



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

VINCULAÇÃO E BEM-ESTAR

Um estudo com adultos de meia-idade em double e triple caregiving

Luísa Gomes Esteves

Escola Superior de Educação

2024



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Luísa Gomes Esteves

Vinculação e bem-estar: um estudo com adultos de meia-idade em double e triple caregiving

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação do(a)
Professora Doutora Carla Maria Gomes Marques de Faria
Professora Doutora Sónia Manuela Mendes Dias

Março de 2024

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Carla Faria agradeço por todo o conhecimento transmitido durante este percurso, pela dedicação e disponibilidade.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Sónia Dias pela disponibilidade, dedicação e palavras de incentivo ao longo deste percurso.

Aos meus pais e à minha irmã, porque sem eles nada disto era possível, é a eles que dedico esta dissertação.

Ao meu namorado, pela paciência, pelas palavras de conforto e por todo o apoio. Agradeço por todo o amor e pela motivação a nunca desistir.

À minha amiga Maria Ferreira, por toda a ajuda, palavras de incentivo e motivação transmitida ao longo deste percurso.

À minha amiga Alexandra Fernandes, por ouvir todos os meus desabafos e pela motivação a lutar sempre e nunca desistir.

E a todos aqueles que contribuíram de alguma forma ao longo deste percurso.

E por último, mas não menos importante, a esta instituição que foi casa durante estes últimos cinco anos, sem dúvida que Viana do Castelo estará para sempre no meu coração.

RESUMO

Contexto e objetivos. A meia-idade constitui o período da vida adulta mais extenso e, simultaneamente, aquele acerca do qual menos se conhece (Lachman, 2004; 2015). Globalmente, a meia-idade tem sido definida como o período de vida que se situa entre a juventude e a velhice e acerca do qual existe um conjunto de ideias preconcebidas e enviesadas, como é o caso da “crise da meia-idade” ou a “síndrome do ninho vazio” (Lachman, 2015). Recentemente tem-se assistido ao reconhecimento da necessidade de avançar com estudos sobre a meia-idade, nomeadamente no que se refere às especificidades desenvolvimentais deste período de vida. A literatura no domínio tem vindo a sugerir que o cuidar e a conciliação de diferentes papéis de vida, expresso na simultaneidade de papéis, poderão constituir aspetos específicos e distintivos da meia-idade. No que se refere aos cuidados, os adultos da meia-idade, especialmente mulheres, constituem o grupo sobre o qual recai a maior/principal responsabilidade. No entanto, as pessoas que assumem os papéis de cuidadores formais e cuidadores informais representam um grupo quase desconhecido da investigação (DePasquale *et al.*, 2016). Estudos prévios sugerem que não só os adultos de meia-idade têm um impacto no bem-estar daqueles de quem cuidam, mas também que o seu próprio bem-estar é afetado pelas circunstâncias que os rodeiam (Lachman, 2015; Polenick *et al.*, 2016). Recentemente, identificou-se um grupo específico de adultos de meia-idade que reúne potencial interesse por condensar simultaneamente a condição de cuidador formal (profissional que assegura cuidados) e de cuidador informal (pessoa que assegura cuidados informais a familiares), designados por *double* ou *triple caregivers*. Assim, os adultos que desempenham o papel de cuidadores formais e cuidam de um familiar, pais ou filhos, são designados de *double caregivers*. Já as pessoas que desempenham o papel de cuidador formal e cuidam de filhos e pais idosos simultaneamente, são designados de *triple caregivers*. A evidência (ainda escassa) disponível sugere diferenças em termos de níveis de stress vivido, níveis de bem-estar e indicadores de saúde física e mental (ex., DePasquale *et al.*, 2016; DePasquale *et al.*, 2017; DePasquale *et al.*, 2018; Hodgdon & Wong, 2021). Neste contexto, o bem-estar tem sido apontado como um dos principais indicadores da qualidade desenvolvimental, constituindo uma área investigação crescente (Ryff, 2017). O bem-estar está associado a dimensões do self como *Aceitação de si*, *Relações positivas com os outros*, *Autonomia*, *Domínio do meio*, *Propósito de vida* e *Crescimento pessoal* (Ryff, 1995). Globalmente, estudos evidenciam que certos aspetos do bem-estar tendem a diminuir com idade, no entanto os resultados da investigação não são claros quanto ao que se passa na meia-idade. Se por um lado é possível encontrar estudos que apontam para níveis reduzidos de bem-estar neste período de vida, por outro encontramos evidências que apontam para ganhos no bem-estar (Lachman, *et al.*, 2008; Ryff, 2017; Lachman, 2015; Stone *et al.*, 2010; Ulloa *et al.*, 2013). Paralelamente, a qualidade da vinculação tem sido apontada como relevante para o bem-estar em períodos de vida prévios, sendo que a vinculação segura está associada a maior bem-estar enquanto vinculação insegura a menor bem-estar (ex., Karreman *et al.*, 2012; Quevedo *et al.*, 2019; Davis *et al.*, 2016). Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivos: (1) avaliar os níveis de bem-estar e o estilo de vinculação em adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving*; e (2) analisar a relação entre o estilo de vinculação e bem-estar em adultos de meia-idade em *double* ou *triple caregiving*.

Método. No estudo, transversal e correlacional, participam 222 adultos entre os 40-60 anos de idade em condição de *double* ou *triple caregiving*. Como critérios de inclusão definiu-se: (1) idade entre os 40 e os 60 anos de idade; (2) assegurar cuidados informais a descendentes (filhos) e/ou ascendentes (pais ou outros familiares idosos); (3) exercer profissão na área dos cuidados formais (área da Saúde ou Social). Os dados foram recolhidos com recurso a Questionário Sociodemográfico; Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP, Ryff, 1989; versão portuguesa de Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997); e Medida Categorical do Estilo de Vinculação (Hazan & Shaver, 1990; versão portuguesa de Fonseca & Soares, 2005). O protocolo de recolha de dados

foi disponibilizado (entre maio e outubro de 2023) em formato digital e divulgado em vários contextos de vida de adultos de meia-idade.

Resultados. Os participantes têm em média 46,59 anos ($dp=5,56$), são majoritariamente do gênero feminino (88,30%), casados (74,30%), com ensino superior (73%), exercem atividade profissional em instituições particulares de solidariedade social (48%), com 17,77 anos ($dp=8,76$) de experiência profissional. A maioria dos participantes apresenta vinculação segura (78,40%), não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível do estilo de vinculação entre os *double* e *triple caregivers*. No que se refere ao bem-estar psicológico, os participantes em condição de *triple caregiving* apresentam valores médios superiores de bem-estar psicológico total ($M=84,37$; $dp=13,25$) e nas suas dimensões comparativamente com os participantes em condição de *double caregiving*, contudo não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Por último, no que diz respeito à relação entre vinculação e bem-estar psicológico, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no bem-estar psicológico total ($U=2617,50$; $p= <0,001$), e em todas as suas dimensões à exceção da *Autonomia* ($U=3734$; $p=0,259$). Globalmente, os participantes com vinculação segura apresentam valores estatisticamente superiores no bem-estar psicológico total e em todas as suas dimensões comparativamente aos participantes com vinculação insegura.

Conclusão. O presente estudo é pioneiro ao investigar um grupo recentemente identificado de adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving*, que desempenham um papel nuclear na prestação de cuidados formais e informais e do qual ainda muito pouco se conhece. Os resultados obtidos evidenciam a relevância da relação entre as duas variáveis em estudo, o bem-estar psicológico e a vinculação. Parece-nos fundamental dar continuidade a este estudo de modo a aprofundar e reforçar a investigação no domínio e assim contribuir para o conhecimento gerontológico de forma a sustentar intervenções que promovam para o desenvolvimento e o envelhecimento bem-sucedido dos adultos de meia-idade.

Palavras-chave: Vinculação; Bem-Estar Psicológico; Meia-Idade; *Double e Triple Caregiving*; Gerontologia Social

ABSTRACT

Context and aims. Middle age is the longest period of adult life and, at the same time, the one about which the least is known (Lachman, 2004; 2015). Globally, middle age has been defined as the period of life between youth and old age and about which there are a few preconceived and biased ideas, such as the "midlife crisis" or the "empty nest syndrome" (Lachman, 2015). Recently, there has been recognition of the need to advance studies on middle age, particularly about the developmental specificities of this period of life. The literature in this field has suggested that caregiving and the reconciliation of different life roles, expressed in the simultaneity of roles, may be specific and distinctive aspects of middle age. When it comes to care, middle-aged adults, especially women, are the group with the greatest/main responsibility. However, the people who take on the roles of formal and informal caregivers represent an understudied group (DePasquale *et al.*, 2016). Previous studies suggest that not only do middle-aged adults have an impact on the well-being of those they care for, but also that their own well-being is affected by the circumstances around them (Lachman, 2015; Polenick *et al.*, 2016). Recently, a specific group of middle-aged adults has been identified who are of potential interest because they combine the status of formal caregiver (professional caregiver) and informal caregiver (person who provides informal care for family members), known as double or triple caregivers. Thus, adults who play the role of formal caregivers and care for a family member, parents or children are called double caregivers. People who play the role of formal caregiver and care for children and elderly parents at the same time are called triple caregivers. The (still scarce) available evidence suggests differences in terms of levels of stress experienced, levels of well-being and indicators of physical and mental health (e.g. DePasquale *et al.*, 2016; DePasquale *et al.*, 2017; DePasquale *et al.*, 2018; Hodgdon & Wong, 2021). In this context, well-being has been identified as one of the main indicators of developmental quality and is a growing area of research (Ryff, 2017). Well-being is associated with dimensions of the self-such as Self-acceptance, Positive relationships with others, Autonomy, Environmental mastery, Purpose in life and Personal growth (Ryff, 1995). Overall, studies show that certain aspects of well-being tend to decline with age, but research results are unclear as to what happens in middle age. On the one hand, it is possible to find studies that point to reduced levels of well-being in this period of life, on the other hand, we find evidence that points to gains in well-being (Lachman, *et al.*, 2008; Ryff, 2017; Lachman, 2015; Stone *et al.*, 2010; Ulloa *et al.*, 2013). At the same time, the quality of attachment has been shown to be relevant to well-being in earlier periods of life, with secure attachment being associated with greater well-being while insecure attachment with lower well-being (e.g. Karreman *et al.*, 2012; Quevedo *et al.*, 2019; Davis *et al.*, 2016). In view of the above, this study aims to: (1) assess levels of well-being and attachment style in middle-aged adults in double and triple caregiving; and (2) analyze the relationship between attachment style and well-being in middle-aged adults in double or triple caregiving.

Method. In this cross-sectional and correlational study, 222 adults aged between 40 and 60 in a condition of double or triple caregiving took part. The inclusion criteria were: (1) age between 40 and 60; (2) providing informal care for descendants (children) and/or ascendants (parents or other elderly relatives); (3) working in the formal care sector (health or social care). Data was collected using the Sociodemographic Questionnaire; the Psychological Well-Being Scale (EBEP, Ryff, 1989; Portuguese version by Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997); and the Categorical Measure of Attachment Style (Hazan & Shaver, 1990; Portuguese version by Fonseca & Soares, 2005). The data collection protocol was made available (between May and October 2023) in digital format and disseminated in various life contexts of middle-aged adults.

Results. The participants were on average 46,59 years old ($sd=5,56$), mostly female (88,30%), married (74,30%), with higher education (73%), working in private social solidarity institutions (48%) for 17,77 years ($sd=8,76$). Most of the participants were securely attached (78,40%) and

no statistically significant differences were found in terms of attachment style between the double and triple caregivers. As far as psychological well-being is concerned, the participants in triple caregiving had higher average values for total psychological well-being ($M=84,37$; $dp=13,25$) and for the dimensions of psychological well-being compared to the participants in double caregiving, although no statistically significant differences were found. Finally, about the relationship between attachment and psychological well-being, there were statistically significant differences in total psychological well-being ($U=2617,50$; $p= <0,001$), and in all its dimensions except for Autonomy ($U=3734$; $p=0,259$). Overall, participants with secure attachment showed statistically higher values in total psychological well-being and in all its dimensions compared to participants with insecure attachment.

Conclusion. This is a pioneering study of a recently identified group of middle-aged adults in double and triple caregiving, who play a key role in providing formal and informal care and about whom very little is known. The results obtained show the relevance of the relationship between the two variables under study, psychological well-being and attachment. It seems essential to continue this study to deepen and strengthen research in the field and thus contribute to gerontological knowledge to support interventions that promote the development and successful ageing of middle-aged adults.

Keywords: Attachment; Psychological Well-Being; Middle Age; Double and Triple Caregiving; Social Gerontology

ÍNDICE

<i>Agradecimentos</i>	<i>VI</i>
<i>RESUMO</i>	<i>VII</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>IX</i>
<i>ÍNDICE</i>	<i>XI</i>
<i>ÍNDICE DE TABELAS</i>	<i>XII</i>
<i>INTRODUÇÃO</i>	<i>13</i>
<i>REVISÃO DA LITERATURA</i>	<i>17</i>
1. Meia-idade.....	18
2. Bem-estar	26
3. Vinculação.....	35
<i>MÉTODO</i>	<i>41</i>
1.Objetivos	42
2.Participantes.....	42
3.Instrumentos para a recolha de dados	42
4.Procedimentos da recolha de dados	43
5.Procedimentos de análise de dados	43
<i>RESULTADOS</i>	<i>45</i>
1.Descrição sociodemográfica dos participantes	46
2. Caraterização dos cuidados proporcionados	48
3. Estilo de vinculação	49
4. Bem-estar psicológico	50
5. Estilo de vinculação e tipo de cuidador	51
6. Bem-estar Psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional.....	52
7. Diferença de grupos no bem-estar psicológico em função do estilo de vinculação	56
<i>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</i>	<i>57</i>
<i>CONCLUSÃO</i>	<i>65</i>
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>68</i>

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	46
Tabela 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes (cont.)	47
Tabela 3. Caracterização dos cuidados proporcionados	48
Tabela 4. Estilo de vinculação na condição de double e triple caregiving.....	49
Tabela 5. Bem-estar psicológico na condição de double e triple caregiving.....	50
Tabela 6. Estilo de vinculação e condição de double e triple caregiving.....	51
Tabela 7. Associação entre bem-estar psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional na amostra global	52
Tabela 8. Associação entre bem-estar psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional nos participantes em double caregiving.....	54
Tabela 9. Associação entre bem-estar psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional nos participantes em triple caregiving	55
Tabela 10. Diferença de grupos no Bem-estar Psicológico em função do estilo de vinculação..	56

INTRODUÇÃO

O mundo está a envelhecer rapidamente como resultado da redução da mortalidade, combinado com a alta taxa de natalidade nas duas décadas após a segunda Guerra Mundial, o designado “*baby boom*” (ILC-Brasil, 2015). O aumento do número de adultos mais velhos deve-se a fatores importantes como a diminuição da mortalidade, o aumento da esperança média de vida, a queda da taxa de natalidade, assim como ao desenvolvimento científico, tecnológico, biomédico, educativo e social (Feranández-Ballesteros, 2004). Estima-se que no ano de 2050 21% da população mundial esteja acima dos 60 anos, comparando com o ano de 1950 em que a percentagem correspondia a 8% e em 2013 a 12% (ILC-Brasil, 2015). Em Portugal, o envelhecimento demográfico continua a acentuar-se e a tendência é o seu aumento, de tal forma que no ano de 2022 o índice de envelhecimento atingiu o valor de 185,6 adultos mais velhos por cada 100 jovens (INE, 2023).

Face a esta nova realidade, é importante referir a ciência que se dedica ao estudo do envelhecimento. O termo Gerontologia surge pela primeira vez em 1903 introduzido por Metchickoff, no entanto o seu desenvolvimento enquanto área científica deu-se essencialmente na segunda metade do século XX, devido ao fenómeno do envelhecimento populacional (Feranández-Ballesteros, 2004). A Gerontologia dedica-se essencialmente ao estudo do processo do envelhecimento, da velhice e do adulto mais velho (Feranández-Ballesteros, 2004), possui uma visão integrada do envelhecimento que coaduna os contributos de várias áreas científicas (Paúl, 2012). Constitui-se num novo campo do saber ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida (Paúl, 2012).

A Gerontologia Social, considerada a especialidade do “social” da Gerontologia, consiste numa disciplina científica aplicada que surge nos anos 60, introduzida por Clark Tibbitts. Entende-se a Gerontologia Social como uma especialização da Gerontologia, sendo que ambas se baseiam no conhecimento das ciências biológicas, psicológicas e sociais (Feranández-Ballesteros, 2004). No entanto, a Gerontologia Social está especialmente focada no impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento humano e na velhice, nas consequências sociais desse processo, assim como nas ações sociais que podem melhorar os processos de envelhecimento (Feranández-Ballesteros, 2004; Paúl, 2012).

O envelhecimento é um processo complexo, heterogéneo, dinâmico e multi (dimensional, direcional e causal), ou seja, integra ganhos e perdas, numa interação pessoa-contexto que ocorre ao longo do ciclo de vida (Baltes & Baltes, 1990; Paúl, 2012).

Neste sentido, o fenómeno do envelhecimento populacional e a longevidade humana geram consequências, como a crescente necessidade de cuidadores, essencialmente cuidadores informais (Faria, 2016). Os cuidados informais tornam-se numa condição fundamental para a manutenção do bem-estar e integração social, ajudando a ultrapassar situações de solidão e de

perda de autonomia (Moreira, 2020). Estes cuidados são maioritariamente assumidos por adultos de meia-idade, mais especificamente mulheres entre os 55 e os 64 anos de idade (Moreira, 2020).

A meia-idade pode ser definida como o período de vida situado entre a juventude e a velhice, sendo atualmente o período do ciclo de vida menos estudado (Lachman 2004; Lachman 2015). Como consequência existem muitos lapsos ou ideias preconcebidas acerca da natureza desenvolvimental da meia-idade, assim como dos marcos e desafios enfrentados por estes adultos (Lachman 2004, Infurna *et al.*, 2020). Este período de vida é definido e caracterizado pela abundância e simultaneidade de papéis sociais, amplamente definidos, que as pessoas assumem e pelos quais se sentem responsáveis (Infurna *et al.*, 2020).

Neste contexto, recentemente a literatura identificou um grupo de adultos de meia-idade que conciliam os cuidados informais aos pais idosos ou outros familiares idosos e/ou aos filhos, com a atividade profissional permanente de cuidador formal, designados de *double* ou *triple caregivers* (DePasquale *et al.*, 2016; Infurna *et al.*, 2020). Assim sendo, define-se por *double caregivers* os adultos que desempenham o papel de cuidadores formais e simultaneamente de cuidadores informais de uma geração - familiares idosos/pais idosos ou filhos. Já os *triple caregivers* são os adultos que desempenham o papel de cuidadores formais e informais de filhos e dos pais idosos/familiares idosos (DePasquale *et al.*, 2016).

