



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**A PESSOA IDOSA E OS CUIDADORES
FAMILIARES: VULNERABILIDADES E CONDIÇÕES
SOCIAIS**

**THE ELDERLY AND FAMILY CAREGIVERS:
VULNERABILITIES AND SOCIAL CONDITIONS**

Marlene Cristina dos Santos Cavadas

Porto, 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

**A PESSOA IDOSA E OS CUIDADORES FAMILIARES:
VULNERABILIDADES E CONDIÇÕES SOCIAIS**

**THE ELDERLY AND FAMILY CAREGIVERS:
VULNERABILITIES AND SOCIAL CONDITIONS**

Dissertação orientada pela Professora
Doutora Margarida Abreu e coorientada
pela Professora Doutora Maria José Peixoto

Marlene Cristina dos Santos Cavadas

Porto, 2022

DEDICATÓRIA

A todos quantos podem beneficiar com o desenvolvimento deste trabalho, mas acima de tudo, ao meu Pai, que apesar de já não fazer parte presencial da minha vida, eu sei que está sempre comigo, por ti vou sempre buscar forças, mesmo quando parece que já não as tenho, não tivesse o teu exemplo de vida sido tão enriquecedor, só poderia ser assim.

AGRADECIMENTOS

Para o desenvolvimento desta dissertação, muitos foram os que de forma direta ou indireta deram o seu contributo, mesmo os momentos penosos serviram para direcionar este caminho tantas vezes difícil e tantas outras gratificante, pelo conhecimento que trouxe e pela vivência que só enriquece isto a que chamamos vida.

A todos os participantes deste estudo e que tornaram possível a sua realização.

Às minhas orientadoras Professora Doutora Margarida Abreu e Professora Doutora Maria José Peixoto, que me enriqueceram em saber e conhecimento e me colocaram na direção certa sempre que foi necessário.

À minha família, meus queridos filhos para quem nem sempre tive o tempo e a paciência que me merecem sempre, meu companheiro de vida obrigada por toda a motivação e carinho, à minha mãe que sempre me deu aquela ajuda nas coisas da vida quando eu já não conseguia.

À Liliana que embora já numa fase final, me deu o apoio e a ajuda que muitas vezes falta e com as suas francas observações me soube motivar.

E por fim, mas não menos importantes, não posso deixar de aqui reconhecer o quão importante foi estar inserida numa equipa como a UCC de Matosinhos, elementos que prezam por motivarem os que os rodeiam nunca deixando cair quem ao mínimo sinal de desespero pareça querer desistir de projetos tão importantes como este.

RESUMO

O aumento do índice de envelhecimento da população portuguesa, índice de dependência de idosos e esperança de vida à nascença, conduz a questões relacionadas com o envelhecimento saudável. O incremento de fragilidades que ocorrem, quer pelo processo de envelhecimento quer inerentes à idade, conduzem à necessidade da pessoa idosa em depender de cuidados prestados na generalidade por cuidadores familiares, sendo que estes também podem apresentar fragilidades. Decorrente destes factos definimos como objetivos, caracterizar sociodemograficamente as pessoas idosas e cuidadores familiares e avaliar as condições de saúde das pessoas idosas e dos cuidadores familiares quanto ao desempenho cognitivo, fragilidade funcional, e a qualidade de vida.

Realizou-se um estudo de investigação de natureza quantitativa, com desenho descritivo transversal, tendo para o efeito sido utilizada uma amostra por conveniência de 20 pessoas idosas, inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal e residentes numa das freguesias abrangentes dessa mesma ULS e 20 cuidadores familiares identificados através dos processos clínicos das pessoas idosas. Utilizamos como instrumento de colheita de dados o questionário que incluiu a caracterização sociodemográfica, o teste de declínio cognitivo de seis itens (Apóstolo et al., 2017), a escala Barthel (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007), a escala de Lawton e Brody (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007), o Apgar familiar (Agostinho & Rebelo, 1988) e a escala MOS SF-36 v2 (Ferreira, 2000a). O tratamento de dados, atendeu ao tipo de estudo quantitativo e foi realizado através de análise estatística descritiva, recorrendo ao aplicativo IBM SPSS versão 28.0.0.0.

Os resultados mostraram que as pessoas idosas apresentavam uma média de idades de 75,6 anos, na sua maioria eram do sexo feminino, casados, com um baixo nível de escolaridade, reformados, com doenças crónicas, que coexistem, com predominância para a hipertensão arterial e a diabetes mellitus. Cognitivamente as pessoas idosas evidenciam deterioração cognitiva, dependentes em grau moderado para as atividades básicas de vida diária (ABVD) mas independentes para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). A maioria das pessoas idosas encontram-se inseridos numa família altamente funcional, no que diz respeito ao estado de saúde e de acordo com o MOS SF-36 v2, a pessoa idosa demonstra um melhor estado de saúde para as escalas da função social e do desempenho emocional.

Os cuidadores familiares, apresentaram uma média de idades de 58,5 anos, na maioria eram do sexo feminino, casados, dividiam o cuidado com uma atividade profissional. Portadores de doenças crónicas, cognitivamente íntegros, independentes nas ABVD e nas AIVD e inseridos em famílias altamente funcionais. Quando ao seu estado de saúde, as médias encontradas para as escalas do MOS SF-36 v2, apontam para um melhor estado de saúde nas escalas da função física, do desempenho físico, da função social e do desempenho

emocional. A maioria dos cuidadores presta cuidados entre 1 ano e 10 anos e são filhos da pessoa cuidada.

Este estudo contribui para a elaboração de outros de maiores dimensões para que se possa estabelecer relações entre variáveis e, conseqüentemente, obter dados mais robustos para permitir capacitar a pessoa idosa e os cuidadores familiares para um envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Envelhecimento, envelhecimento saudável, idoso, cuidador familiar, vulnerabilidade.

ABSTRACT

The increase in the aging rate of the Portuguese population, the elderly dependency rate and life expectancy at birth, leads to issues related to healthy aging. The increase in frailties that occur, either due to the aging process or inherent to age, lead to the need for the elderly person to depend on care provided in general by family caregivers, and these can also present fragilities. As a result of these facts, we defined as objectives, to characterize sociodemographically the elderly and family caregivers and to assess the health conditions of the elderly and family caregivers in terms of cognitive performance, functional fragility, and quality of life.

A quantitative research study was carried out, with a cross-sectional descriptive design, using a convenience sample of 20 elderly people, enrolled in the Group of Health Centers (GHC) of a Local Health Unit (LHU) of the Northern Portugal and residents in one of the comprehensive parishes of the same LHU and 20 family caregivers identified through the clinical files of the elderly. As a data collection instrument, we used the questionnaire that included the sociodemographic characterization, the six-item cognitive decline test (Apóstolo et al., 2017), the Barthel scale (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007), the Lawton and Brody scale (Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007), the family Apgar score (Agostinho & Rebelo, 1988) and the MOS SF-36 v2 scale (Ferreira, 2000a). The data treatment met the type of quantitative study and was carried out through descriptive statistical analysis, using the IBM SPSS application version 28.0.0.0.

