realizadas a cuidadores familiares de idosos dependentes, também realizámos duas entrevistas exploratórias a técnicas de instituições que prestavam serviços sociais a idosos. Estas entrevistas serviram para compreender o modo de atuação destas instituições, os serviços que oferecem, as dificuldades que enfrentam, etc., as quais foram pertinentes no âmbito desta pesquisa, porque alguns dos entrevistados recorreram a serviços extra-familiares prestados por este tipo de instituições.

2.3 Procedimentos de análise de dados

Todas as entrevistas foram gravadas em registo áudio e integralmente transcritas, as quais têm a duração média de duas horas. Este trabalho de transcrição, moroso, constitui-se posteriormente como muito frutífero, porque permite aceder ao discurso dos indivíduos, ao longo do nosso trabalho. As transcrições foram analisadas através de análise de conteúdo temática (Bardin, 1991; Corbin e Strauss, 1990). Este tipo de análise define-se por “ignorar a coerência singular da entrevista e procura a coerência temática entre as entrevistas” (Blanchet e Gotman, 1992:98).

⁶ No âmbito desta pesquisa, também desenvolvemos a adaptação de um instrumento gráfico de suporte à entrevista, o bio-gráfico (ver anexo C). O desenvolvimento deste instrumento foi um dos aspetos inovadores desta dissertação.

III. ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS

Nesta terceira parte da pesquisa, apresentaremos, num primeiro momento, a caracterização social dos cuidadores e, de seguida, a caracterização social dos idosos que recebem cuidados e as formas de estruturação dos cuidados prestados. Posteriormente, analisaremos as transições realizadas para as trajetórias de cuidar.

1. Caracterização social dos cuidadores

A amostra de conveniência é composta por dezasseis homens⁷ que têm em comum o facto de estarem a cuidar, ou de terem cuidado no passado, de um familiar idoso dependente. Para além disto, aquando das entrevistas, todos residiam na Região de Lisboa (incluem-se na Região de Lisboa os municípios abrangidos pela NUTS II.). Contudo, apresentam uma significativa heterogeneidade social, como veremos seguidamente (cf. quadro 3.1).⁸

⁷ Foram realizadas 34 entrevistas, 18 entrevistas a mulheres cuidadoras e 16 entrevistas a homens cuidadores. Pretendemos analisar trajetórias de cuidar à luz dos dois géneros, a partir de uma amostra quase equitativa, superando a falta de representatividade dos homens em estudos anteriores. Contudo, na presente dissertação, são apenas apresentados os dados referentes aos homens, devido à exiguidade do formato deste trabalho, que não permite explicar em profundidade a riqueza dos dados recolhidos, o que exigiu a tomada de uma decisão e a seleção de dados. O critério consistiu em apresentar o lado que menos se conhece, os cuidados no masculino, e o foco da análise centrou-se no momento das transições para as trajetórias. No entanto, todas as entrevistas foram transcritas, bem como os bio-gráficos realizados, material empírico que poderá vir a ser apresentado em futuros trabalhos.

⁸ A informação que apresentamos refere-se às características que os inquiridos tinham no momento da realização das entrevistas (nos casos em que os entrevistados já não se encontravam a prestar cuidados na altura das entrevistas, a informação reporta-se à última experiência de cuidar). Por conseguinte, no que respeita à parte das características que serão seguidamente apresentadas, as mesmas não existiam no momento em que os entrevistados transitaram para as trajetórias de cuidar. Por exemplo, a idade, quando começaram a cuidar, era inferior, a solução da prestação de cuidados inicial em alguns casos era diferente da atual; contudo, aquando da análise das transições para as trajetórias de cuidar, estes dados serão tidos em consideração. Isto porque foi necessário definir um critério para apresentar a caracterização dos entrevistados.

Quadro 3.1 – Alguns elementos de caracterização geral dos cuidadores e das pessoas idosos que recebem cuidados

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	IDADE CUID.	ESTADO CIVIL CUID.	ESCOLARIDADE CUID.	PROFISSÃO CUID.	CONDIÇÃO PERANTE O TRABALHO	CLASSE SOCIAL CUID.	PRESTAÇÃO DE CUIDADOS A CRIANÇAS	VIVE C/ O IDOSO CUID.	SEXO DO IDOSO	IDADE DO IDOSO	ESTADO CIVIL DO IDOSO	ESCOLARIDADE DO IDOSO	ÚLTIMA PROFISSÃO DO IDOSO	CLASSE SOCIAL DO IDOSO	GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO
E1 – António Filho	53	Casado	9º ano	Canalizador	Empregado	IPP	Não	Não	Masculino	87	Viúvo	4º ano	Sapateiro Engraxador	IPP	Acentuada
E2 – Carlos Filho	48	Casado	Licenciatura	Técnico superior Função Pública	Empregado	PIC	Não	Não	Feminino	70	Viúva	Sem escolaridade	Doméstica	OI	Ligeira
E3 – João Leal Filho	63	Casado	4º ano	Técnico de ótica	Reformado	PTEI	Não	Sim	Feminino	98	Viúva	Sem escolaridade	Comerciante	IPP	Acentuada
E4 – António M. Genro	56	Casado	12º ano	Oficial de justiça	Empregado	PTEI	Não	Sim	Masculino	87	Viúvo	4º ano	Oficial de Justiça	PTEI	Moderada
E5 – Aires Cónjuge	73	Casado	4º ano	Electricista	Reformado	IPP	Não	Sim	Feminino	70	Casada	4º ano	Doméstica	IPP	Acentuada
E6 – Américo Cónjuge	82	Casado	3º ano	Tipógrafo	Reformado	OI	Não	Sim	Feminino	81	Casada	12º ano	Doméstica	OI	Acentuada
E7 – António Cónjuge	76	Casado	4º ano	Soldador	Reformado	OI	Não	Sim	Feminino	76	Casada	4º ano	Operária fabril (tecedeira)	OI	Acentuada
E8 – José M. Filho	55	Casado	Licenciatura	Director de empresa de seguros	Empregado	ED	Não	Não	Masculino	84	Casado	4º ano	Mecânico	OI	Ligeira
E9 – Fernando Filho	55	Casado	Mestrado	Docente ensino superior	Empregado	PIC	Não	Não	Feminino	91	Viúva	9º ano	Administrativa	EE	Ligeira
E10 – Hélder Filho	56	Divorciado	12º ano	Empresário	Empregado	IPP	Não	Sim	Feminino	82	Casada	9º ano	Administrativa	EE	Acentuada
E11 – Hugo Neto	28	Solteiro	12º ano	Empresário	Empregado	IPP	Não	Não	Feminino	77	Casada	4º ano	Operária fabril	OI	Acentuada
E12 – José P. Filho	42	Solteiro	9º ano	Pasteleiro	Empregado	OI	Sim	Sim	Feminino	76	Viúva	4º ano	Operária fabril	OI	Acentuada
E13 – José C. Filho	62	Casado	9º ano	Comercial	Desempregado	IPP	Não	Não	Feminino	83	Casada	4º ano	Porteira	ENQ	Moderada
E14 – Monteiro Cónjuge	69	Casado	4º ano	Assistente administrativo	Reformado	EE	Não	Sim	Feminino	66	Casada	4º ano	Ajudante de Cabeleireira	EE	Moderada
E15 – Xavier Cónjuge	83	Casado	9º ano	Técnico de seguros	Reformado	PTEI	Não	Sim	Feminino	79	Casada	9º ano	Administrativa	EE	Moderada
E16 – Carlos Genro	40	Casado	Licenciatura	Dirigente e quadro superior da Adm. Pública	Empregado	ED	Não	Sim	Feminino	73	Casada	4º ano	Tecedeira	OI	Acentuada

Os entrevistados são, na sua maioria, filhos das pessoas idosas dependentes (oito). Porém, existem também cinco cônjuges, dois genros e um neto. As suas idades variam entre os 28 e os 83 anos, sendo que os grupos etários 51-64 e 65 e mais anos são os que albergam mais cuidadores, perfazendo mais de metade dos casos. A maioria destes homens é casada (treze), sendo dois solteiros e um divorciado.

No respeitante à condição de prestação de cuidados a crianças, quase a totalidade dos entrevistados, aquando da realização das entrevistas, não prestava cuidados a crianças (quinze). Porém, importa sublinhar que esta ausência de prestação de cuidados a crianças nem sempre existiu, uma vez que cinco dos cuidadores, no momento em que realizaram as suas transições para as trajetórias de cuidar, prestavam cuidados a crianças. Destes, três (E1, E9, E16) cuidavam de filhos, e dois (E7, E15) de netos, tendo algumas destas crianças idades até aos 12 anos (idade até à qual a generalidade das crianças depende consideravelmente dos prestadores de cuidados). Assim sendo, estes cuidadores encontravam-se numa situação de dupla responsabilidade de prestação de cuidados: para com as crianças e, simultaneamente, para com os idosos.

Relativamente ao nível de escolaridade, é de sublinhar que estes homens também apresentam diversidade em termos dos graus de ensino frequentados, desde os que concluíram apenas o 1º ciclo do ensino básico até aos que possuem uma licenciatura ou mais.

A maioria dos cuidadores está inserida no mercado de trabalho e tem horários a tempo inteiro. No entanto, alguns estão inativos profissionalmente (sete entrevistados), sendo a reforma a principal razão da inatividade.

De modo a situarmos os cuidadores na estrutura das posições sociais, adotámos a tipologia de classes sociais que foi utilizada na investigação sobre as famílias e as dinâmicas familiares em Portugal (Wall, 2005). Esta tipologia combina três variáveis, a profissão, a situação na profissão e o nível de escolaridade, e é inspirada nas propostas desenvolvidas por Almeida, Costa e Machado (Almeida, 1986; Almeida, Costa e Machado, 1994; Costa, 1999; Costa *et al.* 2000).⁹

Verificamos que a maioria dos cuidadores se insere na classe social¹⁰ dos independentes e pequenos patrões (IPP), correspondendo a cinco entrevistados. Seguidamente, destacam-se os que ocupam profissões técnicas e de enquadramento intermédio (PTEI), nomeadamente três cuidadores, e os que pertencem à classe do operariado industrial (OI), com a mesma representatividade (três entrevistados). Por fim, os restantes seis entrevistados distribuem-se pelas seguintes classes sociais: empresários e dirigentes (ED), profissões intelectuais e científicas (PIC) e empregados executantes (EE), designadamente, dois nas primeiras e um na última. Temos, assim, um grupo de entrevistados diversificado, no que se refere à classe social, desde os que se caracterizam pela posse de volumes

⁹A construção das classes sociais foi realizada a partir da Classificação Nacional das Profissões. A tabela detalhada das profissões, situações na profissão e níveis de escolaridade encontram-se em Wall (2005:636-643). Esta tem como referência a tipologia ACM (Almeida, 1986; Almeida, Costa e Machado, 1994).

Decidimos classificar também os reformados, reportando-nos às últimas profissões exercidas e respetivas situações na profissão.

¹⁰ A tipologia de classes reporta-se apenas ao inquirido.

elevados de capitais económicos e escolares (ED e PIC), aos que se posicionam no polo oposto, caracterizados pela posse de baixos volumes de capitais económicos e escolares (EE e OI). Entre esses dois polos, encontramos outras duas classes sociais (PTEI e IPP), cujos capitais económicos e escolares são, em termos gerais, mais favoráveis dos que os empregados executantes e operários industriais, contudo não tão favoráveis como os dos empresários e dirigentes e os ocupantes das profissões intelectuais e científicas.

2. Caracterização social das pessoas idosas que recebem cuidados

As pessoas idosas que recebem cuidados sobre as quais incide esta pesquisa são, na sua maioria do sexo feminino (em 16 indivíduos apenas três são do sexo masculino), o que é um dado interessante para a análise. De facto, considerando que, na grande maioria dos casos, os protagonistas da prestação de cuidados são mulheres, neste estudo iremos analisar o inverso: os protagonistas da prestação de cuidados são homens, e quem recebe maioritariamente cuidados são mulheres, o que também se justifica pela maior longevidade destas.

No que diz respeito à idade, esta varia entre os 66 e os 98 anos, sendo que os grupos etários dos 65-75 e 76-85 anos são os que albergam mais pessoas idosas a receberem cuidados (12). A seguir surge o grupo etário dos 86-95 anos, com três casos, e o dos 95 e mais anos, constituído por uma idosa.

Mais de metade das mulheres e homens idosos (10) do nosso estudo é casada, sendo que apenas seis estão na condição de viuvez. Na sua maioria caracterizam-se pela posse de baixos volumes de capitais económicos e escolares: 10 completaram não mais do que o 1º ciclo do ensino básico, enquanto três completaram o 3º ciclo do ensino básico e apenas uma idosa concluiu o ensino secundário. Em dois casos desconhece-se a escolaridade.

Relativamente à classe social, verificamos uma certa predominância (sete casos) do operariado industrial (OI), secundada pela dos empregados executantes (EE), (quatro casos). Quanto aos restantes, destacam-se os que se inserem na classe dos independentes e pequenos patrões (IPP), duas idosas e um idoso. Por fim, as classes com menos representatividade, cada uma delas apenas constituída por uma pessoa idosa, referem-se a profissões técnicas e de enquadramento intermédio (PTEI), com um idoso, e empregados não qualificados do terciário (ENQ), com uma idosa.

No momento da realização das entrevistas aos cuidadores, excetuando três casos, estas pessoas idosas apresentavam moderada ou acentuada dependência. Importa também referir que a maioria reside com os cuidadores (10 casos). Se, no caso dos cônjuges (cinco casos), o motivo consiste no vínculo conjugal, já nos outros deve-se ao respetivo grau de dependência ser moderado ou acentuado, estando associado um maior grau de exigência dos cuidados prestados.

Concluindo, podemos afirmar que o grupo de entrevistados é diversificado em termos da relação de parentesco com o familiar idoso dependente, idade, estado civil, condição perante o trabalho e a

prestação de cuidados a crianças, condições sociais de existência, grau de dependência dos idosos, entre outras variáveis. Esta diversidade permite que estejam representadas diferentes dimensões ou aspetos subjacentes à prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes.

3. As formas de estruturação dos cuidados prestados

Os entrevistados estruturaram os cuidados prestados de diversas formas, integrando diferentes soluções.

A rede de familiares das pessoas idosas dependentes constitui uma “bolsa de recursos humanos” que poderá ser mobilizada, total ou parcialmente, para a construção das soluções de prestação de cuidados. Não obstante, como veremos adiante, os familiares que corresidem com a população idosa carente de cuidados acabam por estar na primeira linha de mobilização para assumirem o papel de cuidadores. A referida “bolsa de recursos humanos” pode ainda ser constituída por outras pessoas que não recebem contrapartidas financeiras para prestar cuidados, tais como amigos, vizinhos, etc. Para além dos recursos humanos, os recursos económicos também assumem um papel importante na estruturação das soluções de prestação de cuidados, visto que o acesso a serviços sociais pagos (informais ou formais) é condicionado economicamente. É sobretudo na combinação destes dois tipos de recursos que se organizam os cuidados prestados (José e Wall, 2006).