A nova realidade de envelhecimento populacional exige aos adultos de meia-idade a adaptação a este novo papel desenvolvimental e, simultaneamente, a conciliação com outros papéis. Desta forma, torna-se primordial avançar com a investigação sobre este grupo específico de adultos, que desempenhem papéis fundamentais nos cuidados gerações às gerações mais novas e mais velhas, nomeadamente a investigação ao nível do bem-estar e vinculação.

Tendo em conta os resultados de alguns estudos sobre este assunto, é possível verificar que os adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving* tendem a experienciar maiores níveis de stress, exaustão emocional e sofrimento psicológico (DePasquale, *et al.*, 2017; DePasquale *et al.*, 2016; Hodgdon & Wong, 2021). Por outro lado, estes adultos de meia-idade têm impacto no bem-estar daqueles que cuidam, pelo papel central que os cuidados assumem para as pessoas mais velhas à medida as perdas se acentuam. Mas importa também evidenciar que o seu próprio bem-estar é afetado pelas circunstâncias que os rodeiam, nomeadamente as condições em que asseguram os cuidados (formais e informais), o que evidencia a importância de abordar as necessidades de bem-estar e saúde mental destes adultos (Lachman, 2015; Lachman *et al.*, 2015).

As relações íntimas e significativas são basilares na condição humana em qualquer período de vida, pelo que o tipo e qualidade das relações de vinculação, enquanto relações

íntimas, são estruturantes e têm um impacto profundo no bem-estar e capacidade adaptativa da pessoa. À semelhança do que ocorre na infância, adolescência e juventude, também na meia-idade é possível identificar diferentes tipos de vinculação que decorrem da qualidade das mesmas, nomeadamente em termos de grau de segurança que proporcionam: A vinculação segura (são confiantes e não têm dificuldades em se aproximar e confiar nos outros), vinculação insegura ansiosa (são instáveis nas relações, não se sentem seguros face aos sentimentos que o outro tem por si) e vinculação evitante (sentem-se desconfortáveis em estar próximos de outras pessoas, considerado ser impossível confiar nelas) (Hazen & Shaver, 1987).

A vinculação está fortemente associada ao bem-estar em fases da vida prévias à meia-idade, sendo que a vinculação insegura está associada a níveis mais altos de ansiedade e transtornos depressivos (Davis *et al.*, 2016). Assim, a vinculação segura é considerada como um recurso desenvolvimental que protege o indivíduo em momentos de maior desafio e exigência, como por exemplo as tensões que a prestação de cuidados pode provocar (Rasmussen *et al.*, 2019). De acordo com alguns estudos no domínio, verifica-se que as pessoas diferem no bem-estar psicológico em função do estilo de vinculação, ou seja, adultos com o estilo de vinculação segura apresentam níveis mais elevados de bem-estar quando comparados com adultos com estilo de vinculação insegura (Davis *et al.*, 2016; Quevedo *et al.*, 2019; Sagone *et al.*, 2023; Karreman & Vingerhoets, 2012). Neste sentido, as experiências da vinculação ao longo da vida são muito importantes para prever o funcionamento global e a qualidade dos relacionamentos na idade adulta (Rasmussen *et al.*, 2019).

Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivos de investigação (1) avaliar os níveis de bem-estar e o estilo de vinculação em adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving*; (2) analisar a relação entre o estilo de vinculação e bem-estar em adultos de meia-idade em *double* ou *triple caregiving*.

Em relação à estrutura, a presente dissertação está organizada em quatro capítulos, nomeadamente: (1) Revisão da Literatura, (2) Método, (3) Resultados, e (4) Discussão dos Resultados. No que diz respeito ao primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico e empírico acerca das temáticas em estudo – bem-estar psicológico e vinculação na meia-idade. No segundo capítulo são apresentadas as opções metodológicas, destacando objetivos do estudo, participantes, instrumentos utilizados para a recolha de dados, procedimentos de recolha e procedimentos de análise de dados. Relativamente ao terceiro capítulo são descritos os resultados obtidos que são a seguir, e no quarto capítulo, analisados e discutidos à luz da literatura no domínio.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Meia-idade

O termo meia-idade surgiu pela primeira vez em 1985, como consequência do aumento da expectativa de vida, podendo ser definida como a parte da vida entre a juventude e a velhice (Lachman, 2004). Do ponto de vista etário, é comum definir-se a meia-idade como o período que começa entre os 35 e 40 anos e termina entre os 60 e os 65 anos, quando começa a velhice (Schaie & Willis, 2003). No entanto, considera-se que existe um intervalo de 10 anos em cada extremidade, assim que é possível considerar que a meia-idade comece aos 30 anos e termine aos 75 anos (Lachman, 2001). Desta forma, os limites para a meia-idade são difusos e sem uma demarcação clara (Lachman, 2004).

A idade cronológica pode não ser a melhor forma para identificar a meia-idade, tendo em consideração alguns aspetos como a saúde, o bem-estar e funcionamento em vários domínios (Lachman, *et al.*, 2015). Schaie e Willis (2003) chamam à atenção para a necessidade de reconhecer a ampla variedade de comportamentos e atitudes que existem nas diferentes culturas, especialmente nos períodos de transição e as limitações do uso da idade cronológica para definir os períodos de desenvolvimento.

Atualmente, nas sociedades industrializadas, a meia-idade é considerada uma fase do ciclo de vida distinto dos outros, com suas próprias normas sociais, papéis, oportunidades e desafios (Papalia & Feldman, 2013). A meia-idade pode assim ser considerada de uma melhor forma em termos de papéis, acontecimentos de vida, assim como a experiência de vida. Embora não haja um consenso sobre quando começa e termina efetivamente a meia-idade, existe a concordância sobre a sequência de tarefas desenvolvimentais que ocorrem normativamente neste período de vida (Lachman, 2004). Espera-se que os adultos tenham construído uma família, possuam uma carreira profissional, assumam também a responsabilidade em relação aos filhos, aos pais idosos e na comunidade (Staudinger & Bluck, 2001). Posto isto, este período de vida está vagamente ligado aos limites da idade, no entanto, é definido e caracterizado pela abundância de papéis sociais, amplamente definidos, que as pessoas assumem, ocupam e pelos quais se sentem responsáveis. Esses papéis ou responsabilidades poderão estar associados a funções como a de cuidadores, conjugue/parceiro, pais, avô/avó, irmãos, amigos, filhos adultos, colegas de trabalho, membros da comunidade e papéis religiosos (Infurna *et al.*, 2020). Os adultos de meia-idade podem estar envolvidos em até oito papéis de vida diferentes, em média estes adultos estão envolvidos em 4 papéis de vida diferentes (Ahrens & Ryff 2006).

Embora a meia-idade seja um período relativamente longo (20 a 40 anos), ainda não foi dividida em subperíodos, semelhantes à distinção da geração mais velha usada para descrever

a velhice (Neugarten & Hagestad, 1976). Tendo em conta o período de expansão da meia-idade, poderia ser útil pensar em meia-idade precoce e tardia (Lachman, 2004). Neste sentido, mais recentemente, vários autores têm proposto que seria útil subdividir este período de vida em dois, nomeadamente a meia-idade inicial e a tardia (Lachman, 2004; Neugarten & Hagestad, 1976; Staudiger & Bluck, 2001), uma vez que as experiências, os papéis e a saúde seguramente serão muito distintos para os adultos com idades entre os 30 a 40 anos e os que se encontram entre os 50 a 60 ou mais anos (Lachman, 2004). Enquanto a meia-idade inicial pode envolver a consolidação da família e da carreira, a meia-idade tardia pode envolver questões como preocupações com a saúde, preparação para a reforma e tornar-se avô ou avó (Staudiger & Bluck, 2001).

A importância da meia-idade e o interesse em investigar e estudar este período de vida, resultou do crescimento exponencial de adultos de meia-idade que fazem parte da geração *Baby Boom* (Lachman, 2004). A geração *Baby Boom* refere-se às pessoas nascidas entre os anos 1946 e 1964, uma geração marcada pelo imenso aumento da natalidade. Estes adultos possuem duas características principais, a primeira deve-se ao facto de estarem mais envolvidos no cuidado dos pais idosos. Em segundo lugar, caracterizam-se também por providenciar apoio à geração mais velha e à geração mais nova (Fingerman *et al.*, 2012). Embora a investigação associada à meia-idade tenha aumentado, estes adultos são frequentemente omitidos das investigações sobre desenvolvimento e envelhecimento do adulto (Lachman, 2015). O facto deste período de vida ser o menos estudado poderá estar associado a suposições de que a meia-idade é um período de vida mais calmo e onde ocorrem poucas mudanças (Lachman, 2004). Um dos motivos referidos deve-se também aos participantes de meia-idade estarem menos disponíveis para a investigação, uma vez que desempenham vários papéis familiares e profissionais na sua vida. Neste âmbito, Lachman, (2015) indica que existe um *gap* no que diz respeito à investigação associada à meia-idade.

Grande parte da investigação sobre a meia-idade foi realizada no contexto de outros grupos etários ou problemáticas relacionadas com trabalho ou família, por exemplo, sabe-se muito sobre pais de meia-idade devido à literatura sobre o desenvolvimento infantil (Lachman, 2004). Outro exemplo, deve-se à investigação no âmbito do envelhecimento que se tem centrado em adultos de meia-idade como cuidadores dos pais idosos, no entanto, o foco principal é o bem-estar dos pais idosos, embora com algum reconhecimento do stress e sobrecarga para estes filhos adultos de meia-idade como consequência do papel de cuidador (Lachman, 2004). Segundo a mesma fonte e como já referido anteriormente, a explosão populacional de adultos de meia-idade deu origem ao aumento do conhecimento sobre este grupo e levaram à sua identificação como um segmento de vida digno de estudo por si só. O

esforço para diferenciar o período da meia-idade dos outros períodos do desenvolvimento humano reflete um interesse crescente na otimização do envelhecimento. Uma vez que ao conseguir identificar as raízes do envelhecimento mais cedo na idade adulta, poderá ser possível atrasar, minimizar ou prevenir algumas alterações biológicas, psicológicas e sociais que poderão ocorrer mais tarde. Torna-se assim fundamental estudar este período da vida do ser humano, sendo que abrange grande parte da sua vida (Lachman, 2004). O funcionamento em qualquer idade é variável e flexível, existe oportunidade de modificação, através de intervenções corretivas ou preventivas (Lachman *et al.*, 2015). Os mesmos autores sugerem um investimento na compreensão de formas de otimizar a meia-idade, podendo ter um valor de longo alcance para os mais jovens e também para os mais velhos.

O desenvolvimento integra um processo cumulativo ao longo da vida, embora pouco se saiba acerca do desenvolvimento na meia-idade (Infurna *et al.*, 2020). A meia-idade constitui o período de vida acerca do qual menos se conhece (Lachman, 2004), e como consequência, existem muitos lapsos ou ideias preconcebidas acerca da natureza da meia-idade, assim como dos marcos e desafios enfrentados por estes adultos (Infurna *et al.*, 2020). Frequentemente, a meia-idade é associada a stress e considerada um período marcado por crises (Lachman, 2004). Existem um conjunto de ideias preconcebidas e enviesadas, como é o caso da “crise da meia-idade” e a “síndrome do ninho vazio” (Lachman, 2004; Lachman, 2015). De acordo com os resultados do estudo *Midlife in the United States* (MIDUS), focado em adultos de meia-idade, a crise não é um fenómeno típico da meia-idade, mas que pode desenrolar-se em qualquer período de vida (Lachman, *et al.*, 2015). Os indivíduos que têm uma crise de meia-idade, cerca de metade afirma que envolve uma turbulência interna ou angústia associada ao envelhecimento, as crises estão também ligadas a eventos como divórcio, perda de emprego ou problemas de saúde, sendo que estes eventos podem ocorrer em qualquer período etário e não necessariamente ou especificamente na meia-idade (Lachman, 2015).

A meia-idade pode tornar-se num momento de pico ou apogeu em muitas áreas, nomeadamente na posição no trabalho, liderança na família, competências na tomada de decisão, autoconfiança, contribuições para a sociedade, experiência de vida, conhecimento/competência (Finke *et al.*, 2005; Lachman *et al.*, 2015). Por outro lado, existe também uma realidade mais dura para os adultos de meia-idade, sendo que muitas vezes podem deparar-se com múltiplas responsabilidades, declínios físicos e cognitivos, acontecimentos inesperados, como problemas de saúde e perda de entes queridos que tendem a aumentar com a idade. Assim, lidar com tudo isto poderá originar stress na vida destes adultos (Lachman, *et al.*, 2015). Segundo a mesma fonte, a chave é encontrar formas de compensar ou neutralizar as perdas e declínios, recorrendo ao uso de pontos fortes e competências.

A natureza da meia-idade varia em função de fatores como género, coort, estatuto socioeconómico, raça, etnia, região do país, personalidade, estado civil, estatuto parental, estatuto de emprego e estado de saúde (Lachman, 2004). O desenvolvimento da carreira, emprego e estabilidade financeira são fundamentais na meia-idade. A sua importância é demonstrada através de descobertas que revelam que os fatores relacionados com o trabalho, como os riscos e a sua complexidade, por exemplo, preveem a saúde mental e física, a cognição e longevidade na meia-idade e velhice (Infurna *et al.*, 2020). Relativamente ao estatuto socioeconómico, este tem também um impacto significativo sobre a saúde, sendo considerado como um fator importante (Spiro, 2001). Quer seja medido pela educação ou pelos rendimentos, níveis mais baixos estão associados a uma menor expectativa de vida, maiores taxas de mortalidade, pior saúde, menor bem-estar, maiores limitações nas atividades devido a limitações crónicas, piores comportamentos de saúde e acesso mais restrito a cuidados de saúde (Spiro, 2001). Para os adultos de meia-idade a saúde de um modo geral é boa, a maioria das mudanças físicas não causa incapacidade ou altera o estilo de vida, mesmo que possam dar origem a preocupações e lamentações sobre o facto de se estar a envelhecer (Whitbourne, 2001). No entanto, alguns adultos de meia-idade podem enfrentar doenças crónicas ou agudas que podem limitar as suas atividades (Spiro, 2001; Whitbourne, 2001). Algumas das mudanças biológicas comuns que podem surgir na meia-idade devem-se a alterações na visão, entre outros aspetos do funcionamento sensorial, dores nas costas e articulações, problemas de dentes e gengivais, aumento de peso e problemas relacionados, como doenças cardiovasculares e diabetes (Whitbourne, 2001). Especificamente, as mulheres passam por uma grande mudança na área da reprodução, entre os 50 e 52 anos, a menopausa (Lachman, 2004).

A perspetiva *lifespan* (Baltes *et al.*, 2006) fornece uma estrutura fundamental para estudar a meia-idade como um período de vida situado na encruzilhada entre crescimento e declínio. Na meia-idade as variações de experiências e influências são extensas e dependem em grande parte do contexto. Esta perspetiva fornece também uma abordagem mais holística e contextual da vida útil, centrando-se na cultura, período histórico, biologia, fatores sociais, ambientes, genética e fatores psicológicos que podem enriquecer o trabalho teórico e empírico acerca da meia-idade (Lachman, *et al.*, 2015). De acordo com esta perspetiva, o desenvolvimento mantém-se ao longo de todo o ciclo de vida, sendo um processo contínuo caracterizado por multidimensionalidade, multidirecionalidade e mudança (Baltes *et al.*, 2006). As mudanças são originadas por influências genético-biológicas e socioculturais que podem ser consideradas de natureza normativa ou não normativa, marcadas por ganhos e perdas concorrentes e pela interação entre o indivíduo e a cultura (Neri, 2006). A continuidade do

processo de desenvolvimento é fornecida pelo contexto de relacionamento íntimo, familiar e de amizade, e, para muitos, provavelmente também pelo contexto profissional. Embora, à medida que se desenvolve ou envelhece, o ser humano é confrontado com novos contextos de desenvolvimento internos e externos que podem originar descontinuidades. A meia-idade pode ser caracterizada como contínua ou descontínua, dependendo do domínio de funcionamento considerado e dos acontecimentos de vida particulares enfrentados pelos adultos (Staudiger & Bluck, 2001).

Na perspectiva de Lachman e colaboradores (2015), a meia-idade é um período pivotal no ciclo de vida, para o justificar os autores, tendo em consideração a perspectiva *Life-Span*, revelam que é um período de vida crucial em termos de equilíbrio entre crescimento e declínio, faz a ligação entre os períodos anteriores e posteriores da vida e proporciona a ligação entre a geração mais jovem e a mais velha.

Espera-se que com o envelhecimento as perdas se sobreponham aos ganhos, assim sendo, a meia-idade pode ser vista como um período crucial no ciclo de vida em termos de mudança para o foco na manutenção e estabilidade do funcionamento (Baltes *et al.*, 2006). A visão multidimensional e multissistêmica considera as trajetórias entre domínios, destacando o lugar da meia-idade na interseção dos caminhos de crescimento e declínio (Lachman *et al.*, 2015). Este período de vida exerce influência a nível individual, ligando as experiências da infância com a saúde na meia-idade e o estilo de vida na meia-idade com a saúde na velhice. A consideração de influências proximais e distais no desenvolvimento pode ajudar a esclarecer a natureza da meia-idade. Existem evidências de que experiências na infância podem afetar a saúde e o bem-estar na meia-idade, mesmo após vários anos. As experiências na meia-idade também podem ter consequências de longo prazo na velhice. No entanto, ao mesmo tempo existe uma descontinuidade e uma oportunidade para a mudança e resiliência (Lachman, *et al.*, 2015).

Relativamente ao contexto familiar, os adultos de meia-idade desempenham um papel extremamente importante dentro das famílias multigeracionais, através de papéis que desempenham que dizem respeito à paternidade, ao cuidado e à orientação (Putney & Bengtson, 2001). As relações familiares têm uma importância central na vida dos adultos de meia-idade. Ao mesmo tempo, as relações de amizade, família, comunidade e trabalho continuam a ser fontes de conforto/bem-estar, mas também podem ser uma fonte de stress (Antonucci *et al.*, 2001).