The results showed that the elderly had an average age of 75.6 years, most were female, married, with a low level of education, retired, with chronic diseases, which coexist, with a predominance of arterial hypertension and to diabetes mellitus. Cognitively, the elderly show cognitive deterioration, moderately dependent for basic activities of daily living (BADL) but independent for instrumental activities of daily living (IADL). The majority of the elderly are part of a highly functional family, with regard to health status and according to the MOS SF-36 v2, the elderly person demonstrates a better health status for the social function and emotional performance scales.

Family caregivers had an average age of 58.5 years, most were female, married, shared care with a professional activity. Carriers of chronic diseases, cognitively healthy, independent in BADL and IADL and inserted in highly functional families. Regarding their health status, the averages found for the MOS SF-36 v2 scales point to a better health status in the physical function, physical performance, social function and emotional performance scales. Most caregivers provide care between 1 year and 10 years and are children of the person being cared for.

This study contributes to the elaboration of larger ones so that relationships between variables can be established and, consequently, more robust data can be obtained to enable the elderly and family caregivers to be trained for healthy aging.

Keywords: Aging, healthy aging, elderly, family caregiver, vulnerability.

ABREVIATURAS

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

DGS - Direção-Geral de Saúde

EUA - Estados Unidos da América

EUROSTAT - Gabinete de Estatísticas da União Europeia

IBM SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

INE - Instituto Nacional de Estatística

Km - Quilómetros

MAX - Máximo

MIN - Mínimo

MOS SF-36 v2 - Medical Outcomes Short-Form Health Survey de 36 itens versão 2

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

ULS - Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	23
1. ENVELHECIMENTO	27
1.1. Envelhecimento populacional	29
1.2. Envelhecimento ativo e Envelhecimento saudável	35
1.3. Pessoa idosa	42
1.4. Fragilidade	44
1.5. Vulnerabilidade	49
1.6. Qualidade de vida e saúde na pessoa idosa	50
1.7. Cuidador familiar	53
1.8. Políticas de saúde para o envelhecimento	58
2. METODOLOGIA	61
2.1. Problema de investigação, objetivos e finalidade do estudo	61
2.2. Tipo de estudo	62
2.3. População e amostra	62
2.3.1 Determinação da amostra	63
2.4. Variáveis	65
2.5. Instrumentos de recolha de dados	66
2.6. Considerações éticas	74
2.7. Tratamento e análise de dados	75
3. Análise e Discussão dos dados	79
3.1. Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa	79
3.2. Caracterização clínica da pessoa idosa	81
3.3. Desempenho cognitivo da pessoa idosa	82
3.4. Capacidade funcional para as ABVD E AIVD da pessoa idosa	83
3.5. Funcionalidade familiar para a pessoa idosa	86
3.6. Avaliação do estado de saúde para a pessoa idosa	87
3.7. Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar	91
3.8. Caracterização clínica do cuidador familiar	93
3.9. Desempenho cognitivo do cuidador familiar	93

3.10.	Capacidade funcional para as ABVD E AIVD do cuidador familiar	94
3.11.	Funcionalidade familiar para o cuidador familiar	97
3.12.	Avaliação do estado de saúde para o cuidador familiar	98
3.13.	Caraterização do cuidado	102
CONCLUSÃO		105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		109
ANEXOS		123
Anexo I - Questionário da pessoa idosa		125
Anexo II - Questionário do cuidador familiar		149
Anexo III - Pedido de autorização à comissão de ética e saúde da ULS		177
Anexo IV - Pedido de autorização ao conselho de administração da ULS		183
Anexo V - Pedido de autorização aos coordenadores de unidade de saúde		187
Anexo VI - Autorização para realização do estudo pelas comissões da ULS		191
Anexo VII - Consentimento informado da pessoa idosa e cuidador familiar		195
Anexo VIII - Pedido de autorização para utilização da escala Barthel e Lawton e Brody		199
Anexo IX - Pedido de autorização para utilização da escala MOS SF-36 v2		203
Anexo X - Pedido de autorização para utilização da escala Apgar Familiar		207
Anexo XI - Pedido de autorização para utilização da escala de diminuição cognitiva de 6 itens		211

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Conteúdos abreviados dos itens da escala SF-36	71
Quadro 2: Variável e a técnica de análise estatística utilizada (pessoa idosa)	76
Quadro 3: Variável e a técnica de análise estatística utilizada (cuidador familiar)	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária Portugal/2022	29
Figura 2: Índice de envelhecimento, rácio % - Portugal.....	32
Figura 3: Índice de envelhecimento rácio %, Europa-Portugal	33
Figura 4: Taxa de fecundidade geral Europa-Portugal	34
Figura 5: Os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo	36
Figura 6: Determinação da amostra para a pessoa idosa	64
Figura 7: Determinação da amostra para os cuidadores familiares	65
Figura 8: Modelo fatorial SF-36 v2	70
Figura 9: Sistema de pontuação SF36.....	72
Figura 10: Informação para o sistema de pontuação	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caraterização do perfil sociodemográfico da pessoa idosa.....	80
Tabela 2: Distribuição das doenças crónicas da pessoa idosa (CID11)	81
Tabela 3: Desempenho cognitivo da pessoa idosa	82
Tabela 4: Capacidade funcional da pessoa idosa para AVBD	83
Tabela 5: Capacidade funcional da pessoa idosa para AIVD	84
Tabela 6: Funcionalidade familiar da pessoa idosa	86
Tabela 7: Análise descritiva do estado de saúde da pessoa idosa (SF 36 v2)	88
Tabela 8: Escalas do MOS SF-36 v2 da pessoa idosa (média, DP e amplitude)	91
Tabela 9: Caraterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares.....	92
Tabela 10: Distribuição das doenças crónicas do cuidador familiar (CID11)	93
Tabela 11: Desempenho cognitivo do cuidador familiar	94
Tabela 12: Capacidade funcional para ABVD do cuidador familiar	95
Tabela 13: Capacidade funcional do cuidador familiar para AIVD.....	96
Tabela 14: Funcionalidade familiar cuidador familiar.....	97
Tabela 15: Análise descritiva do estado de saúde do cuidador familiar (SF 36 v2)	99
Tabela 16: Escalas do MOS SF-36 v2 cuidador Familiar (média, DP e amplitude)	102
Tabela 17: Caraterização do cuidado	103

NOTA INTRODUTÓRIA

Nos últimos anos temos vindo a observar um aumento do índice de envelhecimento da população portuguesa, índice de dependência de idosos e esperança de vida à nascença (Instituto Nacional de Estatística, 2019). O aumento de anos de vida conduz ao cuidado pela melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida (Organização Pan-Americana de Saúde, 2005). No entanto, grande parte dos anos de vida podem ser sujeitos a diminuição da capacidade física e mental das pessoas idosas, o que pode representar consequências extremamente negativas, quer para a sociedade quer para as pessoas idosas (Organização Mundial de Saúde, 2015).