Para analisarmos as formas de estruturação dos cuidados prestados, adotámos a tipologia de soluções de prestação de cuidados, desenvolvida por José São José (2009:457). Esta tipologia é constituída por soluções familiares e soluções mistas (cf. quando 3.2).

As soluções familiares são compostas, como o próprio nome indica, apenas por familiares do idoso dependente, e podem ser constituídas apenas pelos entrevistados – soluções familiares não partilhadas (SFNP), ou pelos entrevistados conjuntamente com outros familiares dos idosos dependentes – soluções familiares partilhadas (SFP). Por sua vez, as soluções mistas são compostas apenas pelos entrevistados (SFNP); ou pelos entrevistados conjuntamente com outros familiares dos idosos dependentes (SFP) e apoios extrafamiliares informais ou formais. Consoante os apoios extrafamiliares utilizados, encontramos três tipos de soluções mistas: soluções mistas de extensão informal, soluções mistas de extensão formal e soluções mistas de dupla extensão.¹¹

¹¹ *Soluções mistas de extensão informal* – (soluções familiares não partilhadas/partilhadas, com apoio extrafamiliar informal). O apoio extrafamiliar informal é prestado por vizinhos, amigos (pagos ou não pagos), empregadas domésticas ou outras pessoas que não estão contratualmente vinculadas a instituições de apoio a idosos (estes últimos apoios são pagos).

Soluções mistas de extensão formal – (soluções familiares não partilhadas/partilhadas, com apoio extrafamiliar formal). O apoio extrafamiliar formal é prestado por pessoas que estão contratualmente vinculadas a instituição de apoio a idosos (ex.: apoio domiciliário, centro de dia, etc.). Este apoio é sempre pago. Os fornecedores deste apoio podem ser o Estado, Instituições Particulares de Solidariedade Social ou empresas.

Soluções mistas de dupla extensão – (soluções familiares não partilhadas/partilhadas, com apoio extrafamiliar informal e formal). Qualquer uma destas soluções pode ser a meio tempo (aquele que é prestado no máximo até 4/5 horas por dia) ou a tempo inteiro (aquele que é prestado durante 6 ou mais horas por dia).

Quadro 3.2 – Distribuição dos entrevistados segundo as soluções de prestação de cuidados

Tipos de Soluções	Nº Entrevistado
Soluções Familiares Soluções familiares não partilhadas Soluções familiares partilhadas SUB-TOTAL	E14, cônjuge, EE E12, filho, OI; E13, filho, IPP 3
Soluções Mistas de Extensão Informal (família + apoio informal) Solução familiar não partilhada + apoio informal não pago a meio tempo Solução familiar não partilhada + apoio informal pago a meio tempo Solução familiar partilhada + apoio informal pago a meio tempo Solução familiar não partilhada + apoio informal pago a tempo inteiro Solução familiar partilhada + apoio informal pago a tempo inteiro SUB-TOTAL	E5, cônjuge, IPP E15, cônjuge, PTEI E9, filho, PIC - E16, genro, ED 4
Soluções Mistas de Extensão Formal (família + apoio formal) Solução familiar não partilhada + apoio formal a meio tempo (SAD) Solução familiar partilhada + apoio formal a meio tempo (SAD) Solução familiar não partilhada + apoio formal a tempo inteiro Solução familiar partilhada + apoio formal a tempo inteiro (SAD) SUB-TOTAL	E6, cônjuge, OI E1, filho, IPP; E3, filho, PTEI - E8, filho, ED 4
Soluções Mistas de Dupla Extensão (família + apoio informal + apoio formal) SFNP + apoio informal meio tempo/tempo inteiro + apoio formal meio tempo/tempo inteiro SFP + apoio informal pago a meio tempo + apoio formal a meio tempo (SAD) SFP + apoio informal pago a meio tempo + apoio formal a tempo inteiro (CD) SUB-TOTAL	- E2, filho, PIC; E4, genro, PTEI E,7, cônjuge, OI; E10, filho, IPP; E11, neto, IPP. 5
TOTAL	16

No conjunto dos casos, predominam as soluções mistas de dupla extensão (cinco entrevistados), seguidas de perto pelas de extensão informal e formal, cada uma destas adotadas por quatro entrevistados. As soluções exclusivamente familiares têm menor expressão (três casos) no conjunto de todas as soluções.

As soluções de prestação de cuidados contêm cuidados familiares partilhados e não partilhados, à exceção das soluções mistas de dupla extensão, que apenas contemplam cuidados familiares partilhados. Importa sublinhar que, na maioria dos casos, existe partilha familiar dos cuidados (12 soluções são do tipo familiar partilhada).

No painel de entrevistados, temos um cuidador cônjuge, que partilha os cuidados à sua esposa com a filha e o neto (E7). No caso dos filhos cuidadores, a partilha faz-se em primeiro lugar com o cônjuge da pessoa idosa, um dos seus progenitores, caso ainda esteja vivo e com saúde (E13). Se tal não acontecer, depois do cônjuge, seguem-se os irmãos, homens e mulheres (E8, E9, E2, E12, E1¹²). Por sua vez, no caso de serem filhos únicos (E3, E10), ou de os irmãos não poderem participar na solução de prestação, estes homens partilham mais intensamente os cuidados com as respetivas esposas ou companheiras (noras das pessoas idosas dependentes)¹³. No caso dos genros (E4 e E16), estes partilham os cuidados às sogras dependentes, com as suas esposas (filhas únicas). Nestas duas

¹² Destes cinco casos, quatro também contam com a participação das suas companheiras/esposas (noras dos idosos dependentes), contudo a participação destas é muito residual, em situações pontuais, como realização de compras.

¹³ O que não quer dizer necessariamente que tenhamos cuidadores homens de retaguarda, estando na dianteira dos cuidados as suas esposas, porque, como teremos oportunidade de considerar, existem homens que, embora partilhem os cuidados às idosas dependentes com a sua esposa, são eles os principais responsáveis pela prestação da maior parte dos cuidados (E12, E10).

situações, os outros progenitores destas filhas já haviam falecido. Por último, temos, ainda, um neto (E11), caso em que a partilha é feita sobretudo com o seu avô (cônjuge da idosa dependente). Apesar de também contar com o apoio do seu pai, de uma tia e da sua esposa, o apoio principal é o do cônjuge da idosa.

Podemos afirmar que a partilha se faz, principalmente, com o cônjuge da pessoa idosa, caso este ainda esteja vivo e com saúde. Quando tal não acontece, faz-se com os irmãos (homens e mulheres). Isto vai ao encontro dos resultados de algumas investigações, que sugerem a existência de uma “hierarquia de cuidadores” de idosos na família, em que os cônjuges aparecem em primeiro lugar (ex.: Qureshi e Walker, 1989) e são fundamentais (Wall *et. al*, 2001).

Relativamente aos quatro casos em que não existe partilha familiar dos cuidados, todos os entrevistados corresidem com as idosas dependentes e são cônjuges. Destes, um não tem filhos, os outros três não têm familiares disponíveis para prestarem cuidados (um tem uma filha que trabalha a tempo inteiro e não tem disponibilidade, e os outros dois têm filhos a residir no estrangeiro).

Considerando agora as soluções mistas, verificamos que, para além dos cuidados familiares (partilhados ou não), estas soluções contêm também apoios informais (pagos e não pagos) e apoios formais (que são pagos). Tanto os apoios informais como os formais são prestados a meio tempo (até quatro horas por dia), nuns casos, e a tempo inteiro (oito horas por dia), noutros. Nenhum dos entrevistados tem apoio 24 horas por dia.

O apoio informal não pago a meio tempo é prestado apenas num caso (E5) por uma vizinha. Esta dá apoio em alguns dias da semana, duas a três horas por dia, quando o cônjuge da idosa tem de se ausentar, apoio este que se traduz essencialmente em atividades de supervisão da idosa. Os apoios informais pagos a meio tempo são prestados por empregadas domésticas em sete casos (E2, E4, E7, E9, E10, E11, E15), que operam meio dia, durante a semana. Estas ocupam-se da limpeza doméstica, tratamento de roupa e também de cuidados como confeção/preparação de refeições ou higiene pessoal. Por sua vez, os apoios informais pagos a tempo inteiro também são assegurados por empregadas domésticas e, no painel dos entrevistados, temos apenas um homem (E 16). Neste caso, a empregada doméstica presta cuidados à idosa dependente, nomeadamente na confeção/preparação de refeições, no controlo da toma dos medicamentos, na higiene pessoal, no período das 9:00 às 17:30 horas, de segunda a sexta-feira, enquanto o entrevistado se ausenta para trabalhar.

Por fim, os apoios formais a meio tempo são assegurados pelos serviços de apoio domiciliário de instituições particulares de solidariedade social (IPSS) em seis casos (E1, E2, E3, E4, E6, E8), os quais funcionam de segunda a domingo durante duas a três horas por dia, prestando, na maior parte dos casos, serviços de higiene corporal e entrega de refeições, podendo, em algumas situações, proceder à higiene habitacional e ao tratamento de roupa. Por sua vez, os apoios formais a tempo inteiro são prestados por Centros de Dia em três casos (E7, E10, E11) e, num caso (E8), pelo serviço de apoio domiciliário de uma empresa privada. Estes apoios são prestados oito horas por dia, de segunda a

domingo. Nas situações que usufruem de cuidados do Centro de Dia, estes traduzem-se na confeção da alimentação, controlo da toma dos medicamentos, higiene pessoal, que é realizada no próprio Centro, e transporte. O caso que usufrui de cuidados prestados pelo serviço de apoio domiciliário de uma empresa privada, recebe apoio a nível da higiene habitacional, tratamento de roupa e confeção da alimentação.

Ainda relativamente às soluções de prestação de cuidados importa referir que algumas destas soluções não conseguem assegurar a continuidade da prestação de cuidados a idosos com elevada dependência durante o dia. Isto implica que estes idosos fiquem sozinhos, diariamente, durante alguns períodos de tempo. Tais situações são uma fonte de grande preocupação para os cuidadores, pois colocam o bem-estar das pessoas idosas em risco.

No momento das entrevistas, a participação dos homens cuidadores nas soluções de prestação de cuidados fazia-se de uma das seguintes formas: a) como cuidador “principal” (o entrevistado é responsável por prestar diretamente a maior parte dos cuidados); b) como cuidador “secundário” (o entrevistado auxilia o cuidador principal na prestação direta dos cuidados); c) ou ainda como cuidador de retaguarda (o entrevistado supervisiona os cuidados prestados diretamente por terceiros, sendo reduzida a sua participação na prestação direta dos cuidados). Quando da realização das entrevistas, a maioria destes homens desempenhava o papel de cuidador principal (seis casos: E5, E6, E10, E12, E14 e E15) e de cuidador secundário (seis casos: E3, E4, E7, E11, E13 e E16), enquanto o papel de cuidador de retaguarda era o que detinha menos expressão (quatro casos: E1, E2, E8 e E9).

Importa referir que, dos seis cuidadores principais, quatro eram cônjuges das idosas dependentes e dois eram filhos. Estes últimos só assumiram este papel porque, num caso (E10), o pai (cônjuge da idosa) já não podia prestar cuidados e, noutro (E12), o pai tinha falecido. No que diz respeito aos cuidadores secundários, apenas um era cônjuge da idosa dependente. Este inicialmente desempenhava o papel de cuidador principal. Contudo, posteriormente, com o recurso a apoio extrafamiliar, passou a cuidador secundário. Dos restantes, dois são filhos, dois são genros e um é neto. Relativamente aos cuidadores de retaguarda, todos são filhos das pessoas idosas dependentes.

4. As transições para as trajetórias de cuidar

Neste ponto da análise, centrar-nos-emos nos momentos das transições para as trajetórias de cuidar, i.e., no marco temporal em que os entrevistados passaram a ser cuidadores de um familiar idoso dependente. Pretendemos caracterizar as transições, de forma a respondermos a duas perguntas: De que modo é que estes homens transitaram para as trajetórias de cuidar? As transições foram realizadas “dentro do tempo” ou “fora do tempo”?

Relativamente ao modo de transição para a trajetória de cuidar, tencionámos caracterizar o domínio estrito da prestação de cuidados no momento das transições, considerando a forma de assunção do

papel de cuidador e o grau de dependência do idoso, bem como os contextos imediatos em que os entrevistados se encontravam por ocasião dessas transições (fase ocupada no percurso de vida, no que diz respeito à atividade profissional, à conjugalidade e aos cuidados a crianças). Ademais, procurámos saber se os entrevistados conceberam as suas transições para cuidadores como tendo sido concretizadas “dentro do tempo” (numa fase etária em que tal facto é socialmente esperado) ou “fora do tempo” (numa fase etária em que tal facto não é socialmente esperado).

Tendo em consideração as variáveis implícitas às duas perguntas supra enunciadas, designadamente, forma de assunção do papel de cuidador (cuidador principal, cuidador secundário ou cuidador de retaguarda), grau de dependência do idoso, condição perante o trabalho, condição perante a conjugalidade, condição perante os cuidados a crianças e *timing* da transição (“dentro do tempo” ou “fora do tempo”), chegámos a uma tipologia de transições. Identificámos os seguintes tipos: transições simples “dentro do tempo”; transições simples “fora do tempo”; transições complexas “dentro do tempo”; transições complexas “fora do tempo”; transições muito complexas “dentro do tempo” e transições muito complexas “fora do tempo”.

As transições simples (independentemente de terem sido realizadas dentro ou fora do tempo) correspondem a uma das seguintes situações: a) passar a cuidar de um idoso com ligeira dependência, independentemente do tipo de papel de cuidador; b) passar a cuidar de um idoso com moderada dependência, enquanto cuidador de retaguarda.

Verificámos que, nos casos em que os idosos tinham ligeira dependência, não havia necessidade de depender muito tempo e energia nos cuidados, o que nos leva a concluir que o carácter simples das transições é acentuado pelo grau de dependência do idoso. Nos casos em que os entrevistados assumiram o papel de cuidador de retaguarda de um idoso com moderada dependência, percebemos que o carácter simples das transições é acentuado pelo papel de cuidador. Estes entrevistados supervisionam os cuidados prestados diretamente por terceiros, sendo reduzida a sua participação na prestação direta dos cuidados.

O carácter simples das transições foi acentuado por outros aspetos que caracterizavam as fases em que estes homens se encontravam nos seus percursos de vida (ex.: sem crianças ou apenas crianças entre os 13 e os 18 anos, viver em conjugalidade).