Nos dias de hoje, o envelhecimento da população faz-se sentir em todo mundo, frequentemente designa-se este fenómeno por “revolução da longevidade” (ILC-Brasil, 2015). Os enormes ganhos relativos ao aumento da esperança média de vida, originaram o aumento do envolvimento dos adultos de meia-idade com os seus pais idosos (Infurna *et al.*, 2020). Como consequência deste aumento de adultos mais velhos, cresce a necessidade de cuidados informais, que se torna numa dimensão fundamental para a manutenção do bem-estar e integração social, e ajuda a ultrapassar as situações de solidão e de menor autonomia (Moreira, 2020). Os cuidados informais são maioritariamente assumidos por mulheres, sobretudo que se encontram na meia-idade, entre os 55 e os 64 anos (Moreira, 2020). O apoio no âmbito dos cuidados informais a pais ou familiares idosos pode consistir na ajuda das tarefas diárias, ajuda com as compras, no transporte, fazer companhia, ajuda na toma da medicação e noutros aspetos relacionados com a saúde como por exemplo, o tratamento de feridas (Moreira, 2020).

Durante a última metade do século XX, as famílias foram afetadas por mudanças demográficas, socioeconómicas e históricas, essas mudanças devem-se à conquista do ser humano de mais anos de vida (Putney & Bengtson, 2001). Apesar das alterações na estrutura e na dinâmica familiar, a função de cuidar está intimamente associada à família, sendo que esta se torna a principal fonte de cuidados aos adultos mais velhos (Carvalho, 2009). Consoante a realidade portuguesa, o fato de serem as famílias a cuidar das pessoas idosas é considerado natural (Sousa *et al.*, 2006), estes tipos de cuidados definem-se por cuidados filiais (Cicirelli, 1993). Brody (1985) considera que o cuidado filial se torna numa experiência normativa presente no desenvolvimento do adulto, sendo que atualmente é cada vez mais comum a prestação deste tipo de cuidados por parte dos adultos de meia-idade. Os filhos adultos sentem uma obrigação e/ou responsabilidade em ajudar os seus pais idosos (Cicirelli, 1993). A obrigação filial é considerada como uma obrigação baseada nos padrões culturais em que cuidar dos pais é considerado como um comportamento socialmente responsável face à dependência dos mesmos (Cicirelli, 1993).

No âmbito da prestação de cuidados à família, a ajuda que os filhos adultos prestam aos seus pais idosos pode originar um efeito negativo na sua vida (Cicirelli, 1993). Este efeito negativo é designado por ansiedade filial e tem as suas bases na teoria da vinculação (Cicirelli, 1988). Diz respeito à antecipação da preocupação relativamente ao declínio dos pais idosos, assim como à própria capacidade dos filhos para assumir o papel de cuidador, e a preocupação com a sua capacidade para satisfazer as necessidades dos pais e da prestação dos cuidados associados (Cicirelli, 1988). A vinculação e a qualidade da relação com os pais estão associadas à ansiedade filial (Cicirelli, 1988). Num estudo realizado por Morais *et al.*, (2019), as mulheres de meia-idade apresentaram níveis mais elevados de ansiedade filial comparativamente aos

homens de meia-idade. Num outro estudo realizado por Silva, (2013), observou-se que os adultos de meia-idade que possuíam estilos de vinculação insegura apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade filial comparativamente com adultos com um estilo de vinculação segura que apresentaram níveis mais baixos.

Por outro lado, os filhos adultos podem desenvolver a maturidade filial, o seu desenvolvimento inicia-se no começo da idade adulta e aumenta ao longo dos anos. A maturidade filial é considerada como um estado de desenvolvimento, no qual o filho adulto considera os pais como pessoas com necessidades e objetivos pessoais para além do seu papel parental. Para atingir a maturidade filial é necessário que os filhos adultos resolvam com sucesso a crise filial que ocorre quando os filhos adultos se apercebem que a natureza da relação entre pais e filhos mudou e que têm de se tornar uma fonte de segurança e confiança no que diz respeito à prestação de cuidados aos seus pais. Para estudar os cuidados filiais é necessário compreender a relação pai-filho, assim como os antecedentes do cuidar, dando destaque à Teoria da Vinculação (Blenker, 1965).

Os adultos de meia-idade são frequentemente designados por geração *sandwich* (Miller, 1981), isto deve-se assim ao facto de fornecerem algum tipo de cuidado tanto para os seus filhos como para os seus pais idosos (Lachman *et al.*, 2015). Usa-se o termo “espremidos” para destacar as necessidades concorrentes dos adultos de meia-idade de criar ou orientar os filhos e cuidar de pais idosos. Por vezes podem encontrar-se “espremidos” entre as necessidades expostas anteriormente e os seus recursos limitados de tempo, financeiros e de energia (Papalia & Feldman, 2013). Segundo alguns estudos prévios no domínio a prestação de cuidados informais tem sido associada a uma maior sobrecarga e fontes de mal-estar (Rangel *et al.*, 2019; Araújo *et al.*, 2013; Gemito *et al.*, 2015)

Habitualmente, são os adultos de meia-idade, maioritariamente mulheres, que assumem a responsabilidade pelos mais jovens e mais velhos da família, assumindo-se como principais cuidadoras das duas gerações. Muitas vezes conciliam simultaneamente os deveres decorrentes do cuidado aos pais idosos e aos seus filhos. A prestação de cuidados informais aos filhos e/ou a pais idosos, conciliando o trabalho permanente como cuidadores formais, é definido por *double and triple-duty caregiving* (Infurna *et al.*, 2020). Neste contexto, identificou-se recentemente na literatura o interesse sobre um grupo específico de adultos de meia-idade que reúne potencial interesse por condensar simultaneamente a condição de cuidador formal, e cuidador informal, designados por *double* ou *triple caregivers* (DePasquale *et al.*, 2016). Relativamente aos cuidadores informais, como o próprio nome indica, asseguram cuidados informais, que são prestados por familiares, filhos, conjugue, vizinhos e amigos. Embora sejam

maioritariamente prestados pelos filhos e pelo conjugue (Moreira, 2020). Já no que diz respeito ao cuidador formal, enquanto profissional este tem a responsabilidade de assegurar cuidados formais (Ribeiro *et al.*, 2009).

Por conseguinte, define-se *double caregivers* os adultos que desempenham o papel de cuidadores formais e informais, simultaneamente cuidam de familiares idosos/pais idosos ou filhos. Relativamente aos designados *triple caregivers*, estes adultos desempenham o papel de cuidadores formais e informais, simultaneamente cuidam de filhos e dos seus pais idosos/familiares idosos (DePasquale *et al.*, 2016).

DePasquale e colaboradores (2016) realizaram um estudo recorrendo a dados do *Work, Family, and Health Study* (WFHS), com uma amostra de 1.399 mulheres que trabalham em lares de idosos nos Estados Unidos da América, com uma média de idade de 38,7 anos, 67% ocupavam cargos como assistentes de enfermagem certificadas e enfermeiras registadas e 28% enfermeiras práticas licenciadas. Este estudo teve como objetivo analisar as implicações psicossociais dos cuidados a crianças em *double caregiving*, os cuidados a idosos em *double caregiving* e os cuidados em *triple caregiving*. Os resultados permitiram verificar que os *double caregivers* que cuidavam de crianças apresentavam menos stress (stress primário subjetivo), comparativamente com os *double caregivers* que cuidavam de adultos mais velhos e os *Triple caregivers*. Já os *triple caregivers* eram os que apresentavam piores indicadores de bem-estar psicossocial em relação à ausência de cuidados familiares. Os participantes em condição de *triple caregiving*, apresentaram também maior sofrimento psicológico e conflito entre trabalho-família comparativamente aos *double caregivers* que cuidavam de crianças. Os *double caregivers* que prestavam cuidados a idosos apresentaram maior sofrimento psicológico comparativamente com os *double caregivers* que prestam cuidados a crianças. Relativamente aos *double caregivers* de idosos e os *triple caregivers* não diferiram significativamente em nenhum dos indicadores psicossociais. Os autores salientam que sendo as mulheres consideradas como as principais cuidadoras, que combinam papéis de cuidado informais e formais, representam uma população muito pouco estudada. Uma vez que o envelhecimento da população é uma realidade, deve priorizar-se o aumento da investigação sobre o *double* e *triple caregiving*, dado ao número crescente de cuidadores que trabalham (DePasquale *et al.*, 2016).

Num outro estudo realizado por DePasquale e colaboradores (2017), no âmbito dos cuidados em *double* e *triple caregiving*, com uma amostra de 823 participantes (mulheres com idade média de 47 anos e os homens de 45 anos) que desempenhavam diversos papéis de prestação de cuidados à família (em condição de *double* ou *triple caregiving*) e outros que não eram prestadores de cuidados, na divisão de tecnologia da informação, na condição profissional

de White Collar. De acordo com os principais resultados pode verificar-se que os profissionais que prestavam cuidados à família demonstraram maior stress primário (relacionado com as dificuldades da prestação de cuidados), comparando com os profissionais que não eram prestadores de cuidados. A prestação de cuidados em *double caregiving* a pessoas idosas e cuidados em *triple caregiving* foram associados a maior sofrimento psicológico. No que diz respeito ao stress secundário (é influenciado por fatores de stress primário, surge como resultado da exigência da prestação de cuidados), não se verificaram diferenças significativas entre os profissionais que não prestavam e os que prestavam cuidados. No que concerne às diferenças de género, os homens apresentaram níveis menores de sofrimento psicológico e mais apoio do parceiro, enquanto as mulheres apresentaram maiores níveis de sofrimento psicológico e menor apoio do parceiro. Casais que possuíam dois salários estavam associado a um menor sofrimento psicológico e stress percebido, ter mais anos de idade foi associado a menor sofrimento psicológico. Os autores concluíram que os profissionais que desempenham o papel de cuidadores experienciam a interface trabalho-família de forma distinta comparativamente com os profissionais que não são prestadores de cuidados. Referem ainda que as diferenças de género são evidentes na exposição dos prestadores de cuidados ao stress secundário.

Pode concluir-se que a meia-idade constitui no período de vida caracterizado por uma multiplicidade de papéis, nomeadamente o de cuidador. No entanto, a investigação associada à meia-idade, comparativamente com outros períodos de vida, é ainda muito escassa. Pode dizer-se o mesmo relativamente aos *double e triple caregivers*, embora este grupo específico de adultos de meia-idade desempenhem papéis fundamentais em relação ao cuidado às outras gerações. A conciliação de papéis no âmbito do cuidar com outros papéis pode tornam-se numa tarefa mais exigente e de sobrecarga para estes adultos, tendo impacto no seu bem-estar. Uma vez que foi possível verificar, tendo por base estudos prévios, que estes adultos tendem a experienciar maiores níveis de stress, exaustão emocional e sofrimento psicológico (DePasquale, *et al.*, 2017; DePasquale *et al.*, 2016).

2. Bem-estar

O conceito de bem-estar surgiu pela primeira vez na tese de Wilson (1967) sobre duas hipóteses do bem-estar, onde relacionou os conceitos de satisfação e de felicidade (Galinha & Ribeiro 2005). O bem-estar tem sido apontado como um dos principais indicadores da qualidade desenvolvimental, constituindo uma área de investigação crescente (Ryff, 2017). Trata-se de um

constructo complexo, amplo e difícil de operacionalizar (Diener, 1996). Já nas primeiras civilizações, até mesmo antes disso, as pessoas questionavam-se sobre a natureza de uma “boa vida” (Diener & Ryan, 2009). Desde a Grécia Antiga que os filósofos, como o Aristóteles, tentavam desvendar o enigma da existência da felicidade (Siqueira & Padovam, 2008).

Tendo em consideração a primeira referência ao bem-estar subjetivo na década de 60, o termo bem-estar esteve associado a estudos sobre a economia, que deu origem ao conceito de bem-estar material ou económico. O bem-estar estava assim inteiramente associado aos rendimentos. A sua avaliação era feita através dos rendimentos da pessoa e do seu poder de compra (Galinha, 2008). Ainda na década de 60, o conceito de bem-estar extrapolou a dimensão de bem-estar económico/material e assumiu uma dimensão mais global, em que se considera o bem-estar como um todo (bem-estar global), tal levou à valorização de outras dimensões da vida pessoal (Novo, 2003). O *boom* do bem-estar subjetivo na investigação deu-se a partir das décadas de 70 e 80 do século passado, constituindo-se num campo de estudo recente no domínio da Psicologia Positiva. Centra-se no estudo dos fatores e os processos que dizem respeito à variabilidade da felicidade e da satisfação com a vida avaliadas pelas próprias pessoas. Trata-se de um conceito multifacetado que agrega uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, podendo ser acedido em vários níveis de análise (Galinha, 2008).

Na década de 70, considerando a segunda revolução da saúde, o conceito de bem-estar surge associado à saúde e generaliza-se à saúde mental, com influência do Modelo Biopsicossocial da saúde mental que inclui uma abordagem integral e holística. Surgem assim, diversas definições de bem-estar associados à saúde (Galinha & Ribeiro 2005).

Já na década de 80, o conceito de bem-estar estrutura-se em duas perspetivas, sendo elas: o bem-estar psicológico (bem-estar eudaimónico) e o bem-estar subjetivo (bem-estar hedónico) (Siqueira & Padovam, 2008). Estas duas perspetivas integram a dimensão positiva da saúde mental (Galinha, 2008).

O bem-estar subjetivo centra-se numa perspetiva hedónica, ou seja, na identificação do nível de felicidade e de satisfação dos indivíduos e procura identificar as condições socioeconómicas, políticas e culturais que lhes estão associadas (Novo, 2005). O facto de a pessoa sentir que a sua vida é desejável, independentemente daquilo que os outros pensam, deu origem ao bem-estar subjetivo (Diener & Ryan, 2009). Assim sendo, este conceito refere-se exatamente ao facto de a pessoa subjetivamente acreditar que a sua vida é uma vida desejável, boa e agradável. Deve-se à forma como as pessoas avaliam as suas vidas, e inclui variáveis como a satisfação com a vida, satisfação conjugal, ausência de depressão e ansiedade, presença de humor e emoções positivas (Diener & Ryan, 2009). A ideia de bem-estar subjetivo ou a felicidade suscita curiosidade nos investigadores há milénios (Diener *et al.*, 1997). Os cientistas começaram

a estudar o bem-estar, concentrando-se cada vez menos em decidir o que é mais desejável, mas focando-se essencialmente em compreender os antecedentes e as consequências do bem-estar subjetivo (Diener & Ryan, 2009).

O bem-estar subjetivo é considerado uma dimensão positiva da saúde (Galinha & Ribeiro, 2005), constituído por valores, necessidades, crenças e expectativas pessoais (Novo, 2005). Trata-se de um conceito complexo, e integra uma dimensão cognitiva em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de satisfação com a vida; e uma dimensão emocional, positiva ou negativa, expressa também em termos globais, de felicidade, ou em termos específicos, através das emoções (Galinha & Ribeiro, 2005). O modelo do bem-estar subjetivo é composto por três componentes que estão interrelacionados, mas que são separados, o afeto positivo (frequência de emoções positivas), o afeto negativo (frequência de emoções negativas) e a satisfação com a vida global, a avaliação cognitiva positiva da vida pessoal como um todo (McCullough *et al.*, 2000).

O bem-estar psicológico surgiu na década de 80 e teve o seu auge no âmbito do trabalho desenvolvido nos Estados Unidos da América, que tem por base a perspetiva eudaimónica do bem-estar (Ryff, 1989). O bem-estar psicológico tem as suas raízes no pensamento clássico desenvolvido por Aristóteles relativamente à eudaimonia ou felicidade entendida como a atividade da alma dirigida pela virtude e orientada para a perfeição e para a realização pessoal do verdadeiro *self* (*daimon*) (Novo, 2005). Aristóteles considerava a felicidade como um ideal vulgar, tornando os humanos escravos dos seus desejos. A verdadeira felicidade é encontrada na expressão da virtude, em fazer o que vale a pena (Deci & Ryan, 2001). Tendo em consideração a visão de Aristóteles, Fromm (1981) argumenta que para alcançar o bem-estar é necessário efetuar uma distinção entre as necessidades/desejos que o ser humano sente subjetivamente e cuja a satisfação se deve apenas a um prazer de momento. No entanto, as necessidades que estão enraizadas na natureza humana em que a sua realização direciona para o crescimento humano e origina a eudaimonia, traduz-se no bem-estar.

De acordo com Ryan e Deci (2001), a eudaimonia não considera que o bem-estar está associado à felicidade. As teorias associadas à eudaimonia sustentam a ideia de que nem todos os desejos e resultados que a pessoa valoriza, trariam para si bem-estar quando assim alcançados. Até que os mesmos possam originar algum prazer, alguns resultados poderão não ser tão agradáveis para a pessoa e não irão promover o seu bem-estar. Posto isto, esta perspetiva eudaimónica considera que a felicidade subjetiva não pode ser igualada ao bem-estar. Esta perspetiva eudaimónica do bem-estar enquadra-se na procura do desenvolvimento e na ética implícita à procura de gratificação diferida (Novo, 2005). Concentra-se no significado

e na auto-realização define o bem-estar em termos do grau em que a pessoa está a funcionar plenamente (funcionamento ótimo) (Deci & Rayn, 2001).

Ryff (1989) apresentou o conceito de bem-estar composto por seis componentes do bem-estar psicológico, que mais tarde foi reformulado e reorganizado por Ryff e Keyes (1995). O Modelo Eudaimônico do Bem-estar Psicológico apresentado por Ryff, centra-se na realização do potencial humano (Ruini & Ryff 2016). Segundo Ryff (1989), este modelo condensa contributos teóricos de diversos autores que investigam a saúde mental positiva. As teorias que se destacam dizem respeito à auto-realização (Maslow, 1968); fenómenos da individualização (Jung, 1933); maturidade (Allport, 1961); visão teórica sobre o desenvolvimento humano (estádios de desenvolvimento e mudanças da personalidade na idade adulta e velhice) (Erikson, 1959; Neugarten 1973); saúde mental (Jahoda, 1958); e funcionamento completo (Rodgers, 1961). As concepções teóricas de bem-estar psicológico são fortemente construídas sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida (Siqueira & Padovam, 2008). Segundo o Modelo Eudaimônico do Bem-estar Psicológico, o bem-estar está associado a seis dimensões do *self*: *Aceitação de si*, *Relações positivas com os outros*, *Autonomia*, *Domínio do meio*, *Objetivos na vida* e *Crescimento pessoal* (Ryff, 1995).

Primeiramente, a **dimensão *Aceitação de si*** que é considerada um aspeto fulcral da saúde mental, diz respeito a uma característica de autoconhecimento, funcionamento ótimo e maturidade (Ryff, 1989). As teorias do ciclo de vida revelam a importância da aceitação de si, assim como da vida passada (Ryff, 2017). Esta dimensão envolve assim a consciência e a aceitação dos aspetos positivos e negativos da própria pessoa (Ryff 2017). Em suma, manter atitudes positivas em relação a si surge como uma característica central do funcionamento psicológico positivo (Ryff 1989).