Face ao desafio provocado pelo envelhecimento emergiu o termo envelhecimento saudável, que indica a influência da capacidade intrínseca da pessoa idosa para fazer frente a uma necessidade e as interações com o ambiente que o rodeia, favorecendo ou não a sua independência (OMS, 2015).

O envelhecimento deve antever oportunidades contínuas de bem-estar físico, mental e social, participação e segurança, sendo objetivo essencial fomentar uma vida saudável com qualidade de vida para todos os que estão a envelhecer. “Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OPAS, 2005, p.13).

De forma a entendermos o processo de envelhecimento é necessário perceber, que apesar da perda de capacidades se encontrar ligeiramente associada à idade das pessoas, a multiplicidade de capacidades e necessidades em saúde das pessoas idosas também se deve a episódios que podem ocorrer ao longo da vida e que são considerados modificáveis, daí a importância para entendermos o ciclo de vida (OMS, 2015).

Sabemos que a grande maioria dos problemas de saúde das pessoas idosas estão associados a doenças ou condições crónicas, que podem ser prevenidas, ou outros problemas de saúde que podem ser controlados de maneira eficaz, até mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, é possível garantir que elas vivam vidas dignas através de ambientes de apoio (OMS, 2015).

No Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015), reconhece-se a necessidade de desenvolver políticas de saúde pública que permitam que todas as pessoas idosas, possam viver com conforto e segurança, sem doença e que sejam capazes de desenvolver as suas habilidades funcionais, assim é necessário desenvolver estratégias para prestar atenção integral e centrada às pessoas idosas (OMS, 2015).

Já no relatório da OMS “Década de envelhecimento saudável” faz-se referência a quatro ações principais: mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e

ao envelhecimento; desenvolver comunidades no sentido de estimular as habilidades das pessoas idosas; prestar cuidados integrados e existir serviços de saúde primários que atendam às necessidades das pessoas idosas; fornecer às pessoas idosas que deles precisam, acesso a cuidados de longa duração, sendo todos essenciais para promover um envelhecimento saudável (World Health Organization, 2020).

Para que estas ações sejam desenvolvidas eficazmente torna-se essencial conhecer melhor onde estamos e de onde partimos. Este relatório reconhece que as pessoas idosas muitas vezes são invisíveis nas estatísticas, existem poucas informações sobre eles. Apesar de sabermos que algumas pessoas perdem as capacidades físicas e mentais à medida que envelhecem, sabemos muito pouco sobre as suas necessidades e se os seus ambientes podem harmonizar e permitir que vivam com dignidade, continuando a ser ativas e capazes de evoluir (WHO, 2020).

Neste relatório reconhece-se que em 2016 todos os estados-membros da OMS definiram o que é necessário para se conseguir atingir a meta do envelhecimento saudável, nomeadamente os três componentes que permitirão medir e comparar o envelhecimento em todos os países ao longo do tempo: a capacidade funcional, a capacidade intrínseca e os ambientes. A capacidade funcional combina a capacidade intrínseca de cada pessoa, o meio ambiente em que está inserida e a forma como interage com o seu ambiente. Reporta à capacidade para fazer frente às suas necessidades básicas para permitir um modo de vida adequado, aprender, crescer e tomar decisões, realizar tarefas diárias, construir e manter relacionamentos e colaborar com a sociedade (WHO, 2020).

A capacidade intrínseca indica as capacidades físicas e mentais a que uma pessoa pode recorrer, domínios como capacidade locomotora; capacidade sensorial; vitalidade; conhecimento; e capacidade psicológica. Os ambientes dizem respeito ao lar onde as pessoas vivem, à sociedade e comunidade e a todos os fatores no interior deles, estes permitem moldar o que as pessoas idosas podem ser ou fazer, isto mediante a sua capacidade intrínseca (WHO, 2020).

Também em Portugal, o envelhecimento é descrito como devendo ser um envelhecimento ativo e saudável, reportando à capacidade da pessoa idosa de fazer parte da comunidade de forma ativa, integrando-se nos processos sociais, assim como a sua capacidade para se manter saudável e funcional interagindo com o ambiente que o rodeia (Direção Geral de Saúde, 2017).

Com o envelhecimento da população, a proporção de pessoas idosas aumentou, as quais atingem idades mais avançadas. No entanto, interessa que esses anos sejam passados com a melhor qualidade de vida e bem-estar possíveis, com uma boa saúde e com uma vida ativa, quer em termos de funcionamento físico quer de participação social... Por outro lado, a investigação sobre envelhecimento também fornece conhecimento científico e informação valiosa sobre os determinantes e fatores

associados ao envelhecimento, sobre os quais podemos intervir (Ribeiro & Paúl, 2011 p.11).

Quando o processo de envelhecimento se reveste de aumento de necessidades, diminuição das capacidades e/ou incremento das doenças crônicas, pode-se verificar a necessidade de uma pessoa para a realização dos seus autocuidados (Sequeira, 2010). É assim que validamos o conceito de cuidador, que pode adquirir várias designações associadas, por exemplo o facto de ser um cuidador que emerge do meio familiar, um amigo ou um vizinho ou um profissional da área da saúde.

A designação de cuidador familiar é utilizada quando pretendemos fazer referência à pessoa que presta cuidados a um membro da família com necessidades que decorrem de uma condição clínica ou dependência, e que além de pertencer à família pode nomeadamente ser um vizinho ou amigo (Messeca, 2008). Contudo, na maioria das vezes é a própria família que assume este papel (Sousa et al., 2020).

Cuidar das necessidades de uma pessoa idosa traduz-se em atividades intensas e repetitivas, que quando desenvolvidas de forma contínua, significam na maioria das vezes, sobrecarga e esgotamento na vida do cuidador (Dinis, Monteiro & Gratão, 2016). O desempenho do papel de cuidador familiar tem vindo a afetar a qualidade de vida destes, essencialmente no que diz respeito ao domínio físico e psicológico (Reis et al., 2019).

O cuidador familiar caracteriza-se por ser essencialmente do sexo feminino, e frequentemente por apresentar patologias e debilidades que demonstram que o próprio cuidador é também uma pessoa com fragilidades e necessidades de apoio (Sousa et al., 2020).