Por sua vez, as transições complexas (dentro ou fora do tempo) correspondem a uma das seguintes situações: a) entrevistados que se assumiram como cuidadores principais de idosos com moderada ou acentuada dependência, numa fase em que se encontravam reformados; b) entrevistados que começaram a desempenhar o papel de cuidador principal de um idoso com acentuada dependência, numa fase do percurso de vida em que tinham uma atividade profissional a tempo inteiro.

Em ambas as situações a complexidade das transições é definida pelo papel de cuidador desempenhado e pelo grau de dependência dos idosos, ou seja, ser “prestador direto” da maior parte dos cuidados a idosos com moderada ou acentuada dependência é mais exigente, do ponto de vista do

consumo de tempo e energia, do que ser cuidador de um idoso com ligeira dependência ou ser cuidador de retaguarda, supervisionando apenas os cuidados prestados por outras pessoas. No entanto, importa salientar que o carácter complexo das transições é acentuado por aspetos distintos que caracterizam as fases em que estes homens se encontram nos seus percursos de vida. Quanto aos primeiros, embora tenham realizado transições em fase de inatividade profissional, tendo, portanto, mais tempo para cuidar, a complexidade da transição acentuou-se devido à sua idade (avançada), enquanto, para os segundos, a complexidade da transição se acentuou, devido ao facto de a quantidade de tempo e de energia consumida nas atividades de cuidar passar a concorrer com a quantidade de tempo e energia que os entrevistados já despendiam na sua atividade profissional.

Por último, as transições muito complexas, também independentemente do *timing* em que se deram, caracterizam-se pela assunção do papel de cuidador principal ou secundário de um idoso, com moderada ou acentuada dependência, numa fase do percurso de vida em que os entrevistados prestavam cuidados diretos a, pelo menos, uma criança até aos 12 anos.

O que torna estas transições mais complexas do que as anteriores é o facto destes homens terem passado a assegurar a prestação direta da maior parte dos cuidados aos idosos com um grau de dependência moderada ou acentuada e, em simultâneo, prestarem cuidados diretos a crianças.

No que diz respeito ao *timing* das transições, considerámos como transições “dentro de tempo” as que foram concretizadas quando os entrevistados tinham entre 45 e 64 anos. Esta delimitação etária é empiricamente fundamentada e diferentes estudos têm concluído ser nesta faixa etária que se continua a inserir a maioria dos cuidadores de idosos, principalmente em linha ascendente, onde sobressaem os filhos (ex.: Brody, 2004, São José 2009)¹⁴. Estes passam sobretudo a cuidar dos pais idosos quando têm entre 45 e 64 anos, dado que é por volta destas idades que os pais, cerca de vinte e cinco a trinta anos mais velhos, começam normalmente a necessitar de cuidados. Abaixo e acima desta faixa etária, encontram-se menos cuidadores de familiares idosos. O que quer dizer que, geralmente, é por volta da “meia idade” que se espera vir a cuidar de um familiar idoso. Considerando que os *timings* das transições são socialmente construídos (Elder, 1999), concretizar a transição na “meia idade” para o papel de cuidador de um idoso dependente é corresponder ao *timing* socialmente definido para este tipo de transição. Assim sendo, considerámos as transições que ocorreram em idades compreendidas entre 45 e 64 anos de transições “dentro do tempo” (ou socialmente esperadas) e as que aconteceram antes e depois desta faixa etária de transições “fora do tempo”. Importa referir que a fundamentação empírica resulta também dos dados da presente pesquisa. Os homens que se assumiram como cuidadores entre os 45 e os 64 anos consideraram, implícita ou explicitamente, ter concretizado transições socialmente esperadas. Por sua vez, os que passaram a ser cuidadores antes e depois desta faixa etária conceberam as suas transições como não esperadas.

¹⁴ Neste estudo também foram incluídos cuidadores cônjuges; porém, para estes o *timing* (dentro e fora de tempo) foi analisado tendo em consideração se lhes era expectável ou não prestarem cuidados às suas esposas nessa fase da sua vida, tendo em conta que para os cônjuges não existe *timing* socialmente definido.

4.1 O modo e o *timing* das transições

4.1.1 Transições simples “dentro de tempo”

Os homens cuidadores que realizaram transições simples fizeram uma das seguintes transições: transição como cuidador de um idoso com ligeira dependência ou transição como cuidador de retaguarda de um idoso com moderada dependência. Para além disto, as transições foram realizadas quando os entrevistados tinham entre 45 e 64 anos, idades em que não foi surpreendente, do ponto de vista destes últimos, começar a prestar cuidados a um familiar idoso.

Os entrevistados que realizaram as suas transições como cuidadores de um familiar idoso com ligeira dependência passaram a despende pouco tempo e energia nos cuidados, visto que os familiares idosos apenas necessitavam de ajudas pontuais na realização de algumas tarefas quotidianas. Este grupo de entrevistados é composto por quatro filhos (E3, E8, E9 e E13) e um genro (E4).

No momento das transições, todos estes homens trabalhavam a tempo inteiro e viviam em conjugalidade. No que respeita a cuidados prestados a crianças, apenas um entrevistado (E9) tinha dois filhos pequenos (de 6 e 8 anos). Neste caso, foi possível conciliar o tempo despendido nestes cuidados com o tempo despendido nos cuidados à mãe, pois esta não necessitava de cuidados muito exigentes (em termos de tempo e de energia). Dos restantes, dois tinham filhos adultos e dois não tinham descendência.

Os homens que entrevistámos assumiram o papel de cuidador de duas formas, num período em que se encontravam também em diferentes fases dos seus percursos de vida. O papel de cuidador secundário foi assumido por dois filhos (E3 e E13) e um genro (E4) e o papel de cuidador de retaguarda foi assumido por dois filhos (E8 e E9). Nenhum deles assumiu o papel de cuidador principal.

A assunção do papel de cuidador secundário prendeu-se, em grande parte, com o facto de terem recursos humanos ao seu dispor. No caso de um dos filhos (E13), o seu pai, cônjuge da idosa dependente, assumiu o papel de cuidador principal, porque não tinha problemas de saúde. Nos outros dois casos, as pessoas idosas receptoras de apoio estavam viúvas, mas quem assumiu o papel de cuidadora principal, no caso do genro (E4) foi a esposa deste, filha única do familiar idoso dependente, com o apoio de uma empregada doméstica de que o casal já dispunha. No caso do outro cuidador secundário (E3), quem assumiu o papel de cuidadora principal foi a sua esposa, nora da idosa dependente.

A assunção do papel de cuidador de retaguarda, prendeu-se não só com o facto de os entrevistados terem recursos humanos ao seu dispor, mas também por possuírem recursos económicos. Ambos os filhos (E8 e E9) participaram em soluções familiares partilhadas com os irmãos (os quais trabalhavam a tempo inteiro), isto porque não havia cônjuges disponíveis para o efeito (um por questões de saúde e o outro por já ter falecido). Apesar de estas serem soluções de prestação de cuidados familiares

partilhadas, os cuidadores delegaram a maior parte dos cuidados diretos em apoios extrafamiliares, numa situação (E9), a delegação foi feita numa empregada doméstica, que realizava a higiene habitacional, e noutra (E8) no serviço de apoio domiciliário de uma empresa privada, que realizava a higiene habitacional e tratamento de roupa, sendo reduzida a sua prestação direta dos cuidados. Sublinhe-se, no entanto, que estes filhos se posicionaram na retaguarda da prestação dos cuidados, porque possuíam suficientes recursos financeiros para contratar estes serviços.

Importa também referir que, neste grupo de entrevistados, no momento das transições, nenhum cuidador vivia em coresidência com os idosos. Porém, posteriormente, em dois casos (E3 e E4), devido ao agravamento do grau de dependência dos idosos, passaram a viver em coresidência.

Apesar de terem assumido o papel de cuidador de diferentes formas e em diferentes fases dos percursos de vida (nomeadamente no que toca à parentalidade), os depoimentos que se seguem confirmam que o carácter simples destas transições, é acentuado pelo grau de dependência dos idosos:

«(...) está tudo ótimo, não tem história nenhuma, não interfere com ninguém. [...] – **E acha que isto acontece precisamente pelo grau de dependência ser baixo?** Pelo grau de dependência ser baixo, como é evidente, e estamos satisfeitos com o serviço (de apoio domiciliário), mas fundamentalmente porque o grau de dependência dele é baixo, porque se ele tiver um grau de dependência maior, lá está, tem que haver maior envolvimento destas instituições [...].»

(E8: filho, tinha 51 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda do seu pai com ligeira dependência, tinha uma licenciatura, trabalhava a tempo inteiro como diretor de uma empresa de seguros, estava casado e tinha duas filhas adultas).

«(...) porque era uma coisa que se podia gerir facilmente, (...) assuntos administrativos (...) a questão dos pagamentos das faturas, as questões do imposto, acompanhamento a consultas. [...] – **Até porque a exigência dos cuidados não é elevada?** Também não é elevada, não. (...) não porque ela estava mais ou menos bem, fazia a vida dela, não nos preocupávamos assim muito, não é, pronto, havia sempre alguma...quando é que vai acontecer qualquer coisa que altere... – **Pois ou talvez aquela preocupação de poder cair, ou (acontecer) alguma coisa por estar mais tempo sozinha...** pois não é nada de significativo...».

(E9: filho, tinha 43 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda da sua mãe com ligeira dependência, tinha um mestrado, trabalhava a tempo inteiro como professor universitário, estava casado e tinha dois filhos com 6 e 8 anos).

«(...) felizmente o meu pai ajuda e porque ainda não teve aqueles... não é aqueles problemas graves de, como é que se chama? De...não é aqueles problemas graves de ter de estar acamada, está a compreender? Não se poder movimentar. Pronto, naquele ciclozinho dela, ela vai-se mexendo. (...) Olhe eu vou-lhe dizer, eu tenho uma prima que é enfermeira, e o avô dela morreu com um problema, feridas no corpo que quase cabia a mão; pronto isso é complicado! (...) Pronto está a compreender? Isso é que é complicado, agora quando as pessoas coitadinhas fazem a vidinha delas sossegada. [As tarefas que realiza são o acompanhamento a consultas, preparação da medicação, compras, deslocar/transportar].».

(E13: filho, tinha 58 anos quando se assumiu como cuidador secundário da sua mãe com ligeira dependência, tinha o 9º ano, trabalhava a tempo inteiro como comercial/vendedor, estava casado e não tinha filhos).

Por último, temos um filho que realizou a sua transição como cuidador de retaguarda da sua mãe, com moderada dependência (E2). Na altura, encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro, estava casado e tinha filhos adultos. Este cuidador passou a participar numa solução mista de prestação de cuidados, em que cuidados familiares (partilhados apenas com os seus irmãos e com a sua esposa; o seu pai, cônjuge da idosa dependente, já havia falecido) se conjugaram com apoios extrafamiliares, nomeadamente o apoio de uma empregada doméstica e o serviço de apoio domiciliário. Importa destacar que este cuidador se posicionou na retaguarda dos cuidados, sendo o seu papel sobretudo de supervisão dos cuidados prestados diretamente por terceiros (apoios extrafamiliares), porque possuía suficientes recursos financeiros para contratar estes serviços. Assim sendo, o carácter simples desta transição é acentuado pelo papel de cuidador, apesar do grau de dependência da sua mãe ser

moderado, posicionando-se este entrevistado na retaguarda da prestação de cuidados. Além disso, não corresidia com a sua mãe no momento da transição, nem posteriormente isso veio a ocorrer.

O depoimento que se segue confirma que o carácter simples desta transição é acentuado pelo papel de cuidar:

«(...) Para levantar, para deitar, ela numa primeira fase passava sempre muito tempo deitada, e quem a levantava e quem a deitava eram as pessoas que lhe davam banho, portanto nunca éramos nós (...) a tarefa mais difícil mesmo assim é tentarmos fazer coincidir o nosso horário com o horário, neste caso, das refeições, que é para lhe podermos pôr a comida, mas em termos do fazer propriamente dito não,(...) não é complexo, a comida está feita, pôr no prato, dar, lavar dois ou três pratos, quer dizer não é complexo.»

«(...) se não fosse o serviço do apoio domiciliário, era impossível manter a minha mãe em casa. Era impossível! Porque nós não conseguíamos ir fazer as refeições, não conseguíamos... porque aí teríamos que lá ir fazer as refeições ou levá-las feitas, dar-lhe as refeições, era a questão dos banhos. Era impossível, era quase impossível! E não era com a mesma qualidade, e então aí era um stress constante para toda a gente, o serviço é fundamental, fundamental!».

«(...) era uma equipa muito alargada para além de nós, quatro irmãos, ainda tínhamos mais a senhora que lá ia a casa, ainda tínhamos mais o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), e o SAD com várias vertentes que também a nós nos facilitava, como era o caso da higiene da casa, como era o caso da higiene corporal, como era o caso da alimentação, portanto no fundo nós o que íamos fazer **era só mesmo para questões pontuais**; eram aquelas pequenas questões que às vezes era preciso resolver, ou comprar uma fruta ou lavar meia dúzia de peças de roupa que também na altura não sujava por aí além (...)».

«(...) a articulação dos serviços foi fundamental.»

«(...) E foram partilhados [os cuidados], e foram partilhados! (...) porque se fossemos sozinhos era muito mais complexo, era muito mais complexo!»

(...) se for preciso um apoio muito constante. **Se for um apoio pontual** como o nosso em que podemos ir quando saímos do trabalho, quando saímos às cinco e meia ou às seis horas, ir até às sete e meia, ou oito da noite, consegue-se (...)

«[...] e porque o apoio domiciliário é fundamental, porque se não fosse o apoio domiciliário, não sei como é que fazíamos. Era impossível, era impossível não tínhamos condição, era mesmo impossível! Tinha de estar lá uma pessoa permanentemente...porque era impossível, não tínhamos condições de ir lá fazer almoço, dar almoço, vir trabalhar, [...] era de todo [impossível] era muito complexo, muito complexo!»

(E2: filho, tinha 45 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda da sua mãe com moderada dependência, tinha uma licenciatura, trabalhava a tempo inteiro num instituto Público como técnico superior, estava casado e tinha filhos adultos).

Este último caso vem ao encontro do que foi evidenciado no estudo de Arber e Ginn (1992), que concluiu que os recursos económicos são importantes na estruturação dos cuidados: os cuidadores com elevados rendimentos estavam melhor posicionados para evitarem a prestação de cuidados em situação de coresidência com os familiares dependentes, o que lhes permitia manter uma “intimidade à distância”, e com o estudo realizado por Lage (2005), no domínio das ciências da saúde, em Portugal, onde concluiu que os cuidadores familiares com mais recursos (financeiros, instrumentais e emocionais) são os que exibem menos *stress*.

4.1.2 Transições simples “fora de tempo”

Estas transições, igualmente caracterizadas como simples, distinguem-se das anteriores por ocorrerem quando os entrevistados não esperavam vir a ter um familiar idoso a precisar de cuidados. Estes homens consideraram, implícita ou explicitamente, ter realizado transições numa fase etária demasiado precoce.