Partindo para a **dimensão *Relações positivas com os outros***, deve-se facto do indivíduo possuir e manter relações interpessoais de qualidade, fortes sentimentos de empatia, afeto, intimidade e a capacidade de amar (Ryff, 2014). O desejo de se relacionar e de desenvolver relações afetuosas e calorosas com os outros é visto como um critério de maturidade (Ryff, 2017). Conclui-se que as relações positivas com os outros são extremamente importantes na vida do ser humano, mais especificamente no que diz respeito ao seu bem-estar psicológico (Ryff, 1989).

A dimensão ***Autonomia*** relaciona-se com a autodeterminação, independência e a regulação de comportamentos (Ryff, 1989). O indivíduo é capaz de resistir às pressões sociais para pensar e agir de determinada forma (Ryff, 2017). Autoavalia-se de acordo com os seus padrões internos, não tendo a necessidade de recorrer à aprovação de terceiros (Ryff, 1989).

Em relação ao **Domínio do meio** refere-se à capacidade do indivíduo escolher ou criar ambientes adequados às suas condições psíquicas, necessidades e desejos pessoais (Ryff, 1989). A capacidade do indivíduo de se adaptar e desenvolver face ao contexto em que se encontra é exigida ao longo da sua vida e está associada à maturidade (Ryff, 1989). As teorias do ciclo de vida enfatizam a importância de a pessoa ser capaz de controlar e manipular ambientes considerados mais complexos, em particular na meia-idade, uma vez que nessa etapa da vida se assumem vários papéis (Ryff, 2017).

No que se refere à dimensão **Objetivos na vida**, o facto de possuir crenças que originam um sentido de propósito e sentido de vida faz parte da saúde mental positiva (Ryff, 2017). Os propósitos ou objetivos de vida encontram-se em constante mudança ao longo da vida (Ryff, 2017). Neste sentido, o funcionamento ótimo deve-se à existência de objetivos, intenções, que deem um sentido de direção à vida, o sentir que a vida tem um significado (Ryff, 1989).

Por último, o **Crescimento pessoal** diz respeito à autorrealização do potencial pessoal. Para o funcionamento psicológico ideal é necessário atingir as dimensões anteriormente apresentadas, mas é igualmente importante que a pessoa continue a desenvolver o seu próprio potencial, com o objetivo de crescer e evoluir enquanto pessoa. A necessidade de melhorar e compreender as suas potencialidades é central para o crescimento pessoal (Ryff, 1989). O indivíduo deve estar continuamente a desenvolver-se, ao contrário de atingir um estado fixo no qual todos os problemas são resolvidos (Ryff, 1989). De acordo com a mesma fonte, a abertura à experiência é considerada uma característica fundamental para um funcionamento ótimo. As teorias do desenvolvimento revelam a importância de a pessoa enfrentar positivamente os desafios que possam surgir ao longo da vida (Ryff, 2017).

Em síntese, o bem-estar psicológico inclui avaliações positivas de si próprio e da vida passada, uma sensação de crescimento e desenvolvimento contínuo como pessoa, a crença de que a vida tem um objetivo e um significado, o facto de possuir relações de qualidade com os outros, a capacidade de gerir de forma eficaz a vida e o mundo que nos rodeia e um sentido de autodeterminação (Ryff & Keys, 1995). O bem-estar eudaimónico não é apenas uma questão de florescimento psicológico e autorrealização, é também fundamental para a saúde. Cada vez mais se reconhece que o bem-estar desempenha um papel de proteção contra doenças, deficiências, e mortalidade precoce, através da otimização, regulação de múltiplos sistemas neurológicos e fisiológicos (Ryff, 2013).

Progridir nas tarefas desenvolvimentais que ocorrem no ciclo de vida tem sido associado a maior bem-estar, o bem-estar muda à medida que a pessoa enfrenta os acontecimentos/desafios da vida adulta, um maior envolvimento nos papéis demonstrou ter

impacto positivo no bem-estar Ryff, (2014). A parentalidade está associada a um aumento do bem-estar, especialmente se os filhos se encontram bem. A experiência parental tem sido associada amplamente ao bem-estar na vida adulta, o cuidar dos filhos torna-se mais desafiador para o bem-estar das mães comparativamente com os pais (Ahrens & Ryff, 2006). O estado civil demonstra ter também impacto no bem-estar, verifica-se que os casados têm vantagem no que diz respeito ao bem-estar total comparativamente aos divorciados ou solteiros (Bevino & Sharkin, 2003). No entanto, as mulheres solteiras demonstraram valores mais elevados em *Autonomia* e *Crescimento pessoal* comparativamente com as mulheres casadas (Bevino & Sharkin, 2003). A transição para o divórcio e a viuvez têm sido também associadas ao declínio do bem-estar, particularmente nas mulheres (Bevino & Sharkin, 2003). Globalmente, a vida familiar parece ter um grande impacto no bem-estar eudaimónico na idade adulta (Ryff, 2014). Ajudar os membros da família tem sido associado a níveis mais elevados de autoaceitação e relações positivas nos homens, no entanto, nas mulheres a ajuda geral aos outros tem sido associada a valores mais elevados de *Objetivos na vida* e *Autoaceitação* (Schwartz *et al.*, 2003). Existem também evidências de que a forma como se gere a vida familiar e profissional tem um grande impacto no bem-estar, o conflito entre estes dois domínios prejudica o bem-estar da pessoa (Ryff, 2014).

O bem-estar dos adultos que se encontram na meia-idade está dependente da sua capacidade para responder às necessidades que vão surgindo (Lachman, 2015). Na meia-idade, o *Crescimento pessoal* e os *Objetivos na vida* estão associados a valores elevados de bem-estar psicológico (Ryff, 1995). No entanto, estas duas dimensões atingem o auge entre os 30 e os 49 anos de idade (Novo *et al.*, 1997), com o envelhecimento entram em declínio, enquanto a *Autonomia* e as *Relações positivas com os outros* se encontram em ascensão (Ryff, 1995). O declínio dos objetivos na vida não significa que não seja valorizada pelos adultos de meia-idade e pelos adultos mais velhos, mas sim que, definir metas a alcançar, ter objetivos a cumprir, podem não constituir fatores de bem-estar tão importantes quanto foram em idade anteriores (Novo *et al.*, 1997). Associadamente, e como já referido anteriormente, verifica-se que os adultos mais velhos apresentam níveis mais baixos na dimensão *Objetivos na vida* e *Crescimento pessoal* em comparação com os adultos de meia-idade (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995), estes resultados sugeriram possíveis vulnerabilidades por parte dos adultos mais velhos, possivelmente ligadas à perda de papéis e relacionamentos significativos, assim como o declínio da saúde física (Ruini & Ryff, 2016).

A escolaridade demonstra ter um impacto positivo em relação a todas as dimensões do bem-estar psicológico, no entanto, este impacto é mais significativo em relação ao *Crescimento*

peçoal e aos *Objetivos na vida*. Associadamente, maiores níveis de escolaridade podem estar associados a um maior estatuto socioeconómico, que está relacionado com uma maior facilidade no acesso a bens e serviços relevantes para o bem-estar psicológico (Ryff & Singer, 2008).

Num estudo realizado por Novo e colaboradores (1997), com uma amostra portuguesa, a dimensão domínio do meio é a dimensão que ocupa uma posição inferior na hierarquia das diferentes escalas. Estes resultados podem indicar que o sentido de domínio e de competência na forma como se lida com o meio, assim como a capacidade para conceber contextos que se adequam aos valores e necessidades pessoais e usar efetivamente as capacidades para modificar o contexto em que se vive, devem-se a aspetos em que caracterizam as maiores dificuldades na conquista do bem-estar pessoal. De modo geral, estas dificuldades são sentidas em todas as idades.

De um modo geral, a meia-idade é um período de saúde mental geralmente positiva (Ryff e Singer, 2008; Lachman, *et al.*, 2008; Ryff, 2017; Lachman, 2015). No entanto, alguns estudos apontam para níveis reduzidos de bem-estar neste período de vida (Stone *et al.*, 2010; Ulloa *et al.*, 2013). À luz da investigação existe fenómeno designado de Curva em U do bem-estar, ou seja, o bem-estar aumenta até atingir o seu pico em adultos na casa dos 20 anos de idade, vai diminuindo até chegar ao seu ponto mais baixo na meia-idade e depois volta a aumentar até à velhice (Blanchflower & Oswald, 2008). Paralelamente, defende-se que este fenómeno não é suficientemente robusto e não pode ser generalizado, está relacionado com ideias pré-concebidas e estereotipadas a cerca da meia-idade, como é o caso da crise de meia-idade (Galambos *et al.*, 2020).

Abordar as necessidades de bem-estar e saúde mental dos adultos de meia-idade, é extremamente importante, sendo que não só os adultos de meia-idade têm impacto no bem-estar daqueles que cuidam, mas também o seu próprio bem-estar é afetado pelas circunstâncias daqueles que os rodeiam (Lachman, 2015; Lachman *et al.*, 2015). As relações positivas com os outros, especialmente os pais, o conjugue e os filhos, são considerados um dos principais fatores de bem-estar na meia-idade (Lachman, 2004).

Sampaio (2022) realizou um estudo exploratório com o objetivo de explorar as relações entre resiliência e bem-estar psicológico em adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving* que trabalham em respostas sociais de retaguarda à velhice. Neste estudo participaram 44 pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 59 anos, maioritariamente mulheres. Consoante os resultados apesar de não se confirmarem diferenças estatisticamente

significativas, os participantes que exerciam apenas a profissão de cuidadores formais apresentaram melhores resultados referentes ao bem-estar psicológico quando comparados com os participantes que são cuidadores formais e em simultâneo estão em condição de *double* e *triple caregiving*. Os resultados permitiram verificar ainda que os adultos com idades compreendidas entre os 46 ou mais anos apresentaram melhores resultados relativamente ao bem-estar psicológico e resiliência, quando comparados com os adultos mais jovens com idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos. Relativamente às dimensões do bem-estar-psicológico, na amostra global verificaram-se pontuações mais elevadas no que diz respeito às dimensões *Crescimento pessoal*, *Aceitação de si* e pontuações mais baixas em relação às dimensões *Domínio do meio* e na *Autonomia*.

Num estudo realizado por Matud e colaboradores (2019), com objetivo de analisar a relevância do género no bem-estar psicológico na idade adulta, em que participaram de 1.700 homens e 1.700 mulheres da população espanhola, com idades entre os 21 aos 64 anos os resultados indicaram que os homens pontuaram mais alto que as mulheres no que diz respeito à *Autoaceitação* e *Autonomia*. No entanto, as mulheres pontuaram mais alto que os homens no que respeita o *Crescimento pessoal* e *Relações positivas com os outros*.

Hodgdon e Wong (2021) realizaram um estudo com 180 cuidadores filiais (*Double caregivers*) e cuidadores que cuidavam das duas gerações em simultâneo (*Triple caregivers*). Os resultados indicaram que os participantes eram maioritariamente mulheres casadas, verificou-se os participantes em condição de *double caregiving* foram associados a menor escolaridade quando comparados com os participantes em condição de *triple caregiving*. Os *triple caregivers* apresentavam maior afeto negativo e menor afeto positivo, assim como menor bem-estar psicológico e menor bem-estar global em comparação com os cuidadores filiais. Embora os resultados das análises de regressão demonstraram que o efeito principal do tipo de cuidador não diferenciou significativamente os aspetos de bem-estar, os autores consideram que tal se pode dever ao facto dos cuidadores não serem influenciados apenas pelo seu papel de cuidador, mas também pela interconexão dos diferentes domínios da vida, por exemplo, trabalho e família. Este aspeto demonstra a importância dos fatores contextuais nas associações entre o tipo de cuidador e os aspetos do bem-estar. Relativamente ao papel moderador das repercussões do trabalho-família em aspetos do bem-estar, verificou-se que os *triple caregivers* apresentavam mais repercussões negativas, com maiores níveis de afeto negativo, menor bem-estar psicológico e menor bem-estar global quando comparados com os cuidadores filiais. Os autores consideram que estes resultados podem dever-se ao facto de os cuidadores que prestam cuidados simultâneos a filhos e pais idosos podem não possuir recursos suficientes e

adequados para enfrentar os desafios que lhe são impostos, e como consequência tem implicações no bem-estar destes cuidadores.

Em forma de conclusão, pode constatar-se que o bem-estar é um conceito complexo, difícil de definir. Verifica-se que as dimensões de *crescimento pessoal* e *Objetivos na vida* atingem o seu auge na meia-idade, entrando em declínio com o envelhecimento, já a dimensão *domínio do meio* diz respeito à que apresenta valores mais baixos em todas as faixas etárias (Novo *et al.*, 1997; Ryff, 1995). Parece também que a capacidade de ultrapassar com sucesso os desafios que podem ocorrer nesta etapa da vida é considerado um aspeto positivo face ao bem-estar psicológico.

As relações familiares e o papel de cuidador demonstram ter um papel importante no bem-estar na vida adulta. As relações familiares são consideradas como uma das principais fontes de bem-estar. À luz da investigação parece que cuidar de membros da família tem sido associado a níveis mais elevados, em algumas dimensões, de bem-estar, especificamente *aceitação de si* e *relações positivas* nos homens, e *objetivos na vida* e *aceitação de si* nas mulheres (Ryff, 2014). No entanto, cuidar em simultâneo de dois familiares, os cuidados prestados em *triple caregiving*, pode acarretar consequências menos positivas para o bem-estar psicológico, uma vez que se verificou no estudo de Hodgdon e Wong (2021) que estes adultos, comparativamente aos *double caregivers*, revelaram níveis mais baixos de bem-estar psicológico. Pode assim constar-se que a experiência de cuidar parece ter impacto no bem-estar psicológico na meia-idade, sendo de extrema relevância aprofundar este tema.

3. Vinculação

A teoria da vinculação foi desenvolvida por Bowlby (1969/1982) demonstra como na primeira infância a convivência com as figuras parentais atentas, atenciosas e solidárias criam e solidificam representações mentais positivas nas crianças acerca de si e dos outros. Esta teoria revolucionou o pensamento sobre os laços afetivos entre a criança e a sua figura de vinculação e a ruptura do mesmo laço por separação, privação e luto (Bretherton, 1992). Bowlby (1979) teve como principal objetivo explorar a capacidade de o ser humano desenvolver com os outros laços afetivos fortes, e esclarecer as formas distintas de sofrimento emocional que poderá surgir quando esses laços são rompidos.

Ainsworth e colaboradores (1978) definem a vinculação como o vínculo emocional entre a figura de vinculação e a criança, recíproco e duradouro em que cada um contribui para a qualidade da relação. Consiste num estado interno do ser humano, um desejo consciente de estar fisicamente próximo de outra pessoa cuja presença suscita sentimentos de segurança emocional e conforto, a separação origina sentimentos de angústia (Ainsworth, 1985). A figura de vinculação é a base segura a partir da qual a criança pode explorar o mundo e assegurar a satisfação das suas necessidades (Cicirelli, 1993). Quando a criança se sente segura e confortável na presença da figura de vinculação desenvolve vinculação segura, assim como um modelo interno de trabalho/representação mental dessa figura de vinculação como responsiva e solidária (Bowlby, 1982). A função biológica atribuída ao sistema de vinculação é a proteção/segurança, a segurança contribui para o desenvolvimento emocional da criança, para que esta aprenda a regular as suas emoções (Ainsworth *et al.*, 1978). No que respeita à qualidade das primeiras relações de vinculação, estas dependem do grau de confiança que a criança tem na sua figura de vinculação como fonte de segurança (Ainsworth *et al.*, 1978).

O ser humano está equipado com vários sistemas comportamentais: sistema comportamental de vinculação, sistema comportamental do cuidado e o sistema comportamental de exploração (Shaver *et al.*, 2016). Para Bowlby (1980), os seres humanos estão programados para se ligarem emocionalmente com os outros.

Como já referido, a qualidade da relação estabelecida entre a figura de vinculação e a criança tem o seu correlato na qualidade da vinculação, sendo identificados três tipos de padrão ou estilo de vinculação. No que concerne ao padrão de vinculação seguro, considerado o mais frequente e normativo, corresponde a bebés/crianças que se mostram confiantes relativamente à disponibilidade da sua figura de vinculação quando surge alguma necessidade (Machado, 2009). A criança vê a sua figura de vinculação como a sua base segura, que lhe fornece proteção e segurança. Quando experimenta situações de perigo ou ameaça é a ela que recorre. Verifica-se que esta relação entre a figura de vinculação e a criança promove a exploração e a autonomia

da criança (Ainsworth *et al.*, 1978). Já no padrão de vinculação inseguro evitante, as crianças/bebés demonstram ignorar ou evitar a sua figura de vinculação em momentos de stress (Machado, 2009). Em situações de stress ou em que a criança se sente em perigo, a figura de vinculação não é vista como uma base segura que fornece proteção/conforto (Ainsworth *et al.*, 1978). Relativamente ao padrão inseguro ambivalente/resistente, os bebés/crianças oscilam entre a aproximação e evitamento da figura de vinculação. A criança não se sente confortável na presença da figura de vinculação (Machado, 2009).

A confiança da criança na disponibilidade da figura de vinculação quando necessita dela é maioritariamente determinada pelas primeiras experiências (Bartholomew, 1990). A dimensão do comportamento materno tem uma forte relação com o tipo de vinculação desenvolvido e a sensibilidade relativamente aos sinais da criança (Ainsworth *et al.*, 1978).

As representações de vinculação exercem influência "do berço até ao caixão" (Bowlby, 1979, p. 129). Ao longo do desenvolvimento, o ser humano terá outras figuras de vinculação, nomeadamente parceiros românticos e amigos íntimos na vida adulta (Bretherton & Munholland, 2008). Embora sejam desenvolvidas outras relações de vinculação secundárias ao longo da vida, a relação de vinculação da criança à sua mãe ou ao seu cuidador principal é mantida durante todo o período da vida adulta (Cicirelli, 1993). Segundo Bowlby (1969), as relações de vinculação são importantes ao longo de todo o ciclo de vida, contudo a ativação deste sistema é mais evidente durante a infância e a adolescência. No entanto, pode ser observado ao longo de todo o ciclo de vida, especialmente em situações de emergência, e é considerado como uma parte integrante da natureza humana.

A vinculação na idade adulta tende a ser moderadamente estável ao longo do tempo, no entanto, poderão existir mudanças em resposta a certos acontecimentos relevantes para a vinculação, como a terapia ou experiências que desafiam a organização/estilo de vinculação (Simpson & Karantzas, 2019).