A qualidade do papel de cuidador familiar encontra-se influenciada pela própria qualidade do relacionamento entre cuidador e pessoa cuidada e por isso justifica-se a necessidade de entender a funcionalidade familiar no sentido de perceber dificuldades no cuidar (Abreu, et al., 2008)

A forma como o cuidador familiar vivencia o cuidar do seu familiar dependente, está sujeito à forma como vive o seu dia-a-dia, das mudanças ocorridas na sua vida pessoal e da forma como sente a necessidade de desempenhar o papel de cuidador (Mendonça et al., 2017).

A existir partilha do processo de cuidar, o que se assume como sendo o ideal, uma vez que o processo de cuidar será partilhado por vários cuidadores, permitindo menor tendência à sobrecarga do cuidador e enriquecimento do processo, a evidência indica sempre um cuidador principal ou pelo menos aquele que assumirá a organização do processo de cuidar, facto que deve ser tido em consideração quando se avalia o processo de cuidar e o cuidador (Araújo & Martins, 2016).

Quer o processo de cuidar quer o envelhecimento podem ser influenciados por vulnerabilidades e condições sociais que condicionam o bem-estar e qualidade de vida do cuidador assim como da pessoa de quem este cuida. Para Sousa et al. (2011) o termo vulnerabilidade surge como a disposição da pessoa para ficar doente, o que pode ocorrer devido a um conjunto de fatores tais como fatores sociais, culturais, epidemiológicos, psicológicos e biológicos. Estes devem ser analisados tanto objetivamente como subjetivamente, considerando-se os significados atribuídos (dimensão simbólica), a construção de processos de identidade e as fragilidades das próprias pessoas.

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, no ano letivo de 2020/2021, emerge o seguinte problema de investigação: "Quais as vulnerabilidades e condições sociais das pessoas idosas e dos cuidadores familiares?".

Este estudo integra um outro de maiores dimensões, internacional, intitulado: "Vulnerabilidade e Condições sociais e de saúde da pessoa idosa na atenção primária e instituições de longa permanência: estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha" e apresenta os seguintes objetivos:

- Caracterizar sociodemograficamente as pessoas idosas e cuidadores familiares;
- Avaliar as condições de saúde das pessoas idosas e dos cuidadores familiares quanto ao desempenho cognitivo, fragilidade funcional, e a qualidade de vida.

A finalidade deste estudo é contribuir para a capacitação das pessoas idosas e dos cuidadores familiares e conseqüentemente para a melhoria da sua qualidade de vida.

São três as partes constituintes deste trabalho: a primeira inclui o enquadramento teórico, onde é realizada uma breve revisão da literatura sobre o envelhecimento, vulnerabilidades, fragilidades e condições sociais da pessoa idosa e do seu cuidador familiar. De seguida é abordada a metodologia, são descritos os objetivos, a finalidade, o tipo do estudo, a população e amostra, as variáveis, o instrumento de colheita de dados, os aspetos éticos e o tratamento dos dados. Na terceira parte apresentam-se os resultados do estudo, a sua discussão e as conclusões.

1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento humano reporta a um processo de mudança que ocorre de forma progressiva na estrutura biológica, psicológica e social de todos os indivíduos e que se inicia antes do nascimento e se vai desenrolando ao longo da vida. Faz parte do ciclo de vida e por isso deve permitir viver de forma saudável e autónoma o máximo de tempo possível, para tal é necessária uma ação que permita mudar comportamentos e atitudes de toda a população (DGS, 2006; OMS,2015).

“O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte” (Papaléo Netto, 1996 citado por Papaléo Netto, 2013, p.72).

O envelhecimento é heterogêneo, pois não é linear a forma como ocorre, este tem influência desde os sistemas orgânicos aos sistemas psicossociais. É um processo que depende dos indivíduos, dos seus estilos de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas. No seu conceito biológico reporta a fatores associados às moléculas, células, tecidos e órgãos. Quanto ao conceito psíquico, este reporta à dimensão cognitiva e psicoafectiva (Carvalho et al., 2020; Costa & Nunes, 2020;Fechine & Trompieri, 2012).

Para Figueiredo et al. (2011) o envelhecimento é um processo multidimensional, que se concentra nas relações entre as dimensões biológica, psicológica e social. Faz parte do processo de desenvolvimento de todos nós, envolve modificações neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas (Dardengo & Mafra, 2018; Santos et al., 2009). É multifatorial, ou seja, são vários os fatores que o influenciam e influenciam a forma como decorre, este processo inicia-se logo quando o indivíduo é concebido, podemos dizer que atravessa todas as fases da vida desde a infância, adolescência, idade adulta e culmina na velhice (Moraes et al., 2010; Papaléo-Netto, 2014).

O processo de envelhecimento reporta assim a três dimensões: a biológica, que se refere a alterações do foro fisiológico e que podem conduzir a uma gradual vulnerabilidade física e mental; a psicológica que indica a capacidade de autorregulação que o indivíduo apresenta ou não perante todo o processo, e a social, alusiva aos papéis sociais (Costa & Nunes, 2020).

A velhice é um período particular no processo de envelhecimento que se caracteriza, principalmente pela diminuição do funcionamento de várias funções do organismo, estes autores concluem que vários conceitos da velhice a consideram como um estado e o envelhecimento um processo (Dardengo e Mafra 2018; Papaléo-Netto, 2013).

Apesar dos determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, que contribuem para o surgimento de doenças no decorrer da vida e para a forma como envelhecemos, sabe-se que fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais estão intimamente

relacionados com o declínio das funções que se associa ao envelhecimento (DGS, 2006). Estes fatores podem conduzir ao envelhecimento saudável ou patológico, tais fatores, podem ser por exemplo a qualidade ou estilos de vida, a alimentação, o sedentarismo e o exercício físico (Santos et al., 2009).

O aumento da faixa etária não exprime, propriamente o mesmo que doença e assim sabemos que fazendo uso de medidas preventivas adequadas, é possível permitir que a pessoa idosa se apresente saudável no domínio físico e cognitivo de forma a manter a sua autonomia de vida por mais tempo. Apesar de tudo, não sendo possível manter a sua saúde, a intervenção precoce permite sempre uma maior qualidade de vida, quer para a pessoa idosa como para a sua família (DGS, 2006; Santos et al., 2009).