Este conjunto de cuidadores é composto por: dois filhos, os quais tinham respetivamente 36 anos (E1) e 34 anos (E12), no momento das transições; um neto com 23 anos (E11); e um cônjuge com 66 anos (E5).

Todos eles realizaram uma das seguintes transições: a) transição como cuidador de um idoso com ligeira dependência ou b) transição como cuidador de retaguarda de um idoso com moderada dependência.

Os homens que realizaram as suas transições como cuidadores de um familiar idoso com ligeira dependência foram dois filhos (E1 e E12) e um cônjuge (E5), o que quer dizer que passaram a despender pouca quantidade de tempo e de energia na prestação de cuidados. No momento das transições, os dois filhos trabalhavam a tempo inteiro, um vivia em conjugalidade (E1), o outro estava solteiro (E12). No que respeita aos cuidados prestados a crianças, apenas o primeiro prestava cuidados a crianças. Relativamente ao cônjuge (E5), este estava reformado. Estes três entrevistados assumiram o papel de cuidador de duas formas: o papel de cuidador principal foi assumido pelo cônjuge (E5) e por um dos filhos (E12), importando salientar que ambos corresidiam com as pessoas idosas a quem prestavam cuidados. O papel de cuidador de retaguarda foi assumido pelo filho que não vivia em coresidência com o familiar idoso (E1). Estes resultados corroboram o que outros estudos têm demonstrado, nomeadamente que os homens tendem a assumir-se como cuidadores quando corresidem com as pessoas idosas dependentes e quando não vivem em conjugalidade, ou ainda quando não existe mais ninguém disponível para assumir a prestação de cuidados (Arber e Gilbert, 1989; Merrill, 1997; Campbell e Martin-Matthews, 2000).

A assunção do papel de cuidador principal prendeu-se com o facto de os cuidadores (E5 e E12) viverem em coresidência com as pessoas idosas dependentes, mas também com os recursos humanos e económicos de que dispunham. No caso do cônjuge, este não dispunha de apoios familiares (os seus filhos residiam longe, um deles no estrangeiro, e o apoio de outros elementos da família também não era viável) e os recursos económicos também não eram avultados (inseria-se na classe média dos independentes e pequenos patrões – IPP). Assim sendo, este homem assumiu-se como cuidador “a solo” da sua esposa (solução familiar não partilhada de prestação de cuidados). No caso do filho, o seu pai/cônjuge da idosa dependente já tinha falecido, sendo, por isso, dotado de apoios pessoais reduzidos. Partilhou inicialmente os cuidados com a sua irmã, que não corresidia consigo. Relativamente aos recursos económicos, estes também não eram elevados (o cuidador inseria-se na classe de operário industrial – OI). Assim, a solução de prestação de cuidados que este cuidador começou a participar constituiu-se numa solução familiar partilhada.

Não obstante, importa referir que, no momento das transições, estes homens passaram a cuidar de pessoas idosas com baixa dependência, o que não tornava absolutamente necessária a partilha dos cuidados. A assunção do papel de cuidador de retaguarda do filho (E1) prendeu-se com o facto de ter recursos humanos e económicos ao seu dispor. Em termos familiares, em virtude de a sua mãe/cônjuge do idoso dependente já ter falecido, partilhava os cuidados com o seu irmão e com a sua esposa, embora a participação desta fosse inferior à do seu irmão. Contudo, a maior parte dos cuidados estavam delegados no serviço de apoio domiciliário de uma I.P.S.S., que se ocupava da alimentação,

da higiene habitacional e do tratamento de roupas. É de acrescentar que este cuidador se posicionou na retaguarda dos cuidados, realizando sobretudo a supervisão dos cuidados prestados pelo SAD, porque existiam recursos económicos para esta delegação de cuidados. A tónica destas transições serem simples está sobretudo no grau de dependência dos idosos.

Por sua vez, um entrevistado neto, realizou a sua transição como cuidador de retaguarda da sua avó com moderada dependência (E11), o que quer dizer que também supervisionava os cuidados prestados diretamente por terceiros, sendo reduzida a sua participação na prestação direta dos cuidados. Na altura da transição, este cuidador estava numa fase da sua vida em que trabalhava a tempo inteiro, vivia em conjugalidade e não prestava cuidados a crianças. Importa referir que não coresidia com a sua avó. O carácter simples desta transição é acentuado pelo papel de cuidador que desempenhou. No momento em que realizou a transição para a trajetória, quem assumiu o papel de cuidador principal foi o seu avô, conjuntamente com o apoio informal, pago a meio tempo, de uma empregada doméstica. Vejamos a importância do apoio prestado pelo seu avô:

«(...) o meu avô ainda está bom e consegue dar ali um apoio muito grande, ou seja, nós ao fim e ao cabo somos a retaguarda, ele é que é o pilar, que está ali 24 sobre 24 horas com ela; nós ao fim e ao cabo somos a retaguarda, (vamos lá todos os dias, quando a senhora não vai, levantamo-la, deitamo-la, mas quer dizer conseguimos gerir entre nós, entre os vários membros da família, ao fim e ao cabo, o meu pai dá uma ajuda também).»

(E11: neto, tinha 23 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda da sua avó com moderada dependência, tinha o 12º ano de escolaridade, estava a trabalhar a tempo inteiro como empresário por conta própria, vivia em união de facto e não tinha filhos).

Nesta última solução de prestação de cuidados, também participavam o pai e a tia do entrevistado, bem como a sua esposa, constituindo-se desta forma uma solução familiar partilhada com recurso ao apoio extrafamiliar da empregada doméstica, existindo, neste caso, recursos humanos e económicos para a sua contratação. Nesta última situação, também constatamos a importância dos cônjuges das pessoas idosas dependentes nas soluções de prestação de cuidados, à semelhança de outras investigações (ex.: Wall *et. al*, 2001a).

Antes de passarmos para a análise das próximas transições, convém tecer algumas considerações sobre o carácter “fora de tempo” das transições simples que acabámos de descrever.

Os homens que realizaram estas transições referiram que a assunção do papel de cuidador se deu em fases dos seus percursos de vida em que não perspectivavam que tal acontecesse. Devido à sua idade, ponderavam que tal necessidade de prestação de cuidados aos seus familiares fosse mais tardia. Vejamos o caso do neto que, aos 23 anos, passou a cuidar da avó com 72 anos, a quem foi diagnosticada doença de Alzheimer:

«(...) Eu nunca tinha tido medo de perder. Claro que pensaria que um dia vou perder os meus avós, os meus pais. Todos nós se calhar refletimos, mas é uma coisa tão distante, que não nos incomoda. A mim nunca me causou transtorno emocional. Hoje causa-me. Às vezes deitá-la, quando a vimos, quando lhe fui comprar a cama (...) E quando a deitámos, vê-la ali, numa cama que tem grades, tem um colchão antiescaras (...). É um choque, não é!»

Apenas perante a situação de saúde da avó teve consciência da possibilidade da perda da sua familiar, o que para si era “uma coisa distante”, mas que aconteceu mais precocemente. Sendo ainda jovem, não pensava ser cuidador.

Vejamos um segundo exemplo:

«[...] É a perda de uma certa liberdade que eu podia ter para andar cá fora e agora não tenho.»

(E5: cônjuge, tinha 66 anos quando se assumiu como cuidador de principal da sua esposa com ligeira dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, estava reformado e tinha dois filhos adultos).

Neste caso, o cônjuge estava reformado (apesar de ainda realizar alguns “biscates”), pelo que a sua transição surgiu numa altura em que esperaria tirar partido da reforma. Com a necessidade de assumir a prestação de cuidados à sua esposa, sentiu que em certa medida perdeu liberdade, numa fase da sua vida em que poderia ter mais tempo para si.

4.1.3 Transições complexas “dentro de tempo”

Os homens cuidadores deste grupo realizaram uma das seguintes transições: transição como cuidador principal de uma pessoa idosa com moderada ou acentuada dependência, numa fase em que se encontravam reformados; ou transição como cuidador principal de uma pessoa idosa com acentuada dependência, numa fase do percurso de vida em que tinham uma atividade profissional a tempo inteiro. Em comum apresentam o facto de terem realizado as suas transições numa fase etária em que tal era esperado.

Trata-se de dois cônjuges (E6 e E14), aqueles que efetuaram as suas transições numa fase em que se encontravam reformados. Ambos desempenhavam o papel de cuidador principal no momento da transição e não prestavam cuidados a crianças. A assunção desse papel prendeu-se, por um lado, com o parentesco e, por outro, com a escassez de apoios familiares e recursos económicos. No respeitante aos apoios da família, um dos cônjuges (E6) não tinha descendência. O outro (E14) tinha um filho que não estava disponível para participar na prestação de cuidados por não residir perto dos pais. Em ambos os casos não existiam outros familiares que pudessem assumir o papel de cuidador principal, nem qualquer outro papel na prestação de cuidados. Devido a esta ausência de recursos humanos, estes homens assumiram-se como únicos cuidadores das suas esposas (solução familiar não partilhada de prestação de cuidados). Em termos económicos, também tinham baixos recursos (inseriam-se nas classes de operário industrial – OI e empregados executantes – EE).

Perante a escassez de recursos, numa das situações, a solução implementada no momento da transição foi apenas familiar (E6), importando salientar que a idosa apresentava moderada dependência. Na outra situação (E14) foi encontrada uma solução mista que combinava cuidados familiares não partilhados com apoio formal, pago somente a meio tempo, por parte do serviço de apoio domiciliário de uma I.P.S.S., encarregada da realização da higiene pessoal, uma vez que a idosa recebedora de cuidados se encontrava acamada, com acentuada dependência. Parece importante referir que, neste último caso, a solução familiar não partilhada implicava que a idosa ficasse sozinha durante alguns períodos de tempo.

Em ambas as situações a complexidade das transições é definida pelo papel de cuidador desempenhado e pelo grau de dependência das pessoas idosas, ou seja, ser “prestador direto” da maior parte dos cuidados aos familiares idosos com moderada ou acentuada dependência é mais exigente, do ponto de vista do consumo de tempo e energia, do que ser cuidador de alguém com ligeira dependência ou ser um cuidador de retaguarda, que sobretudo supervisiona os cuidados prestados por outras pessoas. No entanto, importa salientar que o caráter complexo das transições é acentuado por aspetos distintos que caracterizam as fases em que os cuidadores se encontravam nos seus percursos de vida. No que diz respeito aos primeiros (E6 e E14), embora os mesmos tenham realizado transições em fase de inatividade profissional, dispondo desta forma de mais tempo para cuidar, a complexidade da transição acentuou-se devido à sua idade avançada, ou a problemas de saúde.

Vejamos o exemplo de um cônjuge, que se assumiu como cuidador principal da esposa aos 77 anos (E6), tendo esta, posteriormente, sido internada em lar, devido ao agravamento do seu estado de saúde (diagnosticada doença de Alzheimer):

«**Sentiu-se capaz de cuidar da sua esposa?** (...) Bom, com dificuldades porque eu tenho dificuldades também... devido à coluna tenho dificuldades, mas pronto tinha que, tinha que andar para a frente como se costuma dizer! (...) Fui reformado por invalidez porque já tinha problemas de coluna e problemas auditivos também (...) – **A sua esposa de noite descansava?** Durante a noite descansava. A maior parte das vezes descansava. Agora lá tinha uma noite ou outra que rabiava, que se levantava durante a noite no mínimo uma vez, mas tinha noites que se levantava duas vezes. Às vezes deitava-se, mal se deitava “quero ir à casa de banho”, “mas foste lá mesmo agora”, “mas eu quero ir à casa de banho”. Bom lá me levantava... havia vezes que me levantava quatro vezes durante a (...) ela não dormia nem deixava dormir (...) como digo à menina, teria que me movimentar, praticamente passava quase o dia todo de pé. – **Cansava-se?** Pois, pois. O cansar não era... não era cansar, era mais todo quebrado na parte da coluna para baixo não é? A parte das nádegas e das pernas, as pernas quando eu fui operado à coluna fiquei logo dos joelhos para baixo com as pernas logo... adormecidas conforme ainda estão agora, dormentes! – **E cuidar da esposa... piorou?** Tem, tem influência! (...) Ainda mais. Mais puxado (...) já estava feita aquela rotina que... só... pronto é como lhe digo, sentia-me cansado. Chegava-se à noite e sentia-me cansado da luta.»
(E6: cônjuge, tinha 77 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua esposa com moderada dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, estava reformado e não tinha filhos).

O outro cônjuge (E14), que também realizou este tipo de transição complexa, refere igualmente a existência de noites mal dormidas e a exigência de esforço da sua parte:

«(...) acorda-me por exemplo à uma da manhã, ou às duas, e custa a adormecer (...) Às vezes é um bocadinho mais de esforço, não é? Ela agora está um bocadinho mais magra, mas era muito forte, às vezes exige um pouco mais, não é?»
(E14: cônjuge, tinha 63 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua esposa com acentuada dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, estava reformado e tinha um filho adulto).

Devemos salientar que estas duas transições foram consideradas como transições dentro de tempo, porque a assunção do papel de cuidador em ambos os casos foi sentida como algo “normal”, algo que era suposto ter acontecido, mesmo no caso do cônjuge com 77 anos.

Por sua vez, um filho (E10) realizou a sua transição como cuidador principal da sua mãe, esta com acentuada dependência, numa fase do percurso de vida em que tinha uma atividade profissional a tempo inteiro e não prestava cuidados a crianças. A assunção deste papel prendeu-se, por um lado, com o facto de o seu pai já não o conseguir desempenhar, por outro, com a sua condição de filho único. Assim sendo, em termos familiares, partilhava os cuidados com a sua companheira e nora da idosa dependente, embora fosse o principal responsável pela prestação dos cuidados, inclusivamente realizava a higiene pessoal à sua mãe. Quanto aos recursos económicos, tinha recursos intermédios

(inseria-se na classe média dos independentes e pequenos patrões – IPP). Este é um caso que, por um lado, corrobora os resultados de Brody (2004), quanto aos filhos únicos, e também de Campbell e Martin-Matthews (2000), que concluíram que os homens que coresidiam com os pais dependentes envolviam-se mais nas tarefas de cuidar “tipicamente femininas” (ex.: ajudar a vestir/despir, ajudar no banho, preparação das refeições, etc.) do que os homens que não coresidiam com estes últimos. Mas, por outro lado, contraria a ideia, apresentada noutros estudos (Graham, 1983; Horowitz, 1985; Matthews e Rosner, 1988; Stoller, 1990), de que os homens, quando cuidam, se dedicam a atividades esporádicas ou que não impliquem contacto íntimo com os idosos, ficando a cargo das mulheres os cuidados “íntimos”, tais como a higiene corporal (Graham, 1983; Stoller, 1990).