De acordo com Hazen e Shaver, (1987), também na vida adulta podemos falar de estilos ou padrões de vinculação, identificando três estilos de vinculação: vinculação segura, vinculação Insegura-ansiosa e vinculação insegura-evitante. A **vinculação segura**, está associada a sentimentos de positivos sobre si, sentimentos de confiança perante si mesmo e para com os outros, não têm dificuldades na proximidade com os outros, sentem-se confortáveis com a interdependência e sentem maior satisfação nos relacionamentos. Não se preocupam com o facto de serem abandonados. Os adultos com **vinculação insegura-ansiosa** possuem sentimentos menos positivos sobre si, são mais instáveis nas relações, possuem um medo constante em serem abandonados e estão numa constante procura pela aprovação dos outros.

Demonstram um desejo de se relacionarem com um parceiro, no entanto, em simultâneo revelam medo de não serem amados o suficiente, não se sentem seguros face aos sentimentos que o outro tem por si, e existe uma necessidade excessiva de estar próximo do outro. Já os adultos com **vinculação insegura-evitante** sentem-se pouco à vontade quando estão perto das outras pessoas e têm dificuldade em confiar, ficam nervosos quando alguém se aproxima, são inconstantes nas suas emoções e sentem medo relativamente à intimidade, é difícil permitir-se depender de alguém. São inconstantes nas suas emoções e possuem uma visão negativa face aos outros.

O trabalho desenvolvido por estes autores é fundamental para compreender de que forma a vinculação na infância é relevante no que se refere às relações na idade adulta. O desenvolvimento deste trabalho deu origem à construção do instrumento Loving/Working: Are They Related? (Hazan & Shaver, 1990), com o objetivo principal de avaliar o estilo de vinculação adulta. Este instrumento já se encontra validado para a população portuguesa Medida Categorical do Estilo de Vinculação (Hazan & Shaver, 1990; versão portuguesa de Fonseca & Soares, 2005). Num estudo de Fonseca e colaboradores (2006), os principais resultados indicaram que 67,4% dos participantes se identificava com um estilo de vinculação segura, 32,6% como vinculação insegura, dos quais, 17,2% se identificaram como ansiosos/ambivalentes e 15,4% como evitantes.

Smith (2022) refere que os estilos de vinculação na vida adulta têm influência na forma como os adultos se relacionam com os outros, uma vez que dizem respeito ao modelo que o ser humano desenvolve para o seu conceito do que esperar das relações e de como se comporta nelas. Embora o estilo de vinculação não signifique uma sentença para a vida da pessoa, torna-se, porém, a base para a forma como se relaciona com as outras pessoas. No entanto, a autora defende que é importante a pessoa compreender alguns dos ciclos em que se sente presa na idade adulta.

Outro aspeto da teoria da vinculação relevante na vida adulta deve-se à relação entre a vinculação e o comportamento protetor em relação à figura de vinculação. Ou seja, o fato da perda dos pais aumentar no final da meia-idade, desperta no filho adulto a necessidade de os proteger, uma vez que continuam a ser uma fonte de segurança emocional. Como forma de tentar adiar a eventual perda dos pais, o maior tempo possível, os comportamentos de vinculação na idade adulta podem assim ser manifestados através de um comportamento protetor que é demonstrado através da ajuda e cuidado aos seus pais (Cicirelli, 1988; Cicirelli, 1993). Uma vinculação segura do filho adulto aos pais idosos revela uma maior predisposição e compromisso para cuidar (Cicirelli, 1993). Paralelamente, a vinculação segura está associada a

uma maior predisposição dos adultos para assumir papéis no âmbito dos cuidados formais e informais (Foncesa *et al.*, 2006; Cicirelli, 1993; Cicirelli, 1998; Shaver *et al.*, 2016).

Segundo Fonseca (2006), os adultos com um estilo de vinculação segura no âmbito da prestação de cuidados, são recíprocos, respondem às adversidades sentidas por si e pelo outro, cuidam e permitem serem cuidados numa alternância de papéis que se adequa ao contexto relacional. Já os adultos com um estilo de vinculação ansiosa frequentemente estabelecem relações assimétricas em termos de cuidados, cuidar ou ser cuidados de forma mais ou menos compulsiva, com uma baixa flexibilidade cognitiva/emocional para a alternância de papéis. Podem também possuir algumas características necessárias para cuidar de forma mais eficaz (expressar emoções e conforto com intimidade e proximidade física). No entanto, os seus défices na autorregulação fazem com que se tornem mais vulneráveis ao sofrimento pessoal, que interfere no cuidado sensível e responsivo (Shaver *et al.*, 2016). Por último, para os adultos com um estilo de vinculação evitante cuidar e ser cuidado é algo que tendem a evitar, sendo que consideram uma dependência desagradável (Fonseca, 2006). O seu desconforto com a expressão de necessidade e dependência pode fazer com que se afastem. Como resultado, estes adultos podem tentar separar-se emocional e fisicamente da pessoa que necessita de cuidados, podem até sentir-se superiores. Em alguns casos, podem ocorrer as atitudes cínicas ou hostis por parte destes adultos (Shaver *et al.*, 2016).

O comportamento dos adultos cuidadores está associado ao estilo de vinculação, os estilos de vinculação insegura envolvem um nível de autocontrolo, autofoco e proteção que interfere na atenção face às necessidades dos outros (Ainsworth *et al.*, 1978).

Crispi e colaboradores (1997) evidenciam que o estilo de vinculação segura estava associado a níveis mais baixos de dificuldade na prestação de cuidados comparativamente àqueles que possuíam vinculação insegura. Filhos cuidadores com vinculação segura, perante eventos stressantes, mantinham-se mais calmos, ao contrário do que acontecia com filhos cuidadores com estilos de vinculação inseguros. O estilo de vinculação preocupado foi associado a maior sobrecarga e desgaste no âmbito da prestação de cuidados aos seus pais. Os autores indicam que face a estes resultados, a ideia de que o estilo de vinculação seguro protege o indivíduo em alguns momentos mais difíceis que podem ocorrer na sua vida é suportado, a vinculação segura parece proteger cuidador de algumas das tensões que a prestação de cuidados pode provocar.

Parece existir uma consistência baseada na literatura relativamente à adversidade e a adaptação positiva como dois pilares importantes da resiliência além disso, a vinculação segura pode ser considerada um pré-requisito para existir uma adaptação positiva, o que indica o papel importante da vinculação face à resiliência (Rasmussen *et al.*, 2019). Os mesmos autores

apontam ainda que A vinculação segura é importante na construção da resiliência que pode reduzir o risco de resultados adversos na vida adulta numa pessoa que tenha enfrentado adversidades na infância. As experiências da vinculação ao longo da vida são muito importantes para prever o funcionamento global e a qualidade dos relacionamentos de vinculação na idade adulta

A empatia revela-se também numa capacidade central no âmbito da prestação de cuidados. A empatia deve-se a uma experiência de conexão afetiva com as emoções de outra pessoa, juntamente com um sentimento de preocupação com o seu bem-estar. A capacidade empática está relacionada com a vinculação segura (Shaver *et al.*, 2016). Um estudo realizado por Martins, (2011) onde participaram 533 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 17 e os 53 anos de idade, tendo por objetivo de analisar a empatia em estudantes universitários. Face aos principais resultados verificou-se que os participantes do género feminino revelaram ser mais empáticas comparativamente aos homens. No que se refere à relação entre os estilos de vinculação e a empatia, a vinculação segura apresenta valores médios superiores de empatia.

A investigação sustenta que a vinculação está fortemente associada ao bem-estar na idade adulta, os estilos de vinculação inseguros estão associados a níveis mais altos de ansiedade e transtornos depressivos (Davis *et al.*, 2016)

Num estudo realizado por Karreman e Vingerhoets (2012), com o objetivo de compreender as associações entre os estilos de vinculação e o bem-estar psicológico, testando os possíveis papéis mediadores da regulação emocional e da resiliência numa amostra de 632 participantes, com idades compreendidas entre os 16 aos 67 anos, verificou-se que os estilos de vinculação segura foram associados a maior bem-estar, enquanto o estilos de vinculação insegura foram associados a menores níveis de bem-estar. Face a estes resultados pode constatar-se que as pessoas diferem no bem-estar psicológico em função do estilo de vinculação.

Davis e colaboradores (2016) realizaram um estudo com 167 participantes, com idades entre os 18 aos 72 anos, com o objetivo de investigar a relação entre os padrões de vinculação, bem-estar e *mindfulness*. Os principais resultados indicaram que o bem-estar estava fortemente associado ao estilo de vinculação, pessoas com o estilo de vinculação segura revelaram níveis mais baixos de depressão, ansiedade e stress, ao contrário de pessoas com estilo de vinculação insegura. Os autores apontam a existência de maior vulnerabilidade das pessoas com padrão de vinculação inseguro para o desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e stress.

Num outro estudo realizado por Quevedo e colaboradores (2019), com o objetivo de identificar a relação entre a vinculação e o bem-estar psicológico, assim como analisar as características da personalidade que medeiam esta relação. O estudo envolveu uma amostra de 1403 adultos, com uma idade média de 37,2 anos. Os resultados evidenciaram correlações positivas entre vinculação segura e o bem-estar psicológico, enquanto a vinculação insegura foi associada negativamente ao bem-estar psicológico. Os estilos de vinculação segura e evitante apresentaram uma associação mais forte com as dimensões do bem-estar psicológico relações positivas com os outros, domínio do ambiente e autoaceitação, a vinculação segura apresentou valores mais elevados nessas dimensões e a vinculação evitante valores mais baixos. Paralelamente, a vinculação ansiosa revelou níveis mais baixos em relação à aceitação de si e autonomia. Segundo os autores, os resultados das análises de mediação indicaram efeitos diretos do estilo de vinculação face às dimensões do bem-estar psicológico. Os autores concluíram assim que estes resultados podem ter implicações práticas significativas na promoção do bem-estar.

Em suma, a vinculação demonstra um desempenhar um papel relevante não só na infância e na adolescência, mas também na vida adulta. Pode constatar-se que a vinculação é fundamental para o bem-estar, assim como para a capacidade de cuidar. Nomeadamente à predisposição para cuidar e à qualidade dos cuidados prestados. Sendo a meia-idade um período de vida exigente, considerando os múltiplos papéis que podem desempenhar em simultâneo, é extremamente importante garantir o bem-estar destes adultos. Tendo em consideração o papel importante da vinculação no bem-estar, e sendo a meia-idade um período de vida pouco investigado comparativamente a outros períodos de vida, verifica-se a relevância em compreender a relação entre a vinculação e o bem-estar na meia-idade. Neste sentido, torna-se primordial a investigação para compreender de que forma os antecedentes do cuidar poderão ter implicações no bem-estar destes adultos de meia-idade.

MÉTODO

Neste capítulo serão evidenciados os procedimentos metodológicos que foram utilizados no desenvolvimento do presente estudo.

1.Objetivos

O presente estudo de natureza quantitativa correlacional e transversal, tem como objetivos: (1) avaliar os níveis de bem-estar e estilo de vinculação em adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving*; (2) analisar a relação entre o estilo de vinculação e bem-estar em adultos de meia-idade em *double* ou *triple caregiving*.

2.Participantes

No estudo participaram 222 adultos com idades compreendidas entre os 40-60 anos de idade em condição de *double* ou *triple caregiving*. Foram definidos como critérios de inclusão os seguintes: (1) idade 40 e os 60 anos de idade; (2) assegurar cuidados informais a descendentes (filhos) e/ou ascendentes (pais ou outros familiares idosos); (3) exercer profissão na área dos cuidados formais (área da Saúde ou Social).

3.Instrumentos para a recolha de dados

No que concerne à recolha de dados, foi realizada com recurso a um protocolo de avaliação, constituído pelos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP, Ryff, 1989; versão portuguesa de Novo, Duarte-Silva & Peralta, 1997); e Medida Categorical do Estilo de Vinculação (Hazan & Shaver, 1990; versão portuguesa de Fonseca & Soares, 2005)

O Questionário Sociodemográfico tem por objetivo caracterizar os participantes no estudo pelo que inclui questões relativas às características sociodemográficas, à prestação de cuidados e à atividade profissional.

A Escala de Bem-estar Psicológico (Ryff-18; Ryff, 1989b; Ryff & Keys, 1995; versão portuguesa de Novo, Silva & Peralta, 1997) tem por objetivo explorar na população adulta a avaliação subjetiva do bem-estar psicológico (Novo et al., 1997). A escala é constituída por 18 itens que se encontram organizados em 6 subescalas, que dizem respeito às 6 dimensões do bem-estar psicológico, sendo elas as seguintes: *Aceitação de si* (itens 6, 12, 18); *Relações Positivas com os Outros* (itens 4, 10, 16); *Autonomia* (itens 1, 7, 13); *Domínio do Meio* (itens 2, 8, 14); *Objetivos na Vida* (itens 5, 11, 17); e *Crescimento Pessoal* (itens 3, 9, 15). Relativamente

à cotação dos itens, estes são cotados com recurso a uma escala tipo *Likert* que varia entre 1 “Discordo Totalmente” e 6 “Concordo completamente”. A Pontuação desta escala varia entre os 18 e os 108 pontos, valores mais altos indicam maior bem-estar e valores mais baixos pior bem-estar. Na versão portuguesa esta escala revelou um *Alfa de Cronbach* entre 0.74 e 0.86 no que diz respeito às subescalas, no que diz respeito à escala total de 0.93 (Novo et al.,1997).

A Medida Categorical do Estilo de Vinculação (Hazan & Shaver, 1990; versão portuguesa de Fonseca & Soares, 2005) é uma medida categorial de autorrelato, com o objetivo de avaliar o estilo de vinculação adulta. Esta medida é composta por três parágrafos/afirmações, que consistem na descrição dos três estilos de vinculação adulta: seguro, inseguro-ansioso ou inseguro-evitante. Na aplicação desta medida pretende-se que o inquirido escolha a afirmação que melhor descreva os seus sentimentos nas relações amorosas.

4.Procedimentos da recolha de dados

O presente estudo contou com o parecer positivo da Comissão de Ética das Ciências Sociais, da Vida e da Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. O protocolo de avaliação foi disponibilizado em formato digital através da plataforma *GoogleForms* e divulgado por e-mail em diferentes contextos de vida, onde os adultos de meia-idade poderiam estar inseridos e através das redes sociais. Esteve disponível online entre maio e outubro de 2023. Para a participação no estudo foi necessário o preenchimento de um consentimento informado.

5.Procedimentos de análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 29. Realizou-se um estudo estatístico descritivo e inferencial, com objetivo de analisar associações entre variáveis e diferenças entre grupos.

Neste sentido, relativamente à parte sociodemográfica foram realizadas estatísticas descritivas referentes a frequências absolutas e relativas para descrever variáveis qualitativas e quantitativas discretas. As medidas de tendência central, como a média, e medidas de dispersão, como o desvio-padrão foram usadas para a descrição de variáveis quantitativas contínuas.

No que diz respeito aos estudos realizados de comparação entre grupos, uma vez que não se verificou o pressuposto da normalidade dentro de cada grupo e nas variáveis em estudo, foram aplicados testes não paramétricos.

Recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney* para analisar a existência de diferenças significativas entre grupos (*double e triple caregiving*) em relação ao bem-estar psicológico. Foi também aplicado o teste de correlação de *Spearman*, para analisar as correlações das

dimensões de bem-estar e bem-estar psicológico total com a idade, escolaridade e experiência profissional na amostra global e nos grupos *double* e *triple caregivers*.

No que diz respeito à vinculação, com o objetivo de comparar os dois grupos de vinculação (seguro, inseguro) face ao bem-estar psicológico, utilizou-se o teste de *Mann-Whitney*. Para analisar a existência de relações entre o tipo de cuidador e os estilos de vinculação (seguro e inseguro) utilizou-se o teste de Qui-Quadrado de Pearson.

RESULTADOS

1.Descrição sociodemográfica dos participantes

Na tabela 1 são apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas dos participantes neste estudo considerando a amostra global e a agregação por tipo de cuidador: *double* e *triple caregiving*. Foram considerados *double caregiving* todos os participantes com filhos e/ou que cuidavam de pais ou familiares idosos e *triple caregiving* os participantes que em simultâneo prestassem cuidados a filhos e pais/familiares idosos.

Tabela 1.Caracterização sociodemográfica dos participantes

	Double Caregiving N= 135		Triple Caregiving N= 87		Total N=222	
	n	%	n	%	n	%
Género	12	8,90	14	16,10	26	11,70
Masculino						
Feminino	123	91,10	73	83,90	196	88,30
Idade						
M (dp)	45,07 (4,74)		48,94 (5,93)		46,59 (5,56)	
Min-Max	40-59		40-60		40-60	
Estado Civil						
Solteiro	23	17	5	5,70	28	12,60
Casado/União de Facto	95	70,40	70	80,50	165	74,30
Separado/Divorciado	17	12,60	9	10,30	26	11,70
Viúvo	----	----	3	3,40	3	1,40
Escolaridade M(dp)	15,26 (3,90)		15,47 (3,20)		15,34 (3,63)	
Ensino Básico	13	9,60	5	5,70	18	8,10
Ensino Secundário	29	21,50	13	14,90	42	18,90
Ensino Superior	93	68,90	69	79,30	162	73,00
Categoria Profissional						
Técnico Superior	89	65,90	68	78,20	157	70,70
Operacional	46	34,10	19	21,80	65	29,30
Experiência Profissional						
Nº de anos M(dp)	16,16 (8,41)		20,26 (8,75)		17,77 (8,76)	
Nº horas de trabalho semanais						
Mais de 35 horas por semana	125	92,60	81	93,10	206	92,80
Menos de 35 horas por semana	10	7,40	6	6,90	16	7,20
Trabalho por turnos						
Sim	45	33,30	26	29,90	71	32,00
Não	90	66,70	61	70,10	151	68,00
Salário suficiente face às necessidades						
Sim	51	37,80	35	40,20	86	38,70
Não	84	62,20	52	59,80	136	61,30
Tipo de Instituição						
IPSS	63	47,00	43	49,40	106	48,00
Instituição Privada	27	20,10	11	12,60	38	17,20
Instituição Pública	44	32,80	33	37,90	77	34,80
Distância residência - local de trabalho (Km)						
Menos de 5km	42	31,60	28	32,90	70	32,10
De 5km a 9km	38	28,60	21	24,70	59	27,10
De 10km a 14km	12	9,00	13	15,30	25	11,50
De 15km a 19km	16	12,00	4	4,70	20	9,20
20km ou mais	25	18,80	19	22,40	44	20,20

Tabela 2.Caracterização sociodemográfica dos participantes (cont.)