Existem fatores de proteção ao envelhecimento, divididos em fatores de prevenção primária, secundária e terciária, atendendo à inexistência ou existência de patologia e em última análise à necessidade de tratamento adequado para minimizar o impacto no indivíduo quando a doença subsiste. Os fatores de prevenção primária, consideram os riscos que possam desencadear doença, sendo que estes podem ser do tipo pessoal ou ambiental, tais como a idade, etnia e fatores de ordem genética, assim é possível afirmar que indivíduos que de forma precoce considerem a qualidade da sua alimentação, ingerindo uma dieta saudável, praticando exercício físico e que evitaram desde sempre comportamentos de risco, possam conquistar um envelhecimento saudável. A prevenção secundária, prevê a avaliação das pessoas já com alguma patologia, disfunção ou que já pertençam a um dado grupo de risco. É nesta ótica que surgem as atuais doenças não transmissíveis como responsáveis de cerca de 60% das mortes e incapacidades em todo o mundo, são exemplos das mesmas, as doenças respiratórias, cardiovasculares, a diabetes e o cancro. Neste tipo de prevenção evidencia-se a necessidade de melhoria da qualidade de vida e do estilo de vida das pessoas idosas, nomeadamente a qualidade do atendimento à sua saúde. Quanto à prevenção terciária esta atende ao tratamento, suporte e reabilitação da pessoa idosa, com o sentido de minimizar o impacto da doença ou procurar a sua recuperação. Na literatura outro fator de proteção muito pesquisado é a escolaridade e a sua influência enquanto fator protetor do envelhecimento saudável (Santos et al., 2009).

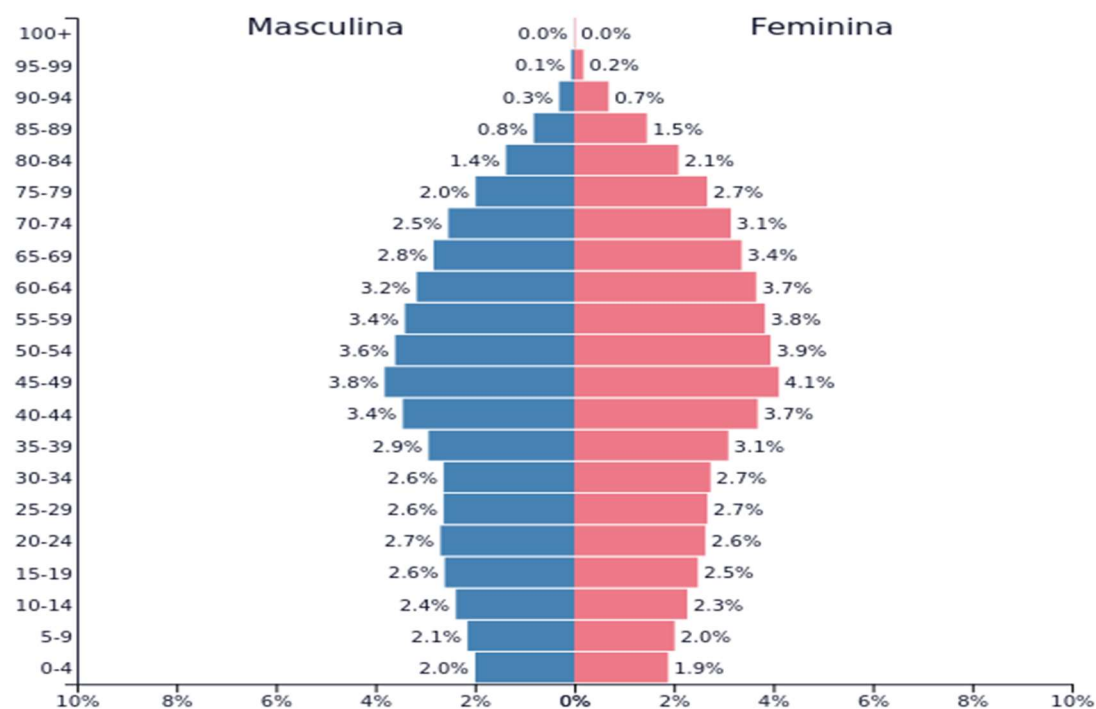
O envelhecimento humano é resultado do que conseguimos conquistar quer a nível médico, tecnológico e social, apesar do aspeto positivo, não podemos esquecer que novos desafios se desenham, com o envelhecimento torna-se necessário, proporcionar às pessoas ambientes equilibrados, favoráveis e facilitadores do envelhecimento, que lhes garantam o necessário para enfrentar as alterações que se associam ao processo de envelhecimento e lhes permitam manter-se autónomas e socialmente significativas (Faria et al., 2020).

1.1. Envelhecimento populacional

Mundialmente o aumento de pessoas idosas quer em número quer em proporção na população é inquestionável. É estimado o aumento do número de pessoas idosas com 60 anos ou mais, em duas vezes mais até 2050 e mais de três vezes em 2100, ou seja, os 962 milhões existentes no mundo em 2017 e que representam cerca de 13% da população mundial, passarão para 2.1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. A maior percentagem de população idosa encontra-se na Europa com cerca de 25% e à exceção de África, este ritmo de envelhecimento observa-se de igual forma em todas as regiões do mundo, calculando-se que até 2050 as pessoas idosas nessas regiões representam cerca de um quarto do total das suas populações. Já as pessoas idosas com mais de 80 anos chegarão aos 425 milhões em 2050 o triplo do número existente em 2017 (Organização das Nações Unidas, 2019a).

O envelhecimento populacional que tem ocorrido ao longo dos anos tem alterado o formato das pirâmides populacionais que deixaram de ter um aspeto piramidal e apresentam-se com um aspeto mais cilíndrico (OPAS, 2005; DGS, 2006). Este fenómeno coloca novos desafios quer aos governos, como famílias e sociedade. Estes desafios correspondem à necessidade de envelhecer com saúde, autonomia e independência, sendo que o seu enfrentamento é da responsabilidade de cada um e de todos (DGS, 2006). Na figura 1 é possível observar a alteração piramidal para Portugal.

Figura 1: Pirâmide etária Portugal/2022



Fonte: <https://www.populationpyramid.net/pt/portugal/2022/>

O envelhecimento populacional está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade - no mercado laboral e financeiro; na procura de bens e serviços como a habitação, nos transportes e na proteção social; e nas estruturas familiares e laços intergeracionais... As pessoas mais velhas são cada vez mais vistas como contribuintes para o desenvolvimento, cujas competências devem estar interligadas com políticas e programas transversais. No entanto, nas próximas décadas, muitos países irão enfrentar pressões fiscais e políticas na esfera dos sistemas públicos de saúde, providência e proteção social para a população com a faixa etária mais avançada (ONU, 2019a, p.1).

O envelhecimento da população ocorre de forma acelerada em todo o Mundo, nomeadamente nos países subdesenvolvidos, a forma como se vive a velhice, desde sempre, envolve-se de particularidades que correspondem essencialmente às singularidades de cada cultura (Dardengo & Mafra, 2018).