A solução de prestação de cuidados implementada foi a familiar partilhada conjuntamente com o recurso extrafamiliar do apoio informal, pago a meio tempo, de uma empregada doméstica. Contudo, tal apoio mostrou-se insuficiente, uma vez que a idosa necessitava de cuidados constantes. Nesta situação, a complexidade da transição acentuou-se devido ao facto de a quantidade de tempo e de energia consumida nas atividades de cuidar passar a concorrer com a quantidade de tempo e energia que o cuidador já despendia na atividade profissional:

«No primeiro mês foi total. Foi horrível! – **Porque deixou de fazer certas coisas que tinha para fazer?** Sim, por exemplo, a nível profissional sim, sim deixei de fazer certas coisas que tinha que fazer. (...) Deixei de ser senhor do meu tempo. Tenho que gerir o meu tempo consoante as necessidades da minha mãe. – **Teve que fazer alguma alteração no trabalho? Alterou alguma coisa?** A alteração que eu tive que fazer, lá está, só posso fazer as coisas quando a minha mãe tem alguém que não seja eu.»

(E10: filho, tinha 56 anos quando se assumiu como cuidador de principal da sua mãe com acentuada dependência, tinha o 12º ano de escolaridade, estava a trabalhar como empresário por conta própria, estava em união de facto e tinha uma filha adulta).

Algumas investigações empíricas têm constatado que a conciliação entre os cuidados a pessoas idosas dependentes e a atividade profissional é afetada por diversos fatores, entre os quais se destacam a natureza das práticas de cuidar, a coresidência ou não com o idoso dependente, a natureza dos recursos familiares (sobretudo os humanos e os financeiros) e o acesso a serviços direcionados para os dependentes ou para os cuidadores (Twigg e Atkin, 1994; Arber e Ginn, 1995a; Joshi, 1995; Evandrou, 1996; Phillips et al., 2002; Kroger, 2003; Pickard, 2004; Brody, 2004; Arksey e Glendinning, 2008; São José e Wall, 2006; Romão e Pereira, 2008). Este último caso é um claro exemplo disso.

Os três cuidadores que realizaram este tipo transição coresidiam com os respectivos familiares idosos dependentes.

4.1.4 Transições complexas “fora de tempo”

Apenas um cuidador se insere neste tipo de transição (E7). Ao contrário dos que realizaram as transições anteriores, este homem realizou a sua transição numa fase do seu percurso de vida em que tal facto não foi esperado: «(...) alguma vez eu esperava uma coisa destas...eu não!». O seu protagonista foi um cônjuge, que se assumiu como cuidador principal da sua esposa com acentuada

dependência, quando tinha 73 anos, numa fase da sua vida de inactividade profissional. A assunção desse papel prendeu-se, não só com o parentesco, mas também com a escassez de recursos económicos. No entanto, este cuidador dispunha de recursos humanos, nomeadamente contou com a participação da sua filha (no banho à idosa) e do neto (no acompanhamento a consultas). No momento da transição para a trajectória de cuidar não contou com apoio extra-familiar, constituindo-se a solução da prestação de cuidados apenas de forma familiar partilhada.

A complexidade desta transição é definida pelo papel do cuidador e pelo grau de dependência da idosa, sendo acentuada devido à idade do cuidador e aos seus problemas de saúde. Vejamos os depoimentos:

«...Eu não saio de casa, quando ela está em casa eu não saio de casa para lado nenhum! [...] Eu não posso deixá-la aqui em casa sozinha. É comigo, eu é que trato dela! (...) sou só eu ao pé dela. Vou lá fora, se ela se levantar e cair...Eu estou aqui o dia todo. Eu é que tenho de tratar dela. »

« – **O facto de cuidar dela alterou-lhe o dia a dia?** Então, com certeza. Então... ia de vez em quando ao café, e nunca mais fui por causa disto. Pronto, olha... estou preso! – **Sente-se preso?** Sinto-me preso! Preso! (...) eu não posso ir para lado nenhum. Nem ao café posso. Quando ela está aqui em casa eu não posso sair para lado nenhum. Não posso... é uma mulher que não se pode...deixar uma mulher que está aqui, senta-se...levanta-se...e depois pode cair. Como já caí, já duas ou três vezes, como já aconteceu que tenho de levantá-la.– **E você consegue levantá-la?** Não consigo, tem de ser com mais duas [pessoas]...a última vez mesmo com duas pessoas, mesmo assim vimo-nos atrapalhados... [fui à rua chamar duas pessoas]»
«...Estar a falar para ela é o mesmo que estar a falar para a parede; para um mudo porque ela não diz nada, não diz nada... “- Abre a boca, abre boca...”. Não abre a boca, tenho que de lhe abrir a boca para lhe pôr o comer na boca com a colher.»

O próprio cuidador tem problemas de saúde:

«– **Tem problemas de saúde?** Eu? Os meus problemas de saúde, já fui operado, tenho aqui uma prótese na perna.[...]»
(E7: cônjuge, tinha 73 anos quando se assumiu como cuidador de principal da sua esposa com elevada dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, estava reformado e tinha dois filhos adultos)

No que diz respeito a cuidados prestados a crianças, este cuidador afirmou que se viu obrigado a interromper os cuidados que prestava ao seu neto, nomeadamente ir buscá-lo ao infantário, a partir do momento em que a sua esposa adoeceu. Vejamos o depoimento:

«...depois de reformado, antes quando ela estava boa...eu é que ia buscar o meu neto todos os dias ... Agora não posso fazer isso. Não posso fazer essas coisas... Ele vem aqui mais a mãe, a minha mulher a coisa que mais gostava era do menino. – **Que idade é que tem o seu neto?** Agora tem 4 anos...agora ele vem aqui, começa: “ – Avó!” ... “– Ahn...ahn”...quase nem conhece o menino...Agora já não cuido, agora vai o outro avô buscá-lo.– **Desde que [a sua esposa] adoeceu, deixou de cuidar do neto.** Pois, com certeza! O meu neto [mais velho] falou com a minha filha e disse: “Eh pá Anita... olha que tu tens que arranjar outra maneira, dizer aos outros avós para tratar, porque a tua mãe já não está em condições para já... a tua mãe e o teu pai... para estarem a tomar conta ... o barulho e tudo”... Foi a partir daí. – **A partir do momento em que [a esposa] adoeceu, deixou de cuidar do neto?** Sim, nunca mais fui lá buscar.»

4.1.5 Transições muito complexas “dentro de tempo”

Este tipo de transição é protagonizado por um cônjuge (E15) que se assumiu como cuidador principal da sua esposa com moderada dependência (na sequência de um AVC), quando se encontrava reformado e tinha dois filhos.

Este cuidador foi protagonista de uma solução familiar não partilhada, por escassez de recursos humanos, já que um dos seus filhos se encontrava a viver no estrangeiro e o outro não se mostrou disponível para participar na prestação de cuidados, por estar a trabalhar a tempo inteiro. Relativamente aos recursos económicos, este cuidador tinha recursos intermédios (inseria-se na classe

média de profissões técnicas e de enquadramento – PTEI). A solução de prestação de cuidados implementada foi mista de extensão informal, uma vez que contou com a participação do apoio informal, pago a meio tempo, de uma empregada doméstica. A sua transição acabou por ser mais complexa do que as anteriores, atendendo a que, além de desempenhar o papel de cuidador principal de uma pessoa idosa com moderada dependência, também prestou cuidados diretos a uma criança até prefazer os 12 anos (neto). Eis o seu depoimento:

«– **Como é que conciliava o cuidar da esposa com o cuidar do neto?** Era complicado. Era como estou a dizer, ia buscá-lo à escola, vinha trazê-lo aqui. Fazia-lhe a comidinha para casa... – **Isto até que idade?** Até aos 12...Era difícil porque eu tinha de estar aqui sempre ao pé dela. E depois ela tinha de fazer a fisioterapia, tinha que a ajudar. [...] Era difícil por causa do tempo, havia horários para cumprir. Ele tinha de vir sempre aqui da escola, eu tinha de ir buscá-lo... foi difícil, filha.»

(E15: cônjuge, tinha 65 anos quando se assumiu como cuidador de principal da sua esposa com moderada dependência, tinha o 9º ano de escolaridade, estava reformado e tinha dois filhos adultos)

Consideramos esta transição dentro de tempo, porque o seu protagonista não a entendeu como algo que não era suposto ter acontecido, mas sim como algo “normal”.

4.1.6 Transições muito complexas “fora de tempo”

Este tipo de transição foi realizada por um genro que se assumiu como cuidador secundário da sua sogra com acentuada dependência, a qual tinha doença de Alzheimer, numa altura da sua vida em que se encontrava a trabalhar a tempo inteiro. O que tornou a transição deste cuidador mais complexa foi, à semelhança da anterior, ter passado a assegurar a prestação direta da maior parte dos cuidados à idosa e simultaneamente prestar cuidados diretos aos seus dois filhos, crianças com idade inferior a 12 anos. Importa sublinhar que embora quem desempenhasse o papel principal, na solução de prestação de cuidados à idosa fosse a sua esposa e ambos contassem com o apoio informal, pago a tempo inteiro, das 9h às 17h, de uma empregada doméstica, a intervenção deste cuidador foi muito ativa. Vejamos a complexidade desta transição no seu testemunho:

«(...) Ficar com alguém dependente em casa...eu acho que isso rebenta com qualquer casal... o desgaste foi de tal ordem, que nós nem nos apercebemos, porque a nossa vida era entrar às nove, sair às cinco, saíamos quando a senhora chegava, se a senhora se atrasava nós já estávamos aflitos porque tínhamos que vir embora, saíamos às cinco ou cinco e meia, tínhamos de ir a correr para casa porque a senhora tinha de se ir embora, depois éramos nós que tratávamos, que dávamos banho, que dávamos jantar, que dávamos não sei o quê, que púnhamos fraldas, que cuidávamos, e depois éramos nós que deitávamos e depois é que a gente se sentava, dois minutos completamente exaustos.»

«(...) porque nós sabíamos claramente que um sozinho não podia fazer aquelas coisas. Nós sabíamos que para dar banho... e pronto chegou a uma fase em que era preciso pegar, sentar e pegar ao colo para dar banho, pronto, um pegava ao colo e o outro dava banho [...] e, portanto estas coisas eram sempre partilhadas.»

«(...) E ainda por cima com mais ainda dois miúdos a cargo, com tudo o que isso implica...era muito complicado, estar a dar mais um apoio, e depois ainda havia mais miúdos em casa e depois banhos para dar... Naquela altura teve um forte impacto...E foi isso que rebentou com uma série de coisas sabes? Porque [...] a miúda andava no jardim de infância, o miúdo andava na escola primária [...] ou seja, foram períodos muito difíceis, e eu acho que isso para as famílias é tremendo, é muito, muito complicado.»

(E16: genro, tinha 39 anos quando se assumiu como cuidador secundário da sua sogra com acentuada dependência, tinha uma licenciatura, trabalhava a tempo inteiro como chefe de divisão num instituto Público, estava casado e tinha dois filhos até aos 12 anos)

A assunção deste papel, em parte, prendeu-se com a coresidência com a idosa dependente, mas também com a escassez de recursos humanos, isto porque a sua esposa era filha única e o cônjuge da idosa já havia falecido. Embora o papel desempenhado por este cuidador fosse secundário, a sua participação na prestação de cuidados foi muito direta e exigiu um grande consumo de tempo e

energia. É igualmente relevante referir que a coresidência com a idosa dependente foi considerada por si como tendo um forte impacto na dinâmica familiar. Esta tratou-se de uma transição “fora de tempo”, dado que a mesma não era expectável para o cuidador.

Estas duas últimas transições evidenciaram que as dificuldades aumentam quando se presta cuidados simultaneamente a um idoso dependente e a uma criança pequena, conforme já referido noutros estudos (Kroger, 2003).

De seguida, apresentamos um quadro síntese (quadro 3.3)¹⁵ com a tipologia das transições para as trajetórias de cuidar que acabámos de analisar.

Quadro 3.3 – Tipologia das transições para as trajetórias de cuidar

Tipologia das transições para as trajetórias de cuidar		Dentro do tempo	Fora do tempo
		Numa fase etária em que tal facto é socialmente esperado.	Numa fase etária em que tal facto não é socialmente esperado.
Simplex	a) Assunção do papel de cuidador de um idoso com ligeira dependência independentemente do tipo de papel de cuidador; b) Assunção do papel de cuidador de um idoso com moderada dependência enquanto cuidador de retaguarda.	E2 – 45 anos, filho, PIC E3 – 52 anos, filho, PTEI E4 – 51 anos, genro, PTEI E8 – 51 anos, filho, ED E9 – 43 anos, filho, PIC E13 – 58 anos, filho, IPP	E1 – 36 anos, filho, IPP E5 – 66 anos, cônjuge, IPP E11 – 23 anos, neto, IPP E12 – 34 anos, filho, OI
Complexa	a) Assunção do papel de cuidador principal de um idoso com moderada ou acentuada dependência, numa fase em que se encontrava reformado; b) Assunção do papel de cuidador principal de um idoso com acentuada dependência, numa fase do percurso de vida em que tinha uma atividade profissional a tempo inteiro.	E6 – 77 anos, cônjuge, OI E10 – 56 anos, filho, IPP E14 – 63 anos, cônjuge, EE	E7 – 73 anos, cônjuge, OI
Muito complexa	Assunção do papel de cuidador principal ou secundário de um idoso, com moderada ou acentuada dependência, numa fase do percurso de vida em que também prestava cuidados diretos a pelo menos uma criança até aos 12 anos.	E15 – 65 anos, cônjuge, PTEI	E16 – 39 anos, genro, ED

¹⁵ Ver informação mais detalhada sobre a tipologia das transições para as trajetórias de cuidar no quadro N° 1, anexo B.

CONCLUSÕES

A presente pesquisa sociológica debruçou-se sobre o tema dos cuidados familiares a idosos dependentes, tendo como objeto de análise as transições para trajetórias de cuidar de um familiar idoso dependente, sendo os cuidadores homens. Embora as mulheres continuem a ser as principais prestadoras de cuidados desde a infância até à velhice, os homens também cuidam, e os estudos evidenciam que a sua participação na prestação de cuidados aos idosos tem vindo a ser cada vez mais significativa (Perista *et. al.*, 2016; Wall *et. al.*, 2016). Assim sendo, as principais perguntas às quais a nossa pesquisa procurou responder foram: De que modo os homens assumem o papel de cuidador? Como se estrutura a prestação de cuidados? Como é que são realizadas as suas transições para as trajetórias de cuidar?

A este respeito, os resultados alcançados revelaram-nos uma realidade social bastante matizada. Os homens assumiram o papel de cuidador de três modos: cuidador principal, cuidador secundário e cuidador de retaguarda. Ficou evidenciado que a forma de assunção do papel de cuidador depende, em grande parte, dos recursos humanos e económicos ao dispor dos cuidadores, e, ainda, que é sobretudo na combinação destes dois tipos de recursos que se estrutura a prestação de cuidados, através da adoção de diferentes soluções de prestação de cuidados.