	<i>Double Caregiving</i>		<i>Triple Caregiving</i>		Total	
	N=135		N=87		N=222	
	n	%	n	%	n	%
Saúde						
Horas de sono/dia M(dp)	6,79	(1,02)	6,69	(1,04)	6,75	(1,02)
Autopercepção de saúde M(dp)	7,32	(1,53)	7,19	(1,30)	7,27	(1,44)
Min-Max	3-10		4-10		3-10	
Patologias (N)						
Insuficiência Cardíaca	1	0,70	3	3,40	4	1,80
Diabetes	2	1,50	3	3,40	5	2,30
Hipertensão Arterial	12	8,90	18	20,70	30	13,50
Colesterol	28	20,70	21	24,10	49	22,10
Outras	24	17,80	21	24,10	45	20,30
Não se aplica	79	58,50	38	43,70	117	52,70

No estudo participaram 222 pessoas, sendo que 135 se encontram na condição de *double caregiving* e 87 na condição de *triple caregiving*.

Os participantes deste estudo são predominantemente mulheres (88,30%), com idades compreendidas entre os 40 a 60 anos (M=46,59, dp=5,56), casados ou em união de facto (74,30%), com escolaridade a nível do ensino superior (73%). Esta tendência verifica-se também nos participantes em condição de *double* como de *triple caregiving*, no entanto a média de idades para os participantes em *double caregiving* é de 45,07 anos (dp=4,74) e em *triple caregiving* de 48,94 anos (dp=5,93) (Tabela 1). A nível profissional, a maioria dos participantes é técnico superior (70,70%) quer na amostra total quer nas duas condições estudadas. Em relação à experiência profissional os participantes têm uma média de 17,77 anos (dp=8,76), a maioria trabalha mais de 35 horas semanais (92,80%), não trabalham por turnos (68%). Nesta análise também se verificou que 48% dos participantes exercem a sua atividade profissional em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e que 32,10% vive a menos de 5 km do local de trabalho. De referir que os participantes em *triple caregiving* apresentam mais experiência profissional (M=20,26, dp=8,75).

No que respeita a amostra global, a maioria dos participantes indica que o seu salário não é suficiente para corresponder às suas necessidades (61,30%), o que se verifica também nos participantes em *double* e *triple caregiving*.

Os participantes dormem em média 6,75 horas por dia (dp=1,02), e apresentam uma autopercepção de saúde (medida numa escala entre 1 a 10) favorável (M=7,27, dp=1,44), sendo ligeiramente superior nos participantes em *double caregiving* (M=7,32, dp=1,53). Por último,

é possível observar que 52,70% dos participantes revelam não possuir nenhuma patologia. No grupo que refere problemas de saúde, a patologia mais frequente é o colesterol elevado (22,10%).

2. Caracterização dos cuidados proporcionados

Na tabela 3 são demonstrados os resultados referentes às características dos participantes quanto aos cuidados prestados a filhos/as e a pais ou familiares idosos.

Tabela 3. Caracterização dos cuidados proporcionados

	<i>Double caregiving</i> N= 135		<i>Triple Caregiving</i> N= 87		Total N=222	
	n	%	n	%	n	%
Filhos	109	80,70	87	100	196	88,30
<i>M(dp)</i>	1,83 (0,63)		1,75 (0,65)		1,80 (0,64)	
Min-Max	1-4		1-3		1-4	
Pais Vivos	113	87,70	83	95,4	196	88,30
Pai						
Idade <i>M(dp)</i>	70,94 (5,50)		77,71 (8,05)		73,63 (7,39)	
Min-Max	60-85		60-98		60-98	
Mãe						
Idade <i>M(dp)</i>	69,78 (7,08)		75,88 (8,33)		72,33 (8,18)	
Min-Max	52-97		60-89		52-97	
Necessidade de Cuidados pais ou outros familiares idosos <i>M(dp)</i>	3,06 (1,59)		3,44 (1,28)		3,37 (1,34)	
Min-Max	0-5		1-5		0-5	
Nº horas por dia com filhos						
Durante a semana <i>M(dp)</i>	6,27 (4,27)		5,32 (4,05)		5,84 (4,19)	
Durante o fim-de-semana <i>M(dp)</i>	16,20 (7,24)		14,70 (7,87)		15,54 (7,54)	
Nº horas por dia com pais ou outros familiares idosos						
Durante a semana <i>M(dp)</i>	4,67 (5,74)		3,22 (3,63)		3,48 (4,08)	
Durante o fim-de-semana <i>M(dp)</i>	11,06 (8,62)		7,80 (9,58)		8,37 (9,46)	
Tipo de cuidados prestados a pais ou outros familiares idosos						
Ajuda nas compras	13	72,20	61	70,10	74	70,50
Assistência de saúde	12	66,70	63	72,40	75	71,40
Ajuda na gestão financeira	9	50	35	41,20	44	42,70
Ajuda com cuidados de higiene	6	33,30	27	31,80	33	32,00
Higiene habitacional	9	50	23	27,10	32	31,10
Alimentação	10	55,60	33	38,80	43	41,70
Outras	2	11,10	16	19	18	17,60
Distância casa dos pais						
Num raio de 5km	4	22,20	39	44,80	43	41
Num raio de 10km	4	22,20	12	13,80	16	15,20
Mais de 10 km	4	22,20	21	24,10	25	23,80
Não se aplica	6	33,30	15	17,20	21	20

Na Tabela 3 pode observar-se que 88,30% dos participantes tem filhos, com o número de filhos a variar entre 1 e 4 ($M=1,80$, $dp=0,64$). Em relação aos pais, 88,30% tem pais vivos com idades que varia entre os 60 e os 98 anos ($M=73,63$, $dp=7,39$). Os pais (pai ou mãe) dos *triple caregivers* apresentam idades médias superiores comparativamente aos pais (pai ou mãe) dos *double caregivers*.

No que diz respeito à perceção da necessidade de cuidados dos pais ou familiares idosos (medida numa escala entre 0 a 5) são os participantes em *triple caregiving* os que apresentam valores médios superiores ($M=3,44$, $dp=1,28$). O tipo de cuidados mais proporcionados pelos participantes aos pais ou outros familiares idosos são assistência de saúde (71,40%) e a ajuda nas compras (70,50%), quer na amostra global quer na condição de *double* ou *triple caregiving*. Os participantes vivem relativamente próximo dos seus familiares idosos (num raio até 10 km de distância) quer na amostra global (56,20%) quer na de *triple caregiving* (58,60%). Já na condição de *double caregiving* os participantes distribuíram-se de igual modo pelas várias opções de distâncias (mais de 10km, num raio de 5 km, num raio de 10 km) com uma percentagem de 22,20%.

3. Estilo de vinculação

Os resultados apresentados na tabela dizem respeito ao estilo de vinculação da amostra global e dos participantes em condição de *double* e *triple caregiving*.

Tabela 4. Estilo de vinculação na condição de *double* e *triple caregiving*

	<i>Double caregiving</i> N=135		<i>Triple caregiving</i> N= 87		Total N= 222	
Estilo de vinculação	n	%	n	%	n	%
Vinculação Segura	105	77,80	69	79,30	174	78,40
Vinculação Insegura-Ansiosa	12	8,90	10	11,50	22	9,90
Vinculação Insegura-Evitante	18	13,30	8	9,20	26	11,70

Como se pode observar na Tabela 3, o estilo de vinculação seguro predomina na amostra global (78,40%) e nas duas condições de cuidadores estudadas (77,8% e 79,3%).

4. Bem-estar psicológico

Na Tabela 5 são apresentados os resultados referentes ao bem-estar psicológico em função da condição de *double* e *triple caregiving*.

Tabela 5. Bem-estar psicológico na condição de *double* e *triple caregiving*

Bem-estar psicológico	<i>Double</i>	<i>Triple</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
	<i>caregiving</i> N=135	<i>caregiving</i> N= 87		
	Min-Max M (dp)	Min-Max M (dp)		
Autonomia	3-18 12,79 (3,04)	5-18 13,30 (3,30)	5318,50	0,233
Domínio do meio	3-18 11,52 (2,95)	5-18 12,02 (3,14)	5348,50	0,259
Crescimento pessoal	8-18 14,96 (2,26)	6-18 15,24 (2,39)	5353,50	0,252
Relações positivas com os outros	3-18 13,36 (3,01)	3-18 13,70 (3,38)	5349,00	0,260
Objetivos da vida	3-18 14,90 (2,92)	6-18 15,26 (2,82)	5466,00	0,378
Aceitação de si	3-18 14,36(2,81)	6-18 14,84 (2,52)	5291,50	0,210
Bem-estar psicológico total	31-105 81,89 (12,82)	47-108 84,37 (13,25)	5153,50	0,132

De um modo geral, os participantes que se encontram na condição de *triple caregiving* apresentam valores médios de bem-estar psicológico total ligeiramente superiores (*Triple caregiving*: M=84,37; dp=13,25; *Double caregiving*: M=81,89; dp=12,82), assim como em todas as dimensões do bem-estar psicológico comparativamente com os participantes em condição de *double caregiving*. Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (Tabela 4) em nenhuma das subescalas nem na escala global.

Verifica-se também que, relativamente às dimensões do bem-estar psicológico, a pontuação média mais alta diz respeito à dimensão *Crescimento pessoal* (M=14,96;

dp=2,26) nos participantes em *double caregiving*, e à dimensão *Objetivos na vida* (M=15,26; dp=2,82) nos participantes em *triple caregiving*. Já a dimensão com pontuação média mais baixa é o Domínio *do meio* nas duas condições de cuidador.

5. Estilo de vinculação e tipo de cuidador

Os resultados relativos às relações entre o tipo de cuidador e o estilo de vinculação são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Estilo de vinculação e condição de *double e triple caregiving*

	<i>Double caregiving</i>		<i>Triple caregiving</i>		Total	
	N=135		N=87			
Estilo de vinculação	n	%	n	%	n	%
Vinculação Segura	105	60,30	69	39,70	174	100
Vinculação Insegura	30	62,50	18	37,50	48	100
Total	135	60,80	87	39,20	222	100

Face aos resultados apresentados na Tabela 6 e efetuado o teste Qui-Quadrado de Pearson conclui-se que não existem diferenças ao nível da segurança da vinculação em função da condição de *double e triple caregiving* ($\chi^2 = 0,073$; $P = 0,787$).

6. Bem-estar Psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional

Nesta secção iremos analisar a associação entre o Bem-estar Psicológico total, as dimensões do Bem-estar Psicológico, e os fatores idade, anos de escolaridade e experiência profissional, para tal foi realizado um estudo da correlação de Spearman.

Tabela 7. Associação entre bem-estar psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional na amostra global

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Aceitação de si	1,000									
2. Relações positivas com os outros	0,572**	1,000								
3. Autonomia	0,409**	0,370**	1,000							
4. Domínio do meio	0,426**	0,514**	0,391**	1,000						
5. Objetivos de vida	0,606**	0,554**	0,403**	0,522**	1,000					
6. Crescimento pessoal	0,630**	0,635**	0,426**	0,470**	0,636**	1,000				
7. Bem-estar total	0,767**	0,795**	0,649**	0,730**	0,805**	0,807**	1,000			
8. Idade	0,011	-0,067	0,017	0,105	-0,045	0,013	0,003	1,000		
9. Escolaridade	0,100	0,189**	0,032	0,033	0,148*	0,166*	0,151*	-0,263**	1,000	
10. Experiência profissional	-0,033	-0,013	-0,040	-0,008	-0,063	-0,061	-0,040	0,385**	0,164*	1,000

Correlação Spearman **p<0,01 *p<0,05

Os resultados apresentados na Tabela 7, sugerem a existências de uma associação positiva estatisticamente significativa entre escolaridade e o bem-estar psicológico total ($r=0,151$; $p<0,05$) e entre as dimensões *Relações positivas com os outros* ($r=0,189$; $p<0,01$), *Objetivos na vida* ($r=0,148$; $p<0,05$),

Crescimento pessoal ($r=0,166$; $p<0,05$). Assim, maior nível de escolaridade está associado a níveis mais elevados de bem-estar psicológico total, a relações mais positivas com os outros, a mais crescimento pessoal e a objetivos na vida.

Seguidamente serão apresentados os resultados da associação entre bem-estar psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional nos participantes em *double* (Tabela 8) e *triple caregiving* (Tabela 9).

Tabela 8. Associação entre bem-estar psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional nos participantes em *double caregiving*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Aceitação de si	1,000									
2. Relações positivas com os outros	0,531**	1,000								
3. Autonomia	0,410**	0,327**	1,000							
4. Domínio do meio	0,423**	0,422**	0,306**	1,000						
5. Objetivos de vida	0,618**	0,495**	0,412**	0,510**	1,000					
6. Crescimento pessoal	0,686**	0,606**	0,392**	0,490**	0,688**	1,000				
7. Bem-estar total	0,795**	0,739**	0,617**	0,680**	0,820**	0,849**	1,000			
8. Idade	0,018	-0,129	0,007	0,174*	-0,037	-0,033	-0,005	1,000		
9. Escolaridade	0,131	0,237**	0,034	-0,032	0,164	0,200*	0,152	-0,346**	1,000	
10. Experiência profissional	-0,010	-0,007	-0,001	-0,146	-0,037	-0,078	-0,046	0,216*	0,135	1,000

Correlação Spearman **p<0,01 *p<0,05

Em relação aos resultados apresentados na Tabela 8, observar-se uma associação positiva estatisticamente significativa entre a idade e a dimensão do bem-estar psicológico *Domínio do meio* ($r=0,174$; $p=<0,01$). No que diz respeito à escolaridade, verificam-se também associações positivas estatisticamente significativas em relação às dimensões *Relações positivas com os outros* ($r=0,237$; $p=<0,01$) e *Crescimento pessoal* ($r=0,200$; $p=<0,05$).

Tabela 9. Associação entre bem-estar psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional nos participantes em *triple caregiving*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Aceitação de si	1,000									
2. Relações positivas com os outros	0,624**	1,000								
3. Autonomia	0,406**	0,411**	1,000							
4. Domínio do meio	0,423**	0,627**	0,495**	1,000						
5. Objetivos na vida	0,557**	0,629**	0,396**	0,531**	1,000					
6. Crescimento pessoal	0,536**	0,672**	0,464**	0,426**	0,539**	1,000				
7. Bem-estar total	0,721**	0,857**	0,677**	0,788**	0,771**	0,756**	1,000			
8. Idade	-0,083	-0,048	-0,082	-0,041	-0,180	-0,004	-0,106	1,000		
9. Escolaridade	0,032	0,113	0,027	0,138	0,113	0,108	0,136	-0,151	1,000	
10. Experiência profissional	-0,137	-0,067	-0,130	-0,153	-0,154	-0,065	-0,086	0,510**	0,234*	1,000

Correlação Spearman **p<0,01 *p<0,05

Face aos resultados apresentados na Tabela 9, é possível observar que não existem associações estatisticamente significativas entre o bem-estar psicológico e as características sociodemográficas dos participantes em condição de *triple caregiving*.

7. Diferença de grupos no bem-estar psicológico em função do estilo de vinculação

Na Tabela 10 serão apresentados os resultados da diferença de grupos no bem-estar psicológico em função dos estilos de vinculação segura e vinculação insegura (ansiosa e evitante).

Tabela 10. Diferença de grupos no Bem-estar Psicológico em função do estilo de vinculação

	Vinculação segura Min-Max M (dp)	Vinculação Insegura Min-Max M (dp)	U	P
Autonomia	3-18 13,12 (3,05)	6-18 12,50 (3,48)	3734	0,259
Domínio do meio	5-18 11,93 (2,91)	3-18 10,96(3,36)	3392,50	0,045*
Crescimento pessoal	6-18 15,31 (2,13)	7-18 14,21 (2,74)	3188	0,011*
Relações positivas com os outros	6-18 14,10 (2,80)	3-18 11,31(3,43)	2225	<0,001*
Objetivos na vida	6-18 15,34 (2,65)	3-18 13,96 (3,36)	3179,50	0,010**
Aceitação de si	8-18 15,07 (2,19)	3-18 12,65 (3,46)	2393,50	<0,001***
Bem-estar psicológico total	54-107 84,87(11,56)	31-108 75,58(15,35)	2617,50	<0,001***

*p<0,050 **p<0,10 ***p<0,001

No que se refere à relação entre bem-estar psicológico e estilo de vinculação, verificam-se diferenças estatisticamente significativas no bem-estar psicológico total (U=2617,50; p=<0,001), e em todas as dimensões à exceção da *Autonomia* (U=3734; p=0,259). Os participantes com vinculação segura apresentam valores médios estatisticamente superiores no bem-estar psicológico total e em todas as suas dimensões comparativamente aos participantes com vinculação insegura.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Globalmente, os resultados obtidos permitem verificar que os participantes possuem uma idade média de 46,59 anos ($dp=5,56$), são maioritariamente mulheres (88,30%), casados ou em união de facto (74,30%), com escolaridade ao nível do ensino superior (73%), com uma experiência profissional média de 17,77 anos ($dp=8,76$), a trabalhar mais de 35 horas semanais (92,80%) em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (48%), consideram que o salário não é suficiente face às suas necessidades (61,30%) e residem a menos de 5km do local de trabalho (32,10%). De um modo geral, a maioria tem filhos (88,30%), assim como pais vivos (88,30%) cujas idades os situa na terceira idade (idade média das mães 72,33 anos, $dp=8,18$; idade média dos pais 73,63 anos, $dp=7,39$). No que respeita aos cuidados proporcionados a pais ou familiares idosos, os mais frequentes são a ajuda com as compras (70,50%) e a assistência de saúde (71,40 %).

No que diz respeito às variáveis em estudo, verificou-se que a maioria dos participantes apresente estilo de vinculação segura (78,40%), não existindo diferenças em função da condição de cuidador. Relativamente ao bem-estar psicológico total, os *triple caregivers* apresentam um valor médio superior ($M= 84,37$; $dp=13,25$) comparativamente aos *double caregivers* ($M=81,89$; $dp=12,82$). A dimensão de bem-estar psicológico com valores médios mais baixos é *Domínio do meio* nos participantes em *double* ($M= 11,52$; $dp= 2,92$) e *triple caregiving* ($M=12,02$; $dp=3,14$), já as dimensões com valores mais elevados são *Crescimento pessoal* e *Objetivos na vida* em ambos os tipos de cuidador.

A análise entre variáveis permitiu identificar diferenças estatisticamente significativas no bem-estar psicológico total ($U=2617,50$; $p= <0,001$) e em todas as suas dimensões, à exceção da *autonomia* ($U=3734$; $p=0,259$) em função do estilo de vinculação. Os participantes com vinculação segura apresentam valores superiores no bem-estar psicológico total e nas suas dimensões comparativamente aos participantes com vinculação insegura.