São diversas as suposições associadas ao envelhecimento populacional, uma é que a idade avançada não se traduz em dependência, ou seja, supor que idade é sinonimo de dependência é um estereotipo de discriminação etária, que pode de forma errada influenciar o desenvolvimento de políticas de saúde uma vez que as pessoas idosas podem encetar contribuições para a economia, variadas vezes ignoradas, tais como, contribuições económicas por meio de atividades de valor económico e gastos como consumidores, como atividades que envolvem o setor alimentar, apoio a outras gerações, como cuidar dos netos e sem descurar o seu apoio emocional e até mesmo aconselhamento (OMS, 2015).

Não menos importante, é a suposição de que o envelhecimento da população pode representar custos acrescidos com cuidados de saúde, e se em parte esta afirmação é real, verifica-se que nem tanto assim, são várias as variáveis que podem interferir e provocar alterações nesta suposição (OMS,2015).

Durante algum tempo, o envelhecimento populacional esteve mais associado aos Países desenvolvidos, sabe-se, no entanto, que o mesmo fenómeno também ocorre nos Países em desenvolvimento, a maior proporção de habitantes idosos encontra-se na Europa. No que respeita à população mais velha, isto é, pessoas com mais de 80 anos também se verifica este envelhecimento, sendo que a grande maioria reside em Países desenvolvidos (OPAS, 2005).

O envelhecimento da população, em países desenvolvidos, desenrolou-se como um processo gradual sendo acompanhado ao longo do tempo de crescimento social e económico, nos países em desenvolvimento este processo desenrolou-se de uma forma mais rápida, o que conduziu a alterações drásticas nas estruturas e papéis da família. O facto de as mulheres terem passado a fazer parte da força de trabalho, conduziu ao decréscimo do número de pessoas disponíveis para cuidar das pessoas mais velhas (OPAS, 2005).

Apesar da maioria das pessoas mais velhas em todos os países continuarem a representar um recurso de extrema importância para as famílias e comunidades, verifica-se uma grande apreensão com a capacidade da população trabalhadora em manter esta porção da

população que se considera usualmente dependente, este é um facto que se verifica, tanto para os países desenvolvidos como em desenvolvimento. A dependência da população na terceira idade é um dado que permite aos governantes e economistas preverem as implicações financeiras das políticas que visam este grupo populacional (OPAS, 2005).

Apesar dos desafios multifatoriais emergentes para a saúde, o envelhecimento populacional desenha uma trajetória de aceleração rápida em todo o mundo, o que se poderá traduzir em consequências para a saúde, para os sistemas de saúde e os profissionais de saúde (OMS,2015).

O envelhecimento consiste num fenómeno de carácter demográfico, que engloba questões económicas, sociais, políticas, culturais e éticas (Mendonça et al. 2021). Alguns fatores contribuem para o incremento da longevidade das pessoas idosas como, diminuição da mortalidade infantil, avanços em saúde pública e tecnologias médicas, consciencialização da importância de estilos de vida saudável, transição de empregos pesados para outros menos trabalhosos e melhoria nas condições de vida (EUROSTAT, 2020). A diminuição da taxa de fecundidade associada ao processo de longevidade, promoverão um aumento da proporção de pessoas idosas em relação à população geral, que viverão mais tempo (Mendonça et al, 2021).

Uma população envelhecida, é caracterizada pela redução do número de crianças e jovens e pelo aumento do número de pessoas acima dos 60 anos. Esta tendência aumenta com a progressiva diminuição das taxas de fertilidade e o aumento de longevidade, o que tenderá ao envelhecimento mundial (OPAS, 2005). Este fenómeno permite reconsiderar as fases do ciclo de vida conforme são vividas em algumas regiões do mundo, essas fases passam pela infância, escola, trabalho e reforma, nesta última, as pessoas tentam complementar áreas da sua vida anteriormente negligenciadas, nomeadamente voltar a estudar, estas oportunidades, estão, no entanto, inúmeras vezes, condicionadas pelo fator saúde, é assim que reconhecemos que o aumento da longevidade nem sempre significa boa saúde (OMS,2015).

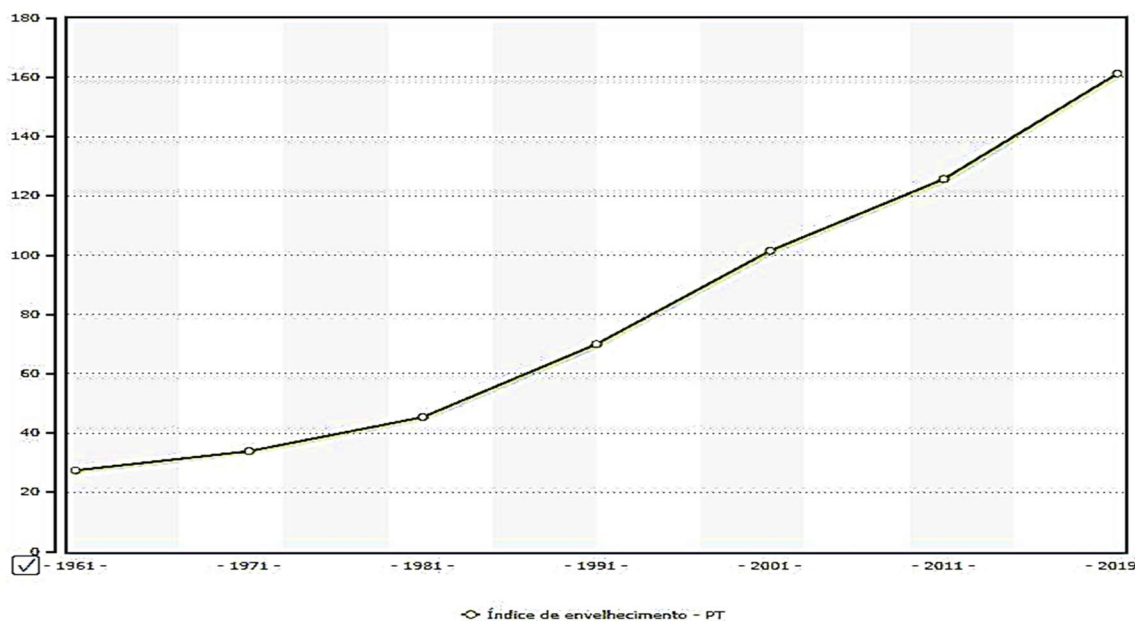
A diminuição gradual das taxas de natalidade associada ao aumento da esperança média de vida, também influenciam o envelhecimento populacional. Entender o processo de envelhecimento reveste-se de vital importância, uma vez que permitirá compreender as causas dos processos degenerativos associados ao envelhecimento e desenvolver estratégias no sentido de moderar as consequências do envelhecimento e promover autonomia e qualidade de vida. Este é um processo que depende da genética e dos hábitos ao longo da vida (Fechine & Trompieri, 2012).