A maioria das soluções de prestação de cuidados são partilhadas e a partilha faz-se, principalmente, com o cônjuge da pessoa idosa, caso este ainda esteja vivo e com saúde. Se tal não acontecer, depois do cônjuge, seguem-se os irmãos (homens e mulheres). Por sua vez, no caso de os cuidadores serem filhos únicos ou de os irmãos não poderem participar na solução de prestação de cuidados, os entrevistados partilham os cuidados com as esposas/companheiras (noras dos familiares dependentes). Dos restantes familiares que partilham os cuidados, o destaque vai para os genros e para um neto. Estas constatações vão ao encontro dos resultados de algumas investigações (ex.: Qureshi e Walker, 1989), que sugerem a existência de uma “hierarquia de cuidadores” de idosos na família, sendo que os cônjuges aparecem em primeiro lugar. Para além disto, importa realçar que os cônjuges das pessoas idosas dependentes são uma peça-chave nas soluções de prestação de cuidados, principalmente se estiverem em situação de reforma e apresentarem uma boa condição de saúde, pois são um elemento estabilizador das soluções, evitando que outros familiares tenham de se debater com dificuldades ao nível da conciliação da prestação de cuidados com a atividade profissional, por um lado, e evitando que os familiares idosos fiquem sozinhos em casa, por outro. A importância dos cônjuges das pessoas idosas dependentes nas soluções de prestação de cuidados foi claramente evidenciada nesta pesquisa, à semelhança do que outras investigações concluíram (ex.: Wall *et. al.*, 2001a; São José, 2009). Contudo, quando os cônjuges manifestam problemas de saúde associados, e ainda assim são os cuidadores principais, estamos perante casos em que se exige demasiado deles.

A investigação empírica tem demonstrado que os homens tendem a assumir-se como cuidadores quando corresidem com os idosos dependentes e quando não vivem em conjugalidade, ou ainda quando não existe mais ninguém disponível para assumir a prestação de cuidados (Arber e Gilbert, 1989; Merrill, 1997; Campbell e Martin Matthews, 2000). Isto significa que os homens nestas situações tendem a realizar uma assunção “de facto” do papel de cuidador. Sobre este assunto, Merrill (1997) constatou que a maioria dos filhos (homens) que prestavam cuidados aos seus progenitores se assumiram como cuidadores, porque não havia mais ninguém disponível (seleção “de facto”), ou ainda porque já prestavam algum tipo de ajuda aos seus pais (seleção “apenas aconteceu”). Merrill concluiu que a assunção do papel de cuidador não foi, para a maioria dos filhos inquiridos, uma escolha propriamente dita (nem por parte dos próprios, nem por parte dos seus progenitores). Por sua vez, o estudo realizado por Ungerson (1987) revelou que os homens inquiridos (cônjuges das idosas dependentes) se assumiram como cuidadores das suas mulheres, quando já se encontravam reformados.

Alguns estudos realizados também sugerem que os homens tendem a assumir-se como cuidadores secundários quando existem mulheres na família com disponibilidade para se assumirem como cuidadoras principais (Graham, 1983; Stoller, 1990; Figueiredo, 2004). Os resultados da presente pesquisa não permitem, devido à sua natureza qualitativa, confirmar ou infirmar as conclusões destes estudos de uma forma inequívoca, embora pareçam ir ao seu encontro.

Ficámos também a saber que estes homens transitaram para as trajetórias de cuidar de diferentes formas: transições simples, transições complexas e transições muito complexas.

As transições simples e as transições complexas são as que têm mais expressão junto do grupo de cuidadores. Os que realizaram transições simples despenderam menos tempo e energia na prestação de cuidados, devido à assunção do papel de cuidador de um idoso com ligeira dependência ou à assunção do papel de cuidador de retaguarda de um familiar idoso com moderada dependência. Por seu lado, os entrevistados que realizaram transições complexas despenderam mais tempo e energia na prestação de cuidados, devido a terem assumido o papel de cuidador principal de um idoso com moderada e acentuada dependência.

Vimos também que as transições para as trajetórias de cuidar se realizaram em diferentes *timings*: dentro e fora de tempo. Os cuidadores realizaram as suas transições em diversas idades, que variaram entre os 23 e os 77 anos. Alguns entrevistados consideraram, implícita ou explicitamente, ter realizado transições numa fase etária em que normalmente é esperado vir a cuidar de um idoso dependente (transições dentro do tempo), ao passo que outros consideraram ter realizado as suas transições em idades demasiado precoces e outros ainda em idades demasiado avançadas (transições fora de tempo).

O *timing* das transições foi determinado fundamentalmente pela idade em que os familiares idosos ficaram dependentes. A diferença etária entre estes e os cuidadores também teve o seu contributo. Isto

foi particularmente notório no caso do neto, pois, dada a grande diferença entre a sua idade e a da avó dependente, 23 anos e 72 anos respetivamente, quando ele se assumiu como cuidador, tinha menos de 45 anos, sendo esta uma transição “fora de tempo”. Importa salientar que quatro entrevistados em linha ascendente realizaram transições “fora do tempo”, o que contribui para reforçar a ideia de que as transições para o papel de cuidador de um parente idoso dependente de geração ascendente nem sempre se dão na “meia idade”, como se poderia eventualmente pensar.

Importa sublinhar alguns fatores que diferenciam socialmente as transições, entre os quais se destacam o volume de recursos humanos e económicos possuídos pelos homens cuidadores. Ficou evidenciado que as transições complexas e as transições muito complexas (dentro e fora de tempo) se associam a uma escassez de recursos humanos e económicos. Como verificámos anteriormente, o volume de recursos humanos e económicos foi determinante na forma como cada cuidador assumiu esse papel, a qual influenciou, por sua vez, o modo como as transições se realizaram. No que respeita particularmente aos recursos económicos, para além da associação entre a escassez destes recursos e as transições complexas e muito complexas, salientamos também a associação entre as transições simples (caracterizadas pela assunção do papel de retaguarda) e a classe social, constituída pelas profissões intelectuais e científicas e empresários e dirigentes. Isto significa que a delegação da maior parte da prestação de cuidados através da aquisição de serviços pagos (formais ou informais) só se tornou possível porque estes cuidadores dispunham de suficientes recursos económicos.

No domínio da realidade social estudada, encontramos “velhas” desigualdades sociais, marcadas pela classe social, que persistem nas sociedades contemporâneas e continuam a marcar fortemente as vidas das pessoas (Manuel Castells (1997), Harriet Bradley (1997) e Jane Lewis (2007)). Nem todos os cuidadores entrevistados dispõem da mesma capacidade de controlo sobre a forma de transitar para as trajetórias de cuidar, pois enquanto alguns possuem uma certa “margem de manobra” para realizarem as suas escolhas (ex.: solução de prestação de cuidados), outros deparam-se com um quadro bastante limitado de opções ou mesmo com uma situação de ausência de alternativas. Assim sendo, constatámos que alguns cuidadores não estão satisfeitos com as soluções de prestação de cuidados, visto que as pessoas idosas por vezes ficam sozinhas durante determinados períodos do dia, o que as deixa numa situação de risco de diversa natureza.

O aprofundamento do conhecimento do cuidar no masculino, permitiu, ainda, contribuir para a desconstrução de estereótipos de género, tendo ficado evidenciado que os homens também se envolvem na prestação de cuidados. Conforme já havia sido destacado noutras pesquisas (Harris e Bichler, 1997; Ribeiro, 2005), os homens também têm um papel ativo na prestação de cuidados a familiares idosos dependentes, principalmente nos cuidados às respetivas mulheres (cônjuges).

Com este estudo, esperamos ter contribuído para o conhecimento sobre transições masculinas para as trajetórias de cuidar de um familiar idoso dependente. É, porém, nossa convicção que este conhecimento ainda não está esgotado e é fundamental aprofundá-lo, para se avaliar o papel do género

nas múltiplas dimensões subjacentes ao cuidar. Sabemos que as nossas conclusões constituem apenas pistas para futuras investigações.

No âmbito desta pesquisa, foi intenção inicial analisar também as trajetórias masculinas de cuidar e a sua interligação com outras trajetórias que constituem o percurso de vida individual dos cuidadores, nomeadamente trajetórias profissionais ou de reforma, conjugais, de cuidados a crianças, de sociabilidades, de lazer, de vida doméstica e de saúde (física e psicológica). Definimos uma tipologia de quatro tipos de trajetórias: trajetórias de conciliação, trajetórias de colisão fraca, trajetórias de colisão moderada e trajetórias de colisão forte. Contudo, estas serão objeto de análise mais aprofundada em próxima investigação, por não haver espaço para o seu desenvolvimento no âmbito da presente dissertação.

Como é cada vez mais reconhecido, o trabalho de cuidar está longe de se esgotar nas necessidades das crianças. É expectável que, com o aumento da esperança de vida, os desafios que já hoje se colocam associados à doença, à dependência, e às consequentes exigências de prestação de cuidados a idosos, se irão fazer sentir de forma acrescida nos próximos anos. Estes são desafios que impõem uma, ainda maior, urgência na redistribuição do trabalho do cuidar não só entre mulheres e homens (Perista *et. al*, 2016; Wall *et. al* 2016), mas também entre diferentes gerações.

Assim sendo, é essencial que se continue a aprofundar este tema, nomeadamente ao nível das necessidades dos cuidadores e dos idosos dependentes, para que melhor se possa responder aos desafios que se colocam às sociedades contemporâneas.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, J. F. de (1986), *Classes Sociais nos Campos: Camponeses Parciais Numa Região do Noroeste*, Lisboa, ICS

Almeida, J.F. de, Costa, A. F., e Machado, F. L. (1994), «Recomposição socioprofissional e novos protagonismos», in António Reis (org.), *Portugal 20 Anos de Democracia*, Lisboa, Círculo dos Leitores.

Amâncio, Lígia (2007), «Género e divisão do trabalho doméstico – o caso português em perspetiva», in *Família e Género em Portugal e na Europa*, org. Karin Wall e Lígia Amâncio, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp.181-210.

Arber, Sara e Nigel Gilbert (1989), «Men: the forgotten carers», *Sociology*, 23, 1, pp.111-118.

Arber, Sara, e Jay Ginn (1992), «Research Note – Class and caring: a forgotten dimension», *Sociology*, Vol.26, Nº4, pp.619-634.

Arber, Sara e Jay Ginn (1995a), «Gender differences in the relationship between paid employment and informal care», *Work, Employment & Society*, Vol.9, Nº3, pp.445-471.

Arber, Sara e Jay Ginn (1995b), «Gender differences in informal caring», *Health and Social Care in the Community*, 3, pp.19-31.

Arber, Sara e Claudine Attias-Donfut (2000), *The Myth of Generational Conflict: the family and state in ageing societies*, London and New York: Routledge.

Amâncio, Lígia (2007), «Género e divisão do trabalho doméstico – o caso português em perspetiva», in *Família e Género em Portugal e na Europa*, org. Karin Wall e Lígia Amâncio, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp.181-210.

Arksey, Hilary e Caroline Glendinning (2008), «Combining Work and Care: Carers' Decision-making in the Context of Competing Policy Pressures», *Social Policy & Administration*, Vol.42, Nº1, pp.1-18.

Aronson, Jane (1992), «Women's sense of responsibility for the care of old people: "But who else is going to do it?"», *Gender & Society*, Vol.6, Nº1, pp.8-29.

Attias-Donfut, Claudine, e François-Charles Wolff (2000), «Complementarity between private and public transfers», in *The Myth of Generational Conflict: the family and state in ageing societies*, ed. Sara Arber e Claudine Attias-Donfut, London and New York: Routledge, pp.47-68.

Bardin, Laurence (1991), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.

Blanchet, Alain; Gotman, Anne (1992), *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*, Paris, Nathan.

Bradley, Harriet (1997), *Fractured Identities: changing patterns of inequality*, Cambridge: Polity Press.

Brito, Luísa (2002), *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*, Coimbra: Quarteto.

Brody, Elaine M. (1981), «"Women in the middle" and family help to older people», *The Gerontologist*, 21, pp.471-479.

- Brody, Elaine M. (2004), *Women in the Middle*, 2nd edition, New York: Springer Publishing Company.
- Campbell, Lori D., e Anne Martin-Matthews (2000), «Primary and Proximate. The Importance of Coresidence and Being Primary Provider of Care for Men's Filial Care Involvement», *Journal of Family Issues*, Vol.21, N°8, pp.1006-1030.
- Cancian, Francesca, e Stacey. J. Oliner (2000), *Caring and Gender*, London: Pine Forge Press.
- Castells, Manuel (1997), *The Power of Identity*, Vol.2, The Information Age – Economy, Society and Culture, Oxford: Blackwell Publishing.
- Corbin, Juliet; Strauss, Anselm (1990), *Basics of Qualitative Research – Grounded Theory procedures and techniques*, Sage.
- Costa, A.F. (1999) *Sociedade de Bairro. Dinâmicas Sociais da Identidade Cultural*, Oeiras, Celta
- Costa, A.F. et. al (2000), «Classes sociais na Europa», in *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº34, pp.9-46
- Daatland, Svein O., e Katharina Herlofson (2003), «Norms and ideals about elder care», in *OASIS: Old Age and Autonomy: The role of service systems and intergenerational family solidarity*. Final Report, Ariela Lowenstein e Jim Ogg, Haifa: Center for Research and Study of Aging, pp.125-164.
- Daly, Mary, e Jane Lewis (2000), «The concept of social care and the analysis of contemporary Welfare States», *British Journal of Sociology*, 51(2), pp.281-299.
- Delgado, Anabela e Karin Wall (coord.) (2014), *Famílias nos Censos 2011. Diversidade e Mudança*. Lisboa, INE/ Imprensa das Ciências Sociais.
- Dwyer, Jeffrey W., e Raymond T. Coward (1991), «A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired parents», *Journal of Gerontology*, 46, S259-S269.
- Elder, Glen H., Jr. (1999), *The life course and aging: some reflections*, Paper prepared for Distinguished Scholar Lecture Section on Aging, American Sociological Association.
- Eley, Susan (2003), «Diversity among Carers», in *Reconceptualising Work with "Carers". New Directions for Policy and Practice*, ed. Kirsten Stalker, London: Jessica Kingsley Publishers, Ltd, pp.56-71.
- Evandrou, Maria (1996), «Unpaid work, carers and health», in *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the Twenty-first Century*, ed. D. Blane, E. Brunner e R. Wilkinson, New York: Routledge, pp.204-234.
- Figueiredo, Daniela (2004), «Cuidados familiares: cuidar e ser cuidado», in *Envelhecer em Família - Os cuidados familiares na velhice*, Liliana Sousa, Daniela Figueiredo e Margarida Cerqueira, Porto: Âmbar, pp.59-94.
- Finch, Janet, e Dulcie Groves (1983), *A Labour of Love. Women, Work and Caring*, London: Routledge & Kegan Paul.
- Finch, Janet, e Jennifer Mason (1993), *Negotiating Family Responsibilities*, London: Routledge.