Quanto à associação entre o bem-estar psicológico, idade, anos de escolaridade e experiência profissional, observaram-se associações positivas estatisticamente significativas entre a escolaridade e o bem-estar psicológico total ($r=0,151$; $p=<0,05$), bem como com as dimensões *Relações positivas com os outros* ($r=0,189$; $p=<0,01$), *Objetivos na vida* ($r=0,148$; $p=<0,05$) e *Crescimento pessoal* ($r=0,166$; $p=<0,05$).

O predomínio do género feminino no nosso estudo reforça a tendência ainda presente na investigação no domínio, em que os cuidados, quer formais quer informais, se mantêm fortemente associados ao género feminino (Infurna *et al.*, 2020; Moreira, 2020). Esta tendência verifica-se também em estudos prévios sobre a temática dos cuidados em *double* e *triple caregiving* (DePasquale *et al.*, 2016; DePasquale *et al.*, 2017; Hodgdon e Wong, 2021), em que são maioritariamente mulheres casadas. Verifica-se também que a maioria dos participantes

tem filhos (88,30%) e pais vivos (88,30%), o que reforça uma das características atribuídas aos adultos de meia-idade que diz respeito à diversidade de papéis que desempenham em simultâneo (Infurna *et al.*, 2020).

Quanto à escolaridade, verificou-se que a maioria dos participantes possuem o ensino superior, esta tendência verifica-se em estudos prévios internacionais sobre a combinação de cuidados formais e não formais (DePasquale *et al.*, 2016; DePasquale *et al.*, 2017; Hodgdon e Wong, 2021). Este resultado pode ser explicado pelo facto de que níveis superiores de escolaridade estão comumente associados a profissões de maior exigência e responsabilidade, assim como o acumular de papéis (DePasquale *et al.*, 2016; Depasquale *et al.*, 2017). O aumento do número de adultos com o ensino superior também tem vindo a acentuar-se em Portugal, particularmente em adultos do género feminino que assumem maioritariamente o papel de cuidadoras (Pordata, 2021; INE, 2022).

Outro resultado que importa discutir é a perceção dos participantes de que o salário não é suficiente face às suas necessidades. Embora seja uma avaliação subjetiva, torna-se igualmente preocupante na medida em que o estatuto socioeconómico é considerado crucial para a vida dos adultos de meia-idade e tem influência na forma como vivenciam este período de vida com impacto significativo na qualidade de vida dos próprios e dos que dependem deles (Infurna *et al.*, 2020). O estatuto socioeconómico tem um impacto significativo sobre a saúde e é considerado um fator importante, associado a menor expectativa de vida, maior taxa de mortalidade, limitações crónicas, menor bem-estar, piores comportamentos de saúde, acesso mais restrito a cuidados de saúde e pior saúde (Spiro, 2001). Os adultos de meia-idade são frequentemente designados de geração *sandwich* por terem de responder simultaneamente às necessidades dos filhos e dos pais idosos. Considera-se que podem encontrar-se “espremidos” entre a necessidade de cuidados à sua família e os seus recursos financeiros, de tempo e energia são limitados (Papalia & Feldman, 2013). Posto isto, o facto de considerarem o salário insuficiente face às necessidades combinado com os papéis que desempenham em simultâneo, nomeadamente o de cuidador, pode ter impacto no bem-estar e na saúde.

Os resultados relacionados com a saúde revelaram que, em média, os participantes avaliam positivamente a sua saúde. De um modo geral, a saúde é boa neste período de vida, a maioria das mudanças físicas não causa incapacidade ou altera o estilo de vida (Whitbourne, 2001). Contudo, alguns adultos de meia-idade podem enfrentar doenças crónicas ou agudas que imitam as suas atividades (Spiro, 2001; Whitbourne, 2001).

Relativamente ao tipo de cuidados que os participantes proporcionam aos pais ou familiares idosos, estes são mencionados também em estudos internacionais no âmbito dos cuidados em *double* e *triple caregiving* (DePasquale *et al.*, 2016; Depasquale *et al.*, 2017;

DePasquale et al., 2018). Na realidade portuguesa, o apoio no âmbito dos cuidados informais a pais ou familiares idosos consiste maioritariamente na ajuda em tarefas diárias, nomeadamente ajuda com as compras, transporte e aspetos relacionados com a saúde (Moreira, 2020). Os cuidados prestados a pais ou familiares idosos mais frequentes estão relacionados com atividades instrumentais de vida diárias (ajuda com compras e assistência de saúde) que pode estar associado ao facto de estes pais e familiares idosos de se situarem na 3ª idade. À luz da investigação no domínio, existem algumas novidades que não são assim tão boas para a 4ª idade que dizem respeito a perdas consideráveis no potencial cognitivo, aumento na síndrome de stress crónico, considerável prevalência de demência, maiores níveis de fragilidade, disfuncionalidade e morbilidade, o que releva uma maior necessidade de cuidados já ao nível das atividades básicas e instrumentais de vida diárias. Em relação à 3ª idade as perdas não são tão acentuadas, geralmente os declínios são leves a moderados, podem surgir algumas limitações na mobilidade e, conseqüentemente, na capacidade de realizar algumas atividades instrumentais de vida diária (Baltes & Smith 2006). Neste sentido, atendendo à idade média dos familiares idosos dos participantes (3ª idade) pode-se assumir que o tipo de cuidados mais frequentemente prestados é a expressão das necessidades regulares de pessoas mais velhas na 3ª idade.

A maioria dos participantes possui um estilo de vinculação segura, o que se encontra em linha com as tendências da investigação nacional e internacional neste domínio (Fonseca et al., 2006; Quevedo *et al.*, 2019; Damas, 2016). O predomínio do estilo de vinculação segura é expectável, uma vez que o predomínio da vinculação insegura está associado a amostras de alto risco, ou seja, vivência em ambientes familiares disfuncionais, pobreza, marginalidade, etc. (Shaver *et al.*, 2016; Hazen & Shaver, 1987; Ainsworth *et al.*, 1978). Os participantes desempenham papéis extremamente relevantes no âmbito dos cuidados formais e informais, assim a predominância da vinculação segura era um resultado esperado. A investigação sobre a vinculação adulta, em particular no âmbito dos cuidados, tem evidenciado que a vinculação segura está associada a maior predisposição dos adultos para assumir papéis no âmbito dos cuidados formais e informais (Fonseca *et al.*, 2006; Cicirelli, 1993; Cicirelli, 1998; Shaver *et al.*, 2016), assim como maior capacidade empática (Shaver *et al.*, 2016; Martins, 2011), competência nuclear nos cuidados. Possuir um estilo de vinculação segura na vida adulta está positivamente associado à qualidade dos cuidados proporcionados, sendo que estes cuidadores são recíprocos, respondem às adversidades sentidas por si e pelo outro, cuidam e permitem serem cuidados numa alternância de papéis que se adequa ao contexto relacional (Rasmussen *et al.*, 2019). Em suma, tendo em consideração estes resultados e as evidências da investigação, pode considerar-se que o facto de a maior parte dos participantes possuírem um estilo de vinculação segura é

um fator extremamente positivo dada a condição de *double* e *triple caregiving* em que se encontram. Visto que está relacionada com uma maior predisposição na prestação de cuidados, é considerada um fator protetor face às exigências, desafios e sentimentos menos positivos que podem ocorrer no exercício do papel de cuidador (formal e/ou informal), assim como à capacidade para conciliar de múltiplos papéis em simultâneo (Quevedo *et al.*, 2019; Shaver *et al.*, 2016; Rasmussen *et al.*, 2019)

Quanto ao bem-estar psicológico, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os dois tipos de cuidadores, os resultados revelaram que os *triple caregivers* possuem um valor médio superior comparativamente aos *double caregivers*. Este resultado não seria esperado, uma vez que assumir cuidados em condição de *triple caregiving* pode tornar-se numa tarefa muito exigente e complexa, dando origem a uma maior sobrecarga e fonte de mal-estar. Segundo estudos prévios neste âmbito, os *triple caregivers* revelaram possuir menor bem-estar, maior stress, sofrimento psicológico e conflito trabalho-família (Depasquale *et al.*, 2016; Depasquale *et al.*, 2017; Hodgdon & Wong, 2021). Os adultos de meia-idade em *triple caregiving* habitualmente estão envolvidos em mais papéis, particularmente no âmbito do cuidar, o que pode demonstra-se um indicador relevante para estes resultados mais elevados de bem-estar, já que, em concordância com a literatura no domínio, o envolvimento em vários papéis parece estar relacionado com níveis mais elevados de bem-estar (Ryff, 2014). Outro aspeto relevante deve-se ao facto de os participantes com este perfil de cuidador possuírem maioritariamente um estilo de vinculação segura, o que poderá constituir numa explicação para níveis mais elevados de bem-estar. Como já foi exposto anteriormente, a vinculação segura demonstra ter um papel muito importante na capacidade adaptativa, uma vez que está associada à adaptação positiva aos desafios que poderão surgir na vida adulta (Rasmussen *et al.*, 2019), e sabe-se que progredir nas tarefas desenvolvimentais está associado a níveis de bem-estar mais elevados (Ryff, 2014). Ainda, segundo alguns estudos, a vinculação segura está associada a níveis mais elevados de bem-estar na vida adulta (Davis *et al.*, 2016; Karreman & Vingerhoets, 2012; Quevedo *et al.*, 2019; Sagone *et al.*, 2023).

Ainda sobre o bem-estar psicológico, os resultados relevam boas notícias para o bem-estar na meia-idade, uma vez que se verificaram valores médios elevados nos dois perfis de cuidador. O que contraria a noção de que o bem-estar vai diminuindo com idade até ao seu ponto mais baixo na meia-idade e depois volta a aumentar até à velhice, um fenómeno designado como Curva em U do bem-estar (Blanchflower & Oswald, 2008). Este fenómeno tem sido interpretado como um claro indicador da crise de meia-idade, tendo vindo a reforçar ideias preconcebidas e estereotipadas a cerca da meia-idade enquanto período de vida turbulento,

difícil e negativo (Galambos *et al.*, 2020). Estes resultados vêm também contradizer aquilo que se verificou em alguns estudos prévios e que se constata na literatura no domínio a cerca da prestação dos cuidados estarem associados a uma maior sobrecarga e mal-estar (Rangel *et al.*, 2019; Araújo *et al.*, 2013; Gemito, *et al.*, 2015; Miller, 1981; Papalia & Feldman).

Paralelamente, analisando os resultados relativos às dimensões do bem-estar psicológico em função do perfil de cuidador, observa-se que a dimensão com valores mais baixos é o *Domínio do meio* em ambos os perfis de cuidador. Esta tendência também é identificada na investigação prévia, o *Domínio do meio* ocupa uma posição inferior na hierarquia das escalas, e justifica-se pelo facto do sentido de domínio e de competência na forma como se lida com o meio, assim como a capacidade para conceber contextos que se adequam aos valores e necessidades pessoais e usar efetivamente as capacidades pessoais para modificar o contexto em que se vive, devem-se a aspetos que caracterizam as maiores dificuldades na conquista do bem-estar pessoal. Globalmente, estas dificuldades são sentidas em todas as idades (Novo *et al.*, 1997). Já as dimensões com valores mais elevados são o *Crescimento pessoal* e *Objetivos na vida* em ambos os perfis de cuidador. O que mais uma vez está de acordo com a literatura no domínio, estas duas dimensões apresentam valores elevados de bem-estar psicológico na meia-idade, atingindo o auge entre os 30 e os 49 anos de idade (Novo *et al.*, 1997; Ryff & Keys, 1995; Ryff, 2014), período etário onde se situam os participantes do nosso estudo ($M=46,59$ anos; $dp=5,56$). Tendo em conta a investigação sobre este período de vida, a meia-idade pode tornar-se num momento de pico ou apogeu em muitas áreas, nomeadamente no trabalho, liderança na família, autoconfiança, contribuições para a sociedade, experiência de vida, conhecimento e competência (Finke *et al.*, 2005; Lachman *et al.*, 2015), o que pode levar a que estes adultos tenham alcançado já alguns objetivos na sua vida e, por sua vez, tenha contribuído para o seu *Crescimento pessoal* e *Objetivos na vida*. Noutra perspetiva, existe um lado menos positivo, o facto de desempenharem vários papéis em simultâneo pode acarretar múltiplas responsabilidades e exigências, contribuindo para maior exigência, podem ocorrer declínios a nível físico e cognitivo, acontecimentos de vida inesperados, assim como problemas de saúde e perda de entes queridos (Lachman, *et al.*, 2015), assim como o declínio dos pais e consequentemente a maior necessidade de cuidados (Baltes & Smith, 2006). Tudo isto pode limitar a capacidade do adulto se adaptar e desenvolver, o que pode dar origem a um menor domínio do meio.

No que se refere à associação entre o bem-estar psicológico e escolaridade, as tendências na investigação revelam que níveis de escolaridade superiores podem estar associados a maior estatuto socioeconómico, que por sua vez está relacionado com a maior facilidade no acesso a bens e serviços importantes para o bem-estar psicológico (Ryff & Singer,

2008). As oportunidades de autorrealização estão relacionadas com a alocação de recursos que permitem aproveitar ao máximo os talentos e capacidades da pessoa, contribuindo para o crescimento pessoal (Ryff & Keys, 1995).

Por último, as diferenças encontradas ao nível do bem-estar psicológico em função dos estilos de vinculação representam um resultado relevante e coerente com a investigação prévia. A vinculação está fortemente associada ao bem-estar na idade adulta, estilos de vinculação inseguros estão associados a níveis mais elevados de ansiedade e transtornos depressivos (Davis *et al.*, 2016). Além disso, as experiências da vinculação ao longo da vida são muito importantes para prever o funcionamento global e a qualidade dos relacionamentos na idade adulta (Rasmussen *et al.*, 2019). Tendo em consideração alguns estudos prévios relativos ao bem-estar e vinculação, verifica-se o pressuposto de que o estilo de vinculação segura está associado a níveis mais elevados de bem-estar comparativamente a estilos de vinculação insegura (Davis *et al.*, 2016; Karreman & Vingerhoets, 2012; Quevedo *et al.*, 2019). Os resultados do estudo de Quevedo e colaboradores (2019) indicaram correlações positivas no que diz respeito à vinculação segura e as dimensões do bem-estar, e negativas em relação aos estilos de vinculação inseguros, à semelhança dos nossos achados.

A vinculação segura, de acordo com a literatura no domínio, permite que o indivíduo construa um ambiente confiável e confortável (Bartolomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2009), mas também um modelo positivo e de confiança de si mesmo que contribui para o aumento da sua autoestima (Hazen & Shaver, 1987) e que, por sua vez, contribui para a construção de um sentido de domínio e competência para controlar e criar contextos adequados às necessidades pessoais (Ryff, 2014), que poderá estar relacionado com um maior *Domínio do meio*, *Aceitação de si* e *Autonomia*. O facto de a vinculação segura contribuir para um maior conforto com a proximidade com os outros e com a interdependência, assim como para uma visão positiva dos outros faz com que se desenvolvam relacionamentos interpessoais satisfatórios (Hazen & Shaver, 1987), o que poderá explicar níveis superiores na dimensão *Relações positivas com os outros*. Sabe-se que a vinculação segura tem sido associada a uma vida com significado (López *et al.* 2015), uma visão positiva de si e dos outros, sentimentos de confiança de si mesmo e relacionamentos mais satisfatórios, o que potencia um sentido de propósito e direcção (Hazen & Shaver, 1987), a vinculação segura pode assim fornecer uma base emocional robusta para definir e alcançar *Objetivos na vida*. A autoconfiança, maior capacidade adaptativa e maior abertura à experiência, características associadas à vinculação segura (Quevedo *et al.*, 2019; Hazen & Shaver, 1987), podem contribuir para maiores oportunidades de *Crescimento pessoal* que diz respeito à autorrealização do potencial pessoal (Ryff, 2017).

Em síntese, é compreensível que a qualidade das relações interpessoais e imagem positiva de si constituam uma fonte importante de bem-estar, potenciando a capacidade individual para lidar e responder adaptativamente aos desafios da meia-idade, particularmente na condição de *double* ou *triple caregiving*.

Apesar da relevância dos resultados obtido, o presente estudo apresenta limitações que importa analisar. Assim, o facto de existir um desequilíbrio na proporção de participantes em *double* (n=135) e em *triple caregiving* (n=87) é um aspeto que condicionou a tipo de análises estatísticas efetuadas. Apesar dos esforços não foi possível alcançar um número de participantes equilibrado entre os dois grupos. Seria assim relevante em estudos futuros trabalhar com grupos (*double* e *triple caregiving*) com números amostrais equilibrados. A utilização de instrumentos de autorrelato é também uma das limitações deste estudo, uma vez que a utilização deste tipo de instrumentos é mais vulnerável ao risco de viés decorrente da desejabilidade social. Além disso, a idade média dos participantes situa-os na primeira metade da meia-idade, sendo que cada vez mais a literatura tem evidenciado a necessidade de olhar de modo diferenciado para este extenso período de vida, subdividindo-o em dois subperíodos.

Em jeito de conclusão, verifica-se que a vinculação apresenta um impacto significativo no bem-estar psicológico, o que revela a importância em prosseguir com a investigação neste domínio, uma vez que a investigação sobre a relação entre a vinculação e o bem-estar psicológico na meia-idade é ainda escassa, com o objetivo de analisar mais detalhadamente a relação entre estas duas variáveis, particularmente no grupo de adultos que assume simultaneamente os cuidados formais e informais a diferentes gerações.

CONCLUSÃO

O presente estudo procurou analisar a relação entre o bem-estar psicológico e vinculação em adultos de meia-idade em condição de *double* e *triple caregiving*, no sentido de contribuir para o avanço do conhecimento acerca da meia-idade enquanto período de vida e dos adultos de meia-idade enquanto grupo populacional que assume um lugar pivotal na sociedade atual tendo em conta o crescente envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade humana. Neste contexto, considerando os resultados obtidos podemos afirmar que o objetivo foi alcançado, uma vez que foi possível reunir evidências acerca de aspetos centrais deste período de vida, nomeadamente ao nível do bem-estar psicológico, da qualidade da vinculação e do exercício de papéis de vida nucleares – cuidador formal e cuidador informal.