Por outro lado, o envelhecimento populacional por todo o mundo, pode ser afetado por três processos demográficos, a fertilidade, a mortalidade e a migração, que consequentemente afetam o tamanho e a composição etária de uma população. O declínio da fertilidade, o aumento da expectativa de vida, e o aumento da longevidade têm influência no incremento

do envelhecimento, no entanto a migração pode também afetar as estruturas etárias das populações mesmo que de forma temporária, uma vez que são os jovens que mais migram (ONU, 2019b).

Em Portugal o envelhecimento demográfico continua a aumentar, observando os valores que o índice de envelhecimento assume, entre os anos de 1961 e 2020 (figura 2), percebe-se que existe um incremento na relação entre o número de pessoas com 65 anos e mais por cada 100 pessoas menores de 15 anos reportando para valores de 27.5% para 165.1% respetivamente (PORDATA, 2021).

Figura 2: Índice de envelhecimento, rácio % - Portugal



Fonte: PORDATA Dados obtidos em 10-11-2021 atualizados em 12-08-2021

Quanto ao índice de longevidade que diz respeito ao número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos, sendo que quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa, este assume valores de 33.6% em 1961 para 48.7% em 2020 (PORDATA, 2021).

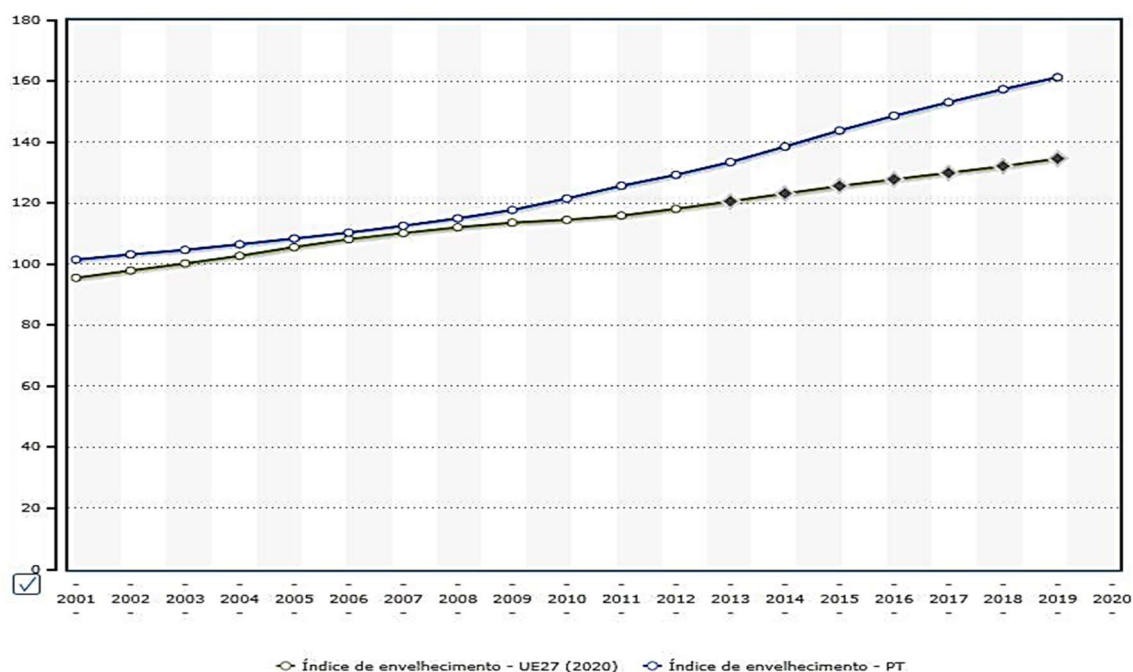
Estreitando a relação existente com os dados anteriores, também se denota uma relação de incremento entre os anos de 1961 e 2020 para o índice de dependência de idosos (número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos), sendo em 1961 de 12.7% para 34.7% em 2020 (PORDATA, 2021).

A taxa de fecundidade em Portugal ao longo dos anos sofreu um decréscimo vertiginoso sendo interpretado como o número de nascimentos por 1000 mulheres em idade fértil, assim observa-se em 1961 uma taxa de 95.7‰ para 37.2‰ em 2020 (PORDATA, 2021). A queda das taxas de fertilidade em que se englobam a taxa de fecundidade e o incremento da longevidade contribuíram para o envelhecimento da população (EUROSTAT, 2020).

Os dados de envelhecimento demográfico comparativamente com a Europa no que diz respeito à taxa de fecundidade, índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos, e índice de longevidade acompanham as tendências para Portugal (PORDATA, 2021).

No que diz respeito ao índice de envelhecimento (figura 3), verifica-se 95.6% para a Europa em contraste com 101.6% para Portugal em 2001 e pode-se confirmar um incremento deste índice, quer para a Europa quer para Portugal em 2019 com valores de 134.7% e 161.3% respetivamente, sendo que valores superiores a 100 indica-nos que existem mais pessoas idosas do que jovens menores de 15 anos em dada População (PORDATA, 2021).

Figura 3: Índice de envelhecimento rácio %, Europa-Portugal



Fonte: PORDATA Dados obtidos em 10-11-2021 atualizados em 12-08-2021

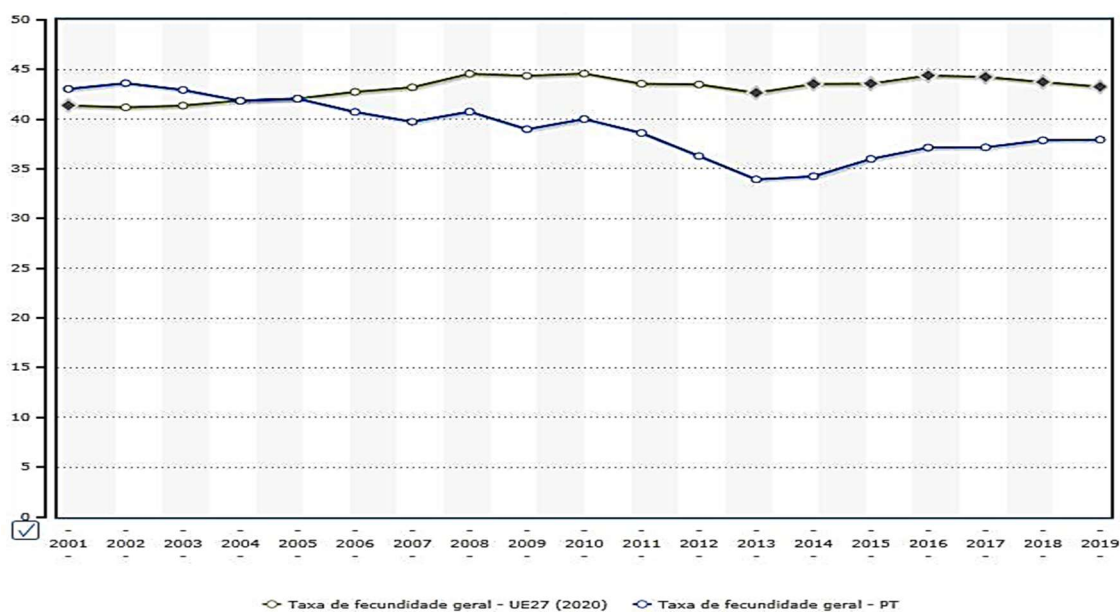
O índice de longevidade assume valores que apresentam um comportamento idêntico aos indicadores anteriores, sendo que em 2001 para a Europa o valor corresponde a 21.7% e para Portugal 21.4%, já em 2019 os valores sobem para 28.8% e 29.6% pela mesma ordem, quanto maior o valor que o índice assume, mais envelhecida se encontra a população idosa (PORDATA, 2021).

Em contraste com o índice de envelhecimento, também o índice de dependência tem aumentado com o decorrer dos anos, quer na Europa quer em Portugal, assim para 2001 verifica-se 23.6% para a Europa para 24.4% em Portugal, em 2019 os valores aumentam respetivamente para 31.7% e para 34.2%, de ressaltar que este índice quando apresenta

valores inferiores a 100 indica-nos que existem menos pessoas idosas do que pessoas em idade ativa (PORDATA, 2021).

A taxa de fecundidade na Europa em 2001 assume um valor de 41.4 nascimentos por 1000 mulheres em idade fértil para 43 nascimentos por mil mulheres em Portugal em período homólogo, já em 2019 estes valores sofrem alterações sendo que no caso da Europa o valor sobe um pouco para 43.3%, ao contrário de Portugal que decresceu para 37.9% (PORDATA, 2021).

Figura 4: Taxa de fecundidade geral Europa-Portugal



Fonte: PORDATA Dados obtidos em 10-11-2021 atualizados em 10-09-2021

A forma como hoje encaramos o envelhecimento tem-se alterado, motivado pelo crescente envelhecimento das populações, associado à crescente esperança de vida e a quebra da natalidade, aliás, a nossa forma de viver acabará por modificar atendendo à expectativa de uma maior longevidade, não se limitando à simples observação da passagem do tempo (Faria, et al., 2020).

O envelhecimento não é apenas um fenómeno demográfico, é todo um conjunto de alterações significativas que se conjugaram e promoveram este fenómeno, nomeadamente mudanças no comportamento, como diminuição no número de filhos, alterações na saúde, como mais higiene, melhores hábitos alimentares e mais cuidados de saúde, assim o envelhecimento com qualidade é cada vez mais uma perspetiva ao alcance de todos, isto porque cada vez mais se consegue atrasar os efeitos negativos de envelhecer e porque se pode recorrer a habilidades e estratégias que possibilitam um ajuste eficaz a essas perdas (Faria et al., 2020).

1.2. Envelhecimento ativo e Envelhecimento saudável

Em 2001 o envelhecimento inicia um período de reconhecimento e importância, com a OMS a introduzir o conceito de envelhecimento ativo cerca de 10 anos mais tarde com a celebração do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, assim o envelhecimento ativo passa a expor um conjunto de intervenções que têm como objetivo permitir às pessoas idosas manter uma vida saudável (Faria et al., 2020).

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e económicas em todo o mundo. No entanto, as pessoas da 3ª idade são, geralmente, ignoradas como recurso quando, na verdade, constituem recurso importante para a estrutura das nossas sociedades (OPAS, 2005, p 8).

O envelhecimento ativo é o termo adotado pela OMS para definir o processo através do qual é possível otimizar oportunidades de saúde, participação e segurança, de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas que se encontram a viver um processo de envelhecimento, de forma que este conduza a uma experiência positiva (OPAS, 2005).

Existem fatores determinantes para o envelhecimento ativo, são os comportamentais, económicos, sociais, pessoais, serviços sociais e de saúde e o ambiente físico, dois são transversais aos restantes, são o género e a cultura (dependendo da cultura e do género em determinadas populações, o entendimento do processo de envelhecimento e do envelhecimento ativo pode ser influenciado). Estes fatores por si só, ou por interação entre si, determinam o percurso do processo de envelhecimento, é a compreensão desses mesmos fatores, que permitirão o desenvolvimento de políticas e programas com sucesso para o envelhecimento (OPAS, 2005).

A saúde e qualidade de vida das pessoas idosas são influenciados por estes fatores determinantes, sabemos que o entendimento destes, permite compreender como envelhecem os indivíduos, assim como as populações, da mesma forma, como afetam a saúde o seu bem-estar e o curso de vida, aproveitando para estimular a saúde, a participação e a segurança em todos os estágios de vida (OPAS, 2005).

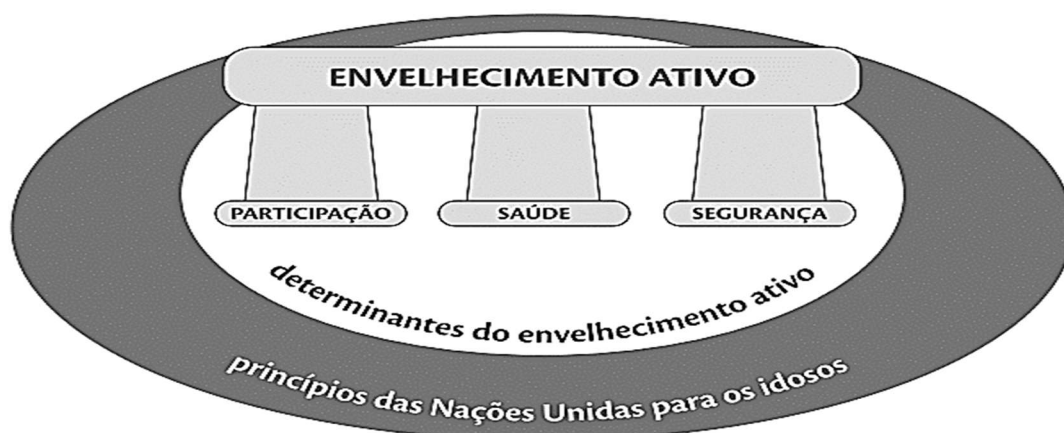
São vários os desafios de uma população em processo de envelhecimento, principalmente identificados como globais, nacionais e