- Fine, Michael (2007), *A Caring Society? Care and the Dilemmas of Human Service in the 21st Century*, Sydney: Palgrave Macmillan.
- GEP/MSESS (2014), Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos, Lisboa, GEP/MSESS.
- Gil, Ana (2007), *Heróis do quotidiano. Dinâmicas familiares na dependência*, Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Gilligan, Carol (1982), *In a Different Voice*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Graham, Hilary (1983), «Caring: a labour of love», in *A Labour of Love. Women, Work and Caring*, ed. Janet Finch e Dulcie Groves, London: Routledge & Kegan Paul, pp.13-30.
- Graham, Hilary (1991), «The Informal Sector of Welfare: a crisis in caring», *Social Science and Medicine*, 32, pp.507-515.
- Graham, Hilary (1997), «Feminist perspectives on caring», in *Community Care: A Reader* (2nd ed.) ed. J. Bornat, J. Johnson, C. Pereira, D. Pilgrim e F. Williams, Basingstoke: Macmillan and open University, pp.54-78.
- Guerreiro, Maria das Dores (2000), *Emprego, família e atividades comunitárias: uma relação mais equilibrada para homens e mulheres – Portugal*, Lisboa: Fundação europeia para a melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.
- Guerreiro, Maria das Dores, e Helena Carvalho (2007), «O stress na relação trabalho-família: uma análise comparativa», in *Família e Género em Portugal e na Europa*, org. Karin Wall e Lúcia Amâncio, Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, pp.129-180.
- Guerreiro, Maria das Dores e Ana Caetano (2014), «Pessoas sós em Portugal: evolução e perfis sociais», in *Famílias nos Censos 2011. Diversidade e Mudança*. Lisboa, INE/ Imprensa das Ciências Sociais.
- Harris, Phyllis B., e Joyce Bichler (1997), *Men Giving Care. Reflections of Husbands and Sons*, New York & London: Garland Publishing, Inc.
- Horowitz, Amy (1985), «Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences», *Gerontologist*, 25, pp.612-617.
- James, Nicky (1992), «Care = Organization + Physical Labour + Emotional Labour», *Sociology of Health & Illness*, Vol.14, N°4, pp.488-509.
- Joshi, Heather (1995), «The labour market and unpaid caring: conflict and compromise, in *The Future of Family Care for Older People*, ed. Isobel Allen e Liz Perkins, London: HMSO, pp.15-34.
- Keefe, Janice, e Pamela Fancey (2000), «The care continues: responsibility for elderly relatives before and after admission to a long-term care facility», *Family Relations*, 49, pp.235-244.
- Kroger, Teppo (2003), *Families, Work and Social Care in Europe. A qualitative study of care arrangements in Finland, France, Italy, Portugal and UK. SOCCARE Project Report 6*, Written for European Commission, 5th Framework Programme Key Action for Socio-Economic Research.

Lage, Isabel (2005), «Cuidados Familiares a Idosos», in *Envelhecer em Portugal*, coord. Constança Paul e António M. Fonseca, Lisboa: Climepsi Editores, pp.203-229.

Lee, Gary R., *et. al* (1993), «Gender differences in parent care: Demographic factors and same-gender preferences», *Journal of Gerontology*, 48, S9-S16.

Lesemann, Frédéric, e Claude Martin (dir.) (1993), *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris: La Documentation Française.

Lewis, Jane, e Barbara Meredith (1988), *Daughters Who Care. Daughters caring for mothers at home*, London & New York: Routledge.

Lewis, Jane (2007), «Gender, Ageing and the “New Social Settlement”»: The Importance of Developing a Holistic Approach to Care Policies», *Current Sociology*, Vol. 55(2), pp.271-286.

Lloyd, Liz (2000), «Caring about carers: only half the picture?», *Critical Social Policy*, 20, pp.136-150.

Matthews, Sara H., e Tena T. Rosner (1988), «Shared filial responsibility: the family as the primary caregiver», *Journal of Marriage and the Family*, 50, pp.185-195.

Merrill, Deborah (1997), *Caring for Elderly Parents: juggling work, family, and caregiving in middle and working-class families*, Westport: Auburn House.

Morris, Jenny (1995), «Creating a space for absent voices: Disabled women’s experiences of receiving assistance with daily living activities», *Feminist Review*, 51, pp.68-93.

Morris, Jenny (1997), «Care or empowerment? A disability rights perspective», *Social Policy & Administration*, 31, 1, pp.54-60.

Morris, Jenny (2005), «Independent Living: the role of evidence and ideology in the development of government policy», Paper delivered at Cash and care Conference, York, Social Policy Research Unit, York: University of York, April 2005.

Nico, Magda (2011), *Transição Biográfica Inacabada. Transições para a Vida Adulta em Portugal e na Europa na Perspetiva do Curso de Vida*, Tese de Doutoramento, Departamento de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.

Pais, José Machado (2006), *Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas*, Porto, Âmbar.

Parker, Roy (1981), «Tending and Social Policy», in *A New Look at the Personal Social Services*, eds. E.M. Goldberg e S. Hatch, Discussion Paper 4, London: Policy Studies.

Perista, Heloísa (2002), «Género e trabalho não pago: os tempos dos homens e os tempos das mulheres», *Análise Social*, 163, pp.447-474.

Perista, Heloísa *et. al* (2016), *Os Usos do Tempo de Homens e de Mulheres em Portugal*, Policy Brief, Lisboa, CESIS/CITE.

Perista, Heloísa *et. al* (2016), *Os Usos do Tempo de Homens e de Mulheres em Portugal*, Lisboa, CESIS/CITE.

Phillips, Judith *et. al* (2002), *Juggling Work and Care. The Experiences of Working Carers of Older Adults*, Bristol: The Policy Press.

Phillips, Judith (2007), *Care*, Cambridge: Polity Press.

Pickard, Linda (2004), *The Effectiveness and Cost-effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People: A Review of the Literature for the Audit Commission*, London: Audit Commission.

Pimentel, Luísa (2006), «A Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas Dependentes: uma Análise das Relações Familiares Intergeracionais e de Germanidade», Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa: ISCTE.

Powell, Martin (2007), «The mixed economy of welfare and the social division of welfare», in *Understanding the Mixed Economy of Welfare*, ed. Martin Powell, Bristol: The Policy Press, pp.1-22.

Qureshi, Hazel, e Alan Walker (1989), *The Caring Relationship. Elderly People and their Families*, Basingstoke: Macmillan Education LTD.

Ramos, Vasco, Susana Atalaia e Vanessa Cunha (2016), *Vida Familiar e Papéis de Género: Atitudes dos Portugueses em 2014*, Research Brief, Lisboa, ICS.

Ribeiro, Óscar (2005), «Quando o Cuidador é um Homem», in *Envelhecer em Portugal*, coord. Constança Paul e António M. Fonseca, Lisboa: Climepsi Editores, pp.232-254.

Rodrigues, Leonor, Vanessa Cunha e Karin Wall (2015), *Homens, Papéis Masculinos e Igualdade de Género*, Policy Brief I, Lisboa, ICS/CIT.

Romão, Ana, e Andreia Pereira (2008), «Cuidadores Informais de idosos – Conhecer os colaboradores da SCML», *Cidade Solidária*, SCML.

Rossi, Alice S., e Peter H. Rossi (1990), *Of Human Bonding. Parent-Child Relations across the Life Course*, New York: Aldine de Gruyter.

Rowlands, Olwen (1998), *Informal Carers*, London: The Stationery Office.

São José, José de, e Karin Wall (2006), «Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: problemas e soluções», *Cadernos Sociedade e Trabalho*, VII, pp.119-154.

São José, José de (2009), *Cuidar de um Familiar Idoso Dependente: Trajetórias de Cuidar e Seus Significados*, Universidade de Lisboa, ICS.

Settersten, Richard A., Jr. (2003a), «Invitation to the Life Course: The Promise», in *Invitation to the Life Course. Toward new understandings of later life*, Richard A. Settersten, Jr., Amityville, New York: Baywood Publishing Company, pp.1-14.

Settersten, Richard A., Jr. (2003b), «Propositions and Controversies in Life Course Scholarship», in *Invitation to the Life Course. Toward new understandings of later life*, Richard A. Settersten, Jr., Amityville, New York: Baywood Publishing Company, pp.15-45.

Sevenhuijsen, Selma (1998), *Citizenship and the Ethics of Care*, London: Routledge.

Shakespeare, Tom (2000), *Help*, British Association of Social Workers, Imagining Welfare, Birmingham: Venture Press.

Sinclair, Ian (1990), *Carers: their contribution and quality of life in the kaleidoscope of care*, London: National Institute for Social Work.

Stoller, Eleanor P. (1990), «Males as helpers: the role of sons, relations, and friends», *The Gerontologist*, 30, pp.228-235.

Stone, Robyn, et. al (1987), «Caregivers of the frail elderly: A national profile», *The Gerontologist*, 27, pp.616-626.

Thomas, Carol (1993), «Deconstructing concepts of care», *Sociology*, 27(4), pp.649-669.

Torres, Anália et. al (2000), *Redes de Solidariedade, equipamentos Sócio-Educativos e de Guarda das Crianças e Políticas Sociais: uma perspetiva nacional*, Comunicação no IV Congresso de Sociologia, junho, Coimbra.

Tronto, Joan C. (1993), *Moral Boundaries: a Political Argument for an Ethic of Care*, London: Routledge.

Twigg, Julia, e Karl Atkin (1994), «Aidants et Prestataires de Services Logiques de la Politique et Réalités du Terrain», *Gérontologie et Société*, 68, pp.113-131.

Twigg, Julia, e Karl Atkin (2002), *Carers Perceived. Policy and practice in informal care*, London: Open University Press.

Ungerson, Clare (1983), «Why do Women Care?», in *A Labour of Love. Women, Work and Caring*, ed. Janet Finch e Dulcie Groves, London: Routledge & Kegan Paul, pp.31-50.

Ungerson, Clare (1987), *Policy is Personal – Sex, Gender and Informal Care*, London: Tavistock.

Ungerson, Clare (2000), «Thinking about the Production and Consumption of Long-term Care in Britain: Does Gender Still Matter?», *Journal of Social Policy*, 29, 4, pp.623-643.

Wall, Karin, José de São José, e Sónia Correia (2001a), *Care arrangements in multicareer families. National report: Portugal*, Lisboa: ICS.

Wall, Karin et. al (2001b), «Families and support networks in Portugal: the reproduction of inequality», *Journal of European Social Policy*, Vol.11, N°3, pp.213-249.

Wall, Karin e Maria das Dores Guerreiro (2005), «A divisão familiar do trabalho», in *Famílias em Portugal*, org. Karin Wall e Lúcia Amâncio, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp.303-362.

Wall, Karin (coord.) (2005), *Famílias em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Wall, Karin, Sofia Aboim e Vanessa Cunha (coord.) (2010), *A Vida Familiar no Masculino. Negociando Velhas e Novas Masculinidades*, Lisboa, CITE.

Wall, Karin, Vanessa Cunha, Susana Atalaia (2013), «Família», in José Luís Cardoso, Pedro Magalhães e José Machado Pais (org.), *Portugal Social de A a Z. Temas em Aberto*. Paço de Arcos: Imprensa Publishing/Expresso, pp.70-78.

Wall, Karin *et. al* (2015), «Famílias», in João Ferrão e Ana Delicado (coord.), *Portugal Social em Mudança: Portugal no Contexto Europeu em Anos de Crise*, Lisboa, ICS, pp. 31-45.

Wall, Karin *et. al* (2016), *Livro Branco. Homens e Igualdade de Género em Portugal*, Lisboa, ICS/CITE.

Walker, Alexi *et. al* (1995), «Informal Caregiving to Aging Family Members. A Critical Review», *Family Relations*, Vol.44, N°4, pp.402-411.

Widmer, E.D. (2014). Sociologie de la famille. Un demi-siècle de pluralisation des formes familiales, et après? In: Servais, P. (ed). *Regards sur la famille, le couple et la sexualité. Un demi-siècle de mutations*. Academia Harmattan S.A., pp. 35-46.

Williams, Fiona (2001), «In and beyond New Labour: towards a new political ethics of care», *Critical Social Policy*, Vol.21 (4), pp.467-493.

Williams, Fiona (2004), *Rethinking Families*, London: Calouste Gulbenkian Foundation.

ANEXO A – GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

PARTE I

O ENTREVISTADO E A SUA FAMÍLIA

Elementos de identificação do prestador de cuidados

1. Caracterização

Nome	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Profissão	Condição perante o trabalho ¹⁶

No caso de **empregado**

- Situação na profissão (trabalhador por conta de outrem, trabalhador por conta própria...)?
- Regime de trabalho (tempo inteiro/tempo parcial).
- Horário de trabalho.
 - Tipo de horário (regular, por turnos, irregular)
 - Trabalho nocturno (nº de vezes por semana)
 - Trabalho ao fim de semana (nº de vezes por semana)
- Duração da condição de empregado.
- Ocupação profissional complementar (tem outro trabalho para além deste?).
- Profissões anteriores.

No caso de **desempregado** ou **reformado**

- Duração da condição de desempregado ou reformado.
- Última profissão e situação na profissão?

2. Local de residência _____

Composição do agregado familiar do prestador de cuidados atualmente

Parentesco	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Profissão	Condição perante o trabalho

¹⁶Condição perante o trabalho (empregado, desempregado, reformado, estudante)

Rendimento médio do agregado familiar do prestador de cuidados

Menos de 250 euros	
Entre 250 e 500 euros	
Entre 500 e 1000 euros	
Entre 1000 e 1500 euros	
Entre 1500 e 2000 euros	
Entre 2000 e 2500 euros	
Mais de 2500 euros	

Elementos de identificação do idoso**1.Caracterização**

Nome	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Profissão ¹⁷

2.Local de residência _____

- Reside em sua casa ou em casa de familiares?
- Se reside em sua casa, qual a distância entre esta e a casa do prestador de cuidados?

Composição do agregado familiar do prestador de cuidados (quando o idoso não coabita com o prestador de cuidados)

Parentesco	Idade	Estado civil	Grau de escolaridade	Profissão	Condição perante o trabalho

Rendimento médio do agregado familiar do idoso, quando este não coabita com o cuidador

Menos de 250 euros	
Entre 250 e 500 euros	
Entre 500 e 1000 euros	
Entre 1000 e 1500 euros	
Entre 1500 e 2000 euros	
Entre 2000 e 2500 euros	
Mais de 2500 euros	

Situação económica do idoso

- Que tipo de pensão usufrui?
- Tem algum complemento (dependência, sobrevivência)?
- Contribui para as despesas do agregado doméstico do prestador de cuidados?

¹⁷Última profissão que exerceu.

Caracterização da “história da dependência” do idoso

- A partir de que momento (ano) é que o idoso começou a necessitar da ajuda de terceiros?
- Quais os problemas de saúde que deram origem à necessidade de apoio?
- Esta necessidade manifestou-se de uma forma progressiva ou resultou de um acontecimento repentino?
- O idoso conseguia realizar algumas tarefas sozinho? Quais?

Grau de autonomia do idoso inicialmente

Indicadores:

- Grau de autonomia ao nível da locomoção e capacidade de se levantar (da cama ou da cadeira)
- Controlo esfinteriano, associado ao uso (ou não) de fralda ou de preservativo urinário
- Capacidade de se alimentar sozinho
- Capacidade de confeccionar as suas refeições
- Capacidade de se vestir sozinho
- Capacidade de sair de casa
- Capacidade de realizar a sua higiene pessoal
- Capacidade de realizar tarefas domésticas
- Capacidade de se responsabilizar pela administração da sua medicação
- Capacidade para lidar com dinheiro e para gerir as suas finanças

- Qual o tipo de apoio que era necessário prestar inicialmente? E quem é quem é que lhe prestava esse apoio?
- Participação de serviços pagos (informais ou formais; públicos; privados lucrativos ou não lucrativos).

PARTE II

A HISTÓRIA E AS SOLUÇÕES DE CUIDAR

O Assumir a responsabilidade de cuidar

1. Ano em que começou a cuidar do idoso dependente.

2. Fase em que se encontrava na sua vida quando começou a prestar cuidados ao idoso dependente.

- Idade em que começou a cuidar do idoso dependente.
- Posição na estrutura geracional da família no momento em que começou a cuidar (ex.: os seus filhos já tinham nascido? Os seus avós ainda eram vivos?).
- Composição do agregado familiar na altura em que começou a cuidar.
- Fase no percurso profissional (no caso de empregado, identificar a profissão; identificar a duração da fase).
- Fase no percurso conjugal (identificar a duração da fase).
- Fase no percurso parental (identificar a duração da fase).
- Consequências.

Organização dos Cuidados

1.Organização inicial da prestação de cuidados ao idoso dependente (Quando começou a cuidar do idoso, quem é que participava na prestação de cuidados?).

Solução durante a semana. **Quem fazia o quê?** Dias em que as coisas se passavam de maneira diferente.

- Serviços pagos envolvidos (informais ou formais; públicos, privados lucrativos ou não lucrativos). Custo.
- Frequência da prestação de cuidados por parte de cada prestador.
- Dias / momentos em que não existia ninguém para tomar conta / cuidar do idoso dependente.
- Cuidados durante a noite. Pessoas envolvidas.
- Cuidados ao fim de semana. Pessoas envolvidas.
- Cuidados nos períodos de férias (Natal, Carnaval, Páscoa e Verão). Pessoas envolvidas.
- Falhas. Substitutos.
- Composição do agregado doméstico do idoso dependente.

Cuidados	Cônjuge	Outro Familiar. Quem?	Não Familiar. Quem?	Empregada doméstica	Apoio de uma instituição	Não tem apoio disponível	Não precisa de ajuda
Higiene pessoal							
Vestir							
Alimentação							
Deslocar							
Subir/descer escadas							
Efectuar os trabalhos domésticos (limpar, cozinhar)							
Tomar conta dos medicamentos							
Fazer a gestão do dinheiro							
Utilizar o telefone							
Ir às compras (supermercado, vestuário)							
Tratar de assuntos administrativos ou ir a uma consulta médica							
Transportar o doente							
Actividades de Lazer (passear, cinema, concerto, etc.)							
Outros. Quais?							

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO B – ELEMENTOS DE CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS TRANSIÇÕES PARA AS TRAJETÓRIAS DE CUIDAR

Quadro N°1 – Alguns elementos de caracterização geral das transições para as trajetórias de cuidar

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	FORMA DE ASSUNÇÃO DO PAPEL DE CUIDADOR	GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO	SOLUÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	TRANSIÇÃO PARA A TRAJETÓRIA DE CUIDAR	
				FASE EM QUE SE ENCONTRAVA NA VIDA QUANDO COMEÇOU A PRESTAR CUIDADOS AO IDOSO	TIPO DE TRANSIÇÃO
E1 – António Filho	Cuidador de retaguarda	1994-2001 Ligeira 2002-2011 Acentuada	1994-2011 Solução mista de extensão formal SFP + AFMT (SAD)	Filho, tinha 36 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda do seu pai com baixa dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, trabalhava a tempo inteiro como canalizador, estava casado e tinha dois filhos menores.	Simples Fora de tempo
E2 – Carlos Filho	Cuidador de retaguarda	2010-2011 Moderada 2012-2013 Ligeira	2010-2013 Solução mista de dupla extensão SFP + AIPMT (ED) + AFMT (SAD)	Filho, tinha 45 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda da sua mãe com média dependência, numa altura em que tinha uma Licenciatura, encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro num instituto público, estava casado, e tinha filhos adultos.	Simples Dentro de tempo
E3 – João Leal Filho	Cuidador secundário	2000-2005 Ligeira 2006-2012 Acentuada	2000-2004 Solução familiar SFP 2005-2012 Solução mista de extensão formal SFP + AFMT (SAD)	Filho, tinha 52 anos quando se assumiu como cuidador secundário da sua mãe com baixa dependência, numa altura em que tinha o 4º ano de escolaridade, encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro como técnico de óptica, estava casado, e tinha 2 filhos adultos.	Simples Dentro de tempo
E4 – António M. Genro	Cuidador secundário	2006-2010 Ligeira 2011-2012 Moderada	2006-2010 Solução mista de extensão informal SFP + AIPMT (ED) 2011-2012 Solução mista de dupla extensão SFP + AIPMT (ED) + AFMT (SAD)	Genro, tinha 51 anos quando se assumiu como cuidador secundário do seu sogro com baixa dependência, numa altura que tinha o 12º ano de escolaridade, trabalhava a tempo inteiro como oficial de justiça, estava casado e não tinha filhos.	Simples Dentro de tempo
E5 – Aires Cônjuge	Cuidador principal	2005-2008 Ligeira 2009 Moderada 2010-2012 Acentuada	2005-2009 Solução familiar SFNP	Cônjuge, tinha 66 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua esposa com média dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, estava reformado e tinha dois filhos adultos.	Simples Fora de tempo

			2010-2012 Solução mista de extensão informal SFNP + AINPMT (V)		
E6 – Américo Cônjuge	Cuidador principal	2007-2009 Moderada 2010-2012 Acentuada	2007-2009 Solução familiar SFNP 2010 Solução mista de extensão informal SFNP + AIPMT (ED) 2011-2012 Solução mista de extensão formal SFNP + AFMT (SAD)	Cônjuge, tinha 77 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua esposa com média dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, estava reformado e não tinha filhos.	Complexa Dentro de tempo
E7 – António Cônjuge	2009-2010 Cuidador principal 2011-2012 Cuidador secundário	2009-2012 Acentuada	2009-2010 Solução familiar SFP 2011-2012 Solução mista de dupla extensão SFP + AIPMT (ED) + AFTI (CD)	Cônjuge, tinha 73 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua esposa com elevada dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, estava reformado, e tinha uma filha adulta.	Complexa Fora de tempo
E8 – José M. Filho	Cuidador de retaguarda	2008-2012 Ligeira	2008-2012 Solução mista de extensão formal SFP + AFTI (SAD)	Filho, tinha 51 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda do seu pai com baixa dependência, numa altura em que tinha uma Licenciatura, encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro como Director de uma Empresa de Seguros, estava casado e tinha 2 filhas adultas.	Simples Dentro de tempo
E9 – Fernando Filho	Cuidador de retaguarda	2000-2012 Ligeira	2000-2012 Solução mista de extensão informal SFP + AIPMT (ED)	Filho, tinha 43 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda da sua mãe com baixa dependência, numa altura em que tinha um Mestrado, encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro como Professor Universitário, estava casado e tinha 2 filhos menores.	Simples Dentro de tempo
E10 – Hélder Filho	Cuidador principal	Jan.- Out. 2012 Acentuada	Jan. 2012 Solução mista de extensão informal SFP + AIPMT (ED) Fev. 2012 - Out. 2012	Filho, tinha 56 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua mãe com elevada dependência, numa altura em que tinha o 12º ano de escolaridade, encontrava-se a trabalhar como empresário por conta própria, estava em união de facto e tinha 1 filha adulta.	Complexa Dentro de tempo

			Solução mista de dupla extensão SFP + AIPMT (ED) + AFTI (CD)		
E11 – Hugo Neto	2007-2009 Cuidador retaguarda 2010-2012 Cuidador secundário	2007-2009 Moderada 2010-2012 Acentuada	2007-2009 Solução mista de extensão informal SFP + AIPMT (ED) 2010-2012 Solução mista de dupla extensão SFP + AIPMT (ED) + AFTI (CD)	Neto, tinha 23 anos quando se assumiu como cuidador de retaguarda da sua avó com média dependência, numa altura em que tinha o 12º ano de escolaridade, encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro como empresário por conta própria, estava em união de facto e não tinha filhos.	Simplex Fora de tempo
E12 – José P. Filho	Cuidador principal	2004-2005 Ligeira 2006-2008 Moderada 2009-2012 Acentuada	2004-2012 Solução familiar SFP	Filho, tinha 34 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua mãe com baixa dependência, numa altura em que tinha o 9º ano de escolaridade, encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro como pasteleiro, namorava e não tinha menores a cargo.	Simplex Fora de tempo
E13 – José C. Filho	Cuidador secundário	2008-2009 Ligeira 2010-2012 Moderada	2008-2012 Solução familiar SFP	Filho, tinha 58 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua mãe com baixa dependência, numa altura em que tinha o 9º ano de escolaridade, encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro como comercial, estava casado e, não tinha filhos.	Simplex Dentro de tempo
E14 – Monteiro Cónjuge	Cuidador principal	2006-2007 Acentuada 2008-2012 Moderada	2006-2007 Solução mista de extensão formal SFNP+ AFMT (SAD) 2008-2012 Solução familiar SFNP	Cónjuge, tinha 63 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua esposa com elevada dependência, tinha o 4º ano de escolaridade, estava reformado e tinha um filho adulto.	Complexa Dentro de tempo
E15 – Xavier Cónjuge	Cuidador principal	1994-2012 Moderada	1994-2012 Solução mista de extensão informal SFNP + AIPMT (ED)	Cónjuge, tinha 65 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua esposa com média dependência, tinha o 9º ano de escolaridade, estava reformado e tinha dois filhos adultos.	Muito complexa Dentro de tempo
E16 – Carlos Genro	Cuidador secundário	2003-2004 Acentuada	2003-2004 Solução mista de extensão informal SFP + AIPTI (ED)	Genro, tinha 39 anos quando se assumiu como cuidador principal da sua sogra com elevada dependência, numa altura que tinha uma Licenciatura, trabalhava a tempo inteiro encontrava-se a trabalhar a tempo inteiro como chefe de divisão num instituto público, estava casado e tinha filhos menores a cargo.	Muito complexa Fora de tempo

ANEXO C –BIO-GRÁFICOS

Quadro 2: Bio-gráfico construído para a análise das trajetórias masculinas de cuidar

		2000	2001	2002	2003	2004
Trajetória de Cuidar													
Outras trajetórias do percurso de vida	Profissional/Reforma												
	Conjugalidade												
	Cuidados a crianças												
	Sociabilidades												
	Lazer												
	Vida doméstica												
	Saúde												
	Física												
	Psicológica												
Solução da prestação de cuidados													
Papel do cuidador													

Exemplos de Bio-gráficos

E2 Conciliação		2010	2011	2012	2013	
Trajectória de Cuidar						
Outras trajetórias do percurso de vida	Profissional / Reforma					
	Conjugalidade					
	Cuidados a crianças					
	Sociabilidades					
	Lazer					
	Vida Doméstica					
	Saúde	Física				
		Psicológica				
Solução da Prestação de Cuidados		SFP + AIPMT (ED) + AFMT (SAD)				
Papel do cuidador		Retaguarda				

E13 Colisão fraca		2008	2009	2010	2011	2012	
Trajectória de Cuidar							
Outras trajetórias do percurso de vida	Profissional / Reforma						
	Conjugalidade			+++	+++	+++	
	Cuidados a crianças						
	Sociabilidades						
	Lazer						
	Vida Doméstica						
	Saúde	Física					
		Psicológica					
Solução da Prestação de Cuidados		SFP					
Papel do cuidador		Secundário					

E15 Colisão moderada		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Trajectória de Cuidar																					
Outras trajetórias do percurso de vida	Profissional / Reforma																				
	Conjugalidade																				
	Cuidados a crianças																				
	Sociabilidades																				
	Lazer																				
	Vida Doméstica																				
	Saúde	Física																			
		Psicológica																			
Solução da Prestação de Cuidados		SFNP + AIPMT (ED)																			
Papel do cuidador		Principal																			

E16 Colisão forte		2003	2004	
Trajectória de Cuidar				
Outras trajetórias do percurso de vida	Profissional / Reforma			
	Conjugalidade			
	Cuidados a crianças			
	Sociabilidades			
	Lazer			
	Vida Doméstica			
	Saúde	Física		
		Psicológica		
Solução da Prestação de Cuidados		SFP + AIPMT (ED)		
Papel do cuidador		Secundário		

LEGENDA:

Solução da prestação de cuidados:

- SFP** : Solução familiar partilhada
- SFNP** : Solução familiar não partilhada
- AIPMT (ED)** : Apoio informal pago a meio tempo - empregada doméstica
- AIPMTI (ED)** : Apoio informal pago a tempo inteiro
- AINPMT (V)** : Apoio informal não pago a meio tempo - vizinhos
- AFMT (SAD)** : Apoio formal a meio tempo - serviço de apoio domiciliário
- AFTI (SAD)** : Apoio formal a tempo inteiro - serviço de apoio domiciliário
- AFTI (CD)** : Apoio formal a tempo inteiro - centro de dia

Papel do cuidador:

- Principal** : Responsável por prestar diretamente a maior parte dos cuidados
- Secundário** : Auxilia o cuidador principal
- Retaguarda** : Responsável por supervisionar os cuidados prestados diretamente por terceiros

Grau de interferência da trajetória de cuidar noutras trajetórias do percurso de vida

- Nenhum
- Pouco
- +++ Pouco em sentido positivo
- Bastante
- +++ Bastante em sentido positivo
- Muito

Grau de exigência dos cuidados prestados

- Baixo
- Médio
- Elevado