Assim, os resultados obtidos permitem verificar que efetivamente a meia-idade se caracteriza como um período de vida específico, caracterizado pela abundância de papéis, assumidos em simultâneo (nomeadamente na área dos cuidados), que acarretam grande exigência e complexidade (Lachman, 2004; Staudiger & Bluck, 2001; Infurna *et al.*, 2020; Ahrens & Ryff 2006). Como refere Lachman (2015), existe um *gap* no que diz respeito à investigação associada a este período de vida pelo que se torna essencial avançar com estudos que nos permitam aproximar da complexidade e especificidade inerente à meia-idade. Este aspeto torna-se ainda mais relevante quando nos focamos num grupo de adultos, recentemente identificados, sobre o qual pouco se conhece - *double* e *triple caregivers* (Depasquale *et al.*, 2016; Depasquale *et al.*, 2017), apesar de se tratar de um grupo específico de adultos de meia-idade que assume papéis extremamente relevantes no âmbito dos cuidados formais e informais. Assim, o presente estudo torna-se pioneiro em Portugal em abordar este grupo de adultos de meia-idade, e pretende contribuir para o aumento da sua investigação a este nível.

Os resultados obtidos são bastante relevantes na medida em que permitem verificar que os participantes apresentam um valor médio de bem-estar total e nas suas dimensões médio/alto, contrariando a ideia muitas vezes veiculada que os cuidadores (formais e/ou informais) vivem com mal-estar quer físico quer mental/psicológico, reforçando a ideia estereotipada de que cuidar é prejudicial para o cuidador. Neste contexto, parece-nos relevante em estudos futuros dedicar especial atenção a este aspeto e explorar os resultados do bem-estar psicológico nesta faixa etária, em particular nos dois perfis de cuidador.

Os resultados da relação entre vinculação e bem-estar são também extremamente relevantes e em concordância com estudos prévios, reforçando a importância de recursos internos, como a vinculação segura, para a capacidade adaptativa na meia-idade e assim potenciar o bem-estar psicológico.

Apesar das limitações referidas na discussão dos resultados, este estudo é extremamente relevante para o avanço do conhecimento sobre este período de vida,

particularmente em adultos em condição de *double* e *triple caregiving*, tendo em consideração variáveis cruciais como o bem-estar psicológico e a vinculação. Os avanços do conhecimento no domínio apontam implicações relevantes para a prática gerontológica, nomeadamente na intervenção com adultos de meia-idade que desempenham papéis nucleares no âmbito dos cuidados formais e informais. Com o objetivo principal de promover o seu bem-estar, assim como o bem-estar daqueles que usufruem dos cuidados, a prática gerontológica necessita obrigatoriamente de considerar os adultos de meia-idade. Sendo este período de vida mais próximo da velhice, é fundamental intervir de forma a contribuir para um envelhecimento bem-sucedido destes adultos.

Neste contexto, parece-nos essencial continuar esta linha de investigação, procurando desenvolver estudos com grupos equivalentes em termos da condição de *double* e *triple caregiving*. Parece-nos igualmente relevante responder a um outro repto recente no domínio que questiona a diferenciação da meia-idade em subperíodos atendendo à extensão temporal desta fase da vida e à diversidade de tarefas e papéis de vida. Assim será relevante desenvolver estudos comparativas entre a primeira e a segunda metade de meia-idade.

Concluindo, dar continuidade a este estudo é extremamente pertinente, com o objetivo de reforçar e aprofundar o conhecimento cerca da meia-idade para sustentar a prática gerontológica com vista ao envelhecimento bem-sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahrens C., & Ryff C. (2006). Multiple roles and well-being: Sociodemographic and psychological moderators. *Sex Roles*, 55(11–12), 801–815. <https://doi.org/10.1007/s11199-006-9134-8>
- Ainsworth, M. (1985). Attachment across the life span. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Antonucci, T., Akiyama, H., Merline, A., (2001). Dynamics of Social Relationships in Midlife. In Lachman, M. (Orgs.), *Handbook of midlife development* (pp. 571-598). New York: John Wiley & Sons.
- Araujo, J. S., Vidal, G. M., Brito, F. N., Gonçalves, D. C. D. A., Leite, D. K. M., Dutra, C. D. T., & Pires, C. A. A. (2013). Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16, 149-158. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100015>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds). *Successful aging. Perspectives from behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A terceira idade*, 17(36), 7-31.
- Baltes, P. B., Reuter-Lorenz, P. A., & Rösler, F. (Eds.). (2006). *Lifespan development and the brain: The perspective of biocultural co-constructivism*. Cambridge University Press.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-17

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>.
- Bevino, D. L., & Sharkin, B. S. (2003). Divorce adjustment as a function of finding meaning and gender differences. *Journal of Divorce & Remarriage*, 39(3-4), 81-97.
- Blanchflower D.G., & Oswald A.J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, 66,1733–1749. Doi: 10.1016/j.socscimed.2008.01.03
- Blenker, M. (1965). Social work and family relations in later life with some thoughts on filial maturity. In E. Shanas & G. F. Streib (Eds.), *Social structure and the family: Generational relations* (pp. 46-59). New Jersey: Prentice Hall.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). The bowlby-ainsworth attachment theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 2(4), 637-638.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28(5), 759. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
- Bretherton, I., & Mulholland, K. A. (2008). Internal working models in attachment relationships: Elaborating a central construct in attachment theory. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 102-127). New York: Guilford
- Brody, E. M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19–29. <https://doi.org/10.1093/geront/25.1.19>

- Carvalho, M. (2009). Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós-Gerontologia*, 12(1).
- Centro Internacional de Longevidade Brasil (2015). *Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Brasil: Rio de Janeiro.
- Cicirelli, V. (1988). A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontological Society of America*, 28, 478-482. Doi: <https://doi.org/10.1093/geront/28.4.478>
- Cicirelli, V. G. (1993). Attachment and obligation as daughters' motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. *Psychology and Aging*, 8, 144- 155. Doi: 10.1037 // 0882-7974.8.2.144
- Crispi, E. L., Schiaffino, K., & Berman, W. H. (1997). The contribution of attachment to burden in adult children of institutionalized parents with dementia. *The Gerontologist*, 37, 52–60. Doi: 10.1093/geront/37.1.52
- Damas, S. (2016). *Na interação de casal: Relação entre os Estilos de Vinculação do Adulto, os Esquemas Precoces Desadaptativos e as Relações Interpessoais*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal <http://hdl.handle.net/10400.12/5400>
- Davis, T. J., Morris, M., & Drake, M. M. (2016). The moderation effect of mindfulness on the relationship between adult attachment and wellbeing. *Personality and Individual Differences*, 96, 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.080>
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- DePasquale, N., Davis, K. D., Zarit, S. H., Moen, P., Hammer, L. B., & Almeida, D. M. (2016). Combining formal and informal caregiving roles: The psychosocial implications of double-and triple-duty

care. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(2), 201-211. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu139>

DePasquale, N., Polenick, C. A., Davis, K. D., Berkman, L. F., & Cabot, T. D. (2018). A bright side to the work–family interface: husbands’ support as a resource in double-and-triple-duty caregiving wives’ work lives. *The Gerontologist*, 58(4), 674-685. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx016>

DePasquale, N., Polenick, C., Davis, K.D., Moen, P., Hammer, L.B., & Almeida, D.M. (2017). The psychosocial implications of managing work and family caregiving roles: Gender differences 67 among information technology professionals. *Journal of Family Issues*, 38(11), 1495-1519. Doi: 10.1177/0192513X15584680

Diener, E. (1996). Subjective well-being in cross-cultural perspective. Em G. Hector (Ed.), *Key issues in cross-cultural psychology: selected papers from the Twelfth International Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology*. San Diego: Academic Press.

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Applied research in quality of life*, 1(2), 151-157.

Diener, E., Ryan, K. (2009). Bem-estar subjetivo: uma visão geral. *Jornal Sul-Africano de Psicologia*, 39 (4), 391-406.

Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian journal of clinical psychology*, 24, 25-41. https://intranet.newriver.edu/images/stories/library/Stennett_Psychology_Articles/Recent%20Findings%20on%20Subjective%20Well-Being.pdf

Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, 1, 1–171.

Faria, C. (2016). Relação e cuidados filiais na velhice: contributos da ansiedade filial. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(2), 251-256.

- Feldman, R. D., & Papalia, D. E. (2013). O estudo do desenvolvimento humano. RD Feldman & DE Papalia (Ed. 12), Desenvolvimento Humano, 34-53.
- Fernández-Ballasteros, R. (2004). Gerontología Social. Una Introducción. In R. Fernández-Ballasteros (Ed.), Gerontología Social (pp. 31–53). Ediciones Pirámide.
- Fingerman, K. L., Pillemer, K. A., Silverstein, M., & Suiitor, J. J. (2012). The baby boomers' intergenerational relationships. *The Gerontologist*, 52(2), 199-209.
- Finke, M. S., Huston, S. J. & Sharpe, D. L. (2005). Balance sheets of early Boomers: Are they different from pre-Boomers? *Journal of Family and Economic Issues*, 27, 542–561. doi: 10.1007/s10834-006-9026-7
- Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). Estilos de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais. *Psicologia*, 20(1), 187-208. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.382>
- Fromm, E. (1981). Primary and secondary process in waking and in altered states of consciousness. *Academic Psychology Bulletin*, 3(1), 29–45. <https://psycnet.apa.org/record/1982-09075-001>
- Galambos, NL, Krahn, HJ, Johnson, MD e Lachman, ME (2020). A forma de U da felicidade ao longo da vida: expandindo a discussão. *Perspectivas sobre a Ciência Psicológica*, 15 (4), 898-912.
- Galinha, I. (2008). Bem-estar subjetivo: fatores cognitivos, afetivos e contextuais. Bem-estar subjetivo: fatores cognitivos, afetivos e contextuais.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, saúde e doenças*, 6(2), 203-214.
- Gemito, M. L. (2015). O cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 1(2), 132. DOI: [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(2\).132](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(2).132)
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and social Psychology*, 59(2), 270.
- Hodgdon, B. T., & Wong, J. D. (2021). Influences of Work and Family Spillover on Filial and Sandwiched Caregivers' Psychological Well-Being. *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(2) 197–214. <https://doi.org/10.1177/0091415019893369>
- INE, (2022). Estimativas de População Residente. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=540837471&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist*, 75(4), 470. <https://doi.org/10.1037/amp0000591>
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*, trans. W. S. Dell & C. F. Baynes. New York: Harcourt, Brace & World.
- Karreman, A., & Vingerhoets, A. J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual differences*, 53(7), 821-826. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.06.014>
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305-331. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>
- Lachman, M. E. (2015). Mind the gap in the middle: A call to study midlife. *Research in human development*, 12(3-4), 327-334. <https://doi.org/10.1080/15427609.2015.1068048>
- Lachman, M. E., Röcke, C., Rosnick, C., & Ryff, C. D. (2008). Realism and illusion in Americans' temporal views of their life satisfaction: Age differences in reconstructing the past and anticipating the future. *Psychological Science*, 19, 889–897. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02173.x

- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old age. *International Journal of Behavioral Development*, 39, 20–31. doi:10.1177/0165025414533223
- Lachman, ME, & Bertrand, RM (2001). Personalidade e o eu na meia-idade. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 279-309). John Wiley & Sons, Inc.
- López, F. G., Ramos, K., Nisenbaum, M., Thind, N., & Ortiz-Rodriguez, T. (2015). Predicting the presence and search for life meaning: Test of an attachment theory-driven model. *Journal of Happiness Studies*, 16, 103–116.
- Machado, T. S. (2009). Vinculação aos pais: retorno às origens. *Psicologia, Educação e Cultura*, XIII, 1, 139-156.
- Martins, E. P. (2011). A empatia e os padrões de vinculação em estudantes universitários: um estudo comparativo. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal. <https://www.proquest.com/openview/f89b2c24d447a5d85ec8ae6b76c10048/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*, 2nd edn. New York: Van Nostrand.
- Matud, M. P., López-Curbelo, M., & Fortes, D. (2019). Gender and psychological well-being. *International journal of environmental research and public health*, 16(19), 3531. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193531>
- McCullough, G., Heubner, E.S., & Laughlin, J. (2000). Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. *Psychology in the Schools*, 37, 281-291. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6807\(200005\)37:3<281::AID-PITS8>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(200005)37:3<281::AID-PITS8>3.0.CO;2-2)

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2009). An attachment and behavioral systems perspective on social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 7–19. <https://doi.org/10.1177/0265407509105518>.
- Miller, D. A. (1981). The “sandwich” generation: Adult children of the aging. *Social Work*, 26, 419–423. doi: 10.1093/sw/26.5.419
- Morais, D., Faria, C., & Fernandes, L. (2019). Intergenerational Caregiving: The Role of Attachment and Mental Representation of Caregiving in Filial Anxiety of Middle-Aged Children. *Journal of Intergenerational Relationships*, 17(4), 468-487. <https://doi.org/10.1080/15350770.2019.1596187>
- Moreira, M. J. G. (2020). Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://hdl.handle.net/10400.11/7409>
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em psicologia*, 14(1), 17-34. <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751426004.pdf>
- Neugarten BL, Hagestad G. 1976. Age and the life course. In *Handbook of Aging and the Social Sciences*, ed. R Binstock, E Shanas, pp. 35–55. New York: Van NostrandReinhold
- Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. In: C. Eisendorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 311–335). Washington, DC: American Psychological Association.
- Novo, R. F. (2003). Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Novo, R. F. (2005) Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 2(20), 183-203
<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/17844/1/2005%20BEP%20RIDEP.pdf>
- Novo, R. F., Silva, D. E., & Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L.S. Almeida & M. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica: formas e contextos* (vol. V, pp. 313-324). Braga: APPORT/SHO.
- Paúl, C. (2012). Tendências actuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. In C. Paúl & O. Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia* (pp. 1-17). Lidel - edições técnicas.
- Polenick, C. A., DePasquale, N., Eggebeen, D. J., Zarit, S. H., & Fingerman, K. L. (2016). Relationship quality between older fathers and middle-aged children: Associations with both parties' subjective well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(7), 1203-1213.
- Pordata. (2021). Escolaridade. <https://www.pordata.pt/subtema/portugal/escolaridade-561>
- Putney, N. M. & Bengtson, V. L. (2001). Families, intergenerational relationships and kinkeeping in midlife. In Lachman, M. (Ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 528–570). New York: John Wiley & Sons.
- Quevedo, R., Hernández, P. & Cabrera, J. (2019). Adult attachment and psychological well-being: The mediating role of personality. *Journal of Adult Development* 26: 41-56.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10804-018-9297-x>
- Rangel, R. L., Dos Santos, L. B., dos Santos Santana, E., dos Santos Marinho, M., Chaves, R. N., & dos Reis, L. A. (2019). Avaliação da sobrecarga do cuidador familiar de idosos com dependência funcional. *Revista de Atenção à Saúde*, 17(60). <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n60.5564>

- Rasmussen, P., Storebø, O. J., Løkkeholt, T., Voss, L. G., Shmueli-Goetz, Y., Bojesen, A. B., ... & Bilenberg, N. (2019). Attachment as a core feature of resilience: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Reports*, 122(4), 1259-1296. Doi: <https://doi.org/10.1177/0033294118785577>
- Ribeiro, M. T. D. F., Ferreira, R. C., Magalhães, C. S. D., Moreira, A. N., & Ferreira, E. F. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62, 870-875. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>
- Rogers, C. R. (1962). The interpersonal relationship: The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 32(4), 416–429.
- Ruini, C., & Ryff, C. D. (2016). Using eudaimonic well-being to improve lives. *The Wiley handbook of positive clinical psychology*, 153-166. <https://doi.org/10.1002/9781118468197.ch11>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of Psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (2013). Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization. In A. S. Waterman (Ed.), *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia* (pp. 77–98). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14092-005>
- Ryff, C. D. (2014) *Psychological Well-Being Revisited: Advances in Science and Practice*, *Psychother Psychosom.* 83(1), 10–28.
- Ryff, C. D. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *International review of economics*, 64, 159-178. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12232-017-0277-4>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>

- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of happiness studies*, 9, 13-3.
- Ryff, CD (1995). Bem-estar psicológico na vida adulta. *Direções atuais na ciência psicológica*, 4 (4), 99-104.
- Sagone, E., Commodari, E., Indiana, M. L., & La Rosa, V. L. (2023). Exploring the Association between Attachment Style, Psychological Well-Being, and Relationship Status in Young Adults and Adults—A Cross-Sectional Study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(3), 525-539. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13030040>
- Sampaio, S. M. G. (2022). Resiliência e bem-estar: um estudo exploratório com adultos em double e triple caregiving. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Schaie, K. W. & Willis S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Prentice Hall Madrid.
- Schwartz, C.E., Keyl, PM, Marcum, J.P. e Bode, R. (2009). Ajudar os outros mostra benefícios diferenciais na saúde e no bem-estar de adolescentes do sexo masculino e feminino. *Jornal de Estudos de Felicidade*, 10 , 431-448.
- Shaver, P. R., Mikulincer, M., Gross, J. T., Stern, J. A., & Cassidy, J. A. (2016). A lifespan perspective on attachment and care for others: Empathy, altruism, and prosocial behavior. Cassidy, J.; Shaver, PR (Orgs.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.), 878-916. <https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:repository.ubn.ru.nl:2066%2F162472>
- Silva, D. T. D. (2013). Vinculação e ansiedade filial na vida adulta: Contributos da investigação para a gerontologia social. Instituto Politécnico de viana do Castelo, Portugal. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1970>

- Simpson, J. A., & Karantzas, G. (2019). Editorial overview: Attachment in adulthood: A dynamic field with a rich past and a bright future. *Current Opinion in Psychology* 25, 177-181. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.10.012>
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24, 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Smith, J. (2022). *Porque é que ninguém me disse isto antes?* (2ª ed.). Editorial presença.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto, Portugal: Ambar.
- Spiro, A. (2001). Health in Midlife: Toward a life-span view. In M. Lachman (Ed.), *Handbook of Midlife Development* (pp. 156–187). New York: John Wiley & Sons.
- Staudinger, U. & Bluck, S. (2001). A View on Midlife Development from Life-Span Theory. In Lachman, M. (Orgs.), *Handbook of midlife development* (pp. 3–39). New York: John Wiley & Sons.
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107, 9985–9990. doi:10.1073/pnas.1003744107
- Ulloa, B. F. L., Moller, V., & Sousa-Poza, A. (2013). How does subjective well-being evolve with age? A literature review. *Journal of Population Ageing*, 6, 227–246. doi:10.1007/s12062-013-9085-0
- Whitbourne, S. K. (2001). The physical aging process in midlife: Interactions with psychological and sociocultural factors. In M. E. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 109–155). John Wiley & Sons, Inc.
- Wilson, W. (1967). Correlates of avowed happiness. *Psychological Bulletin*, 67, 294-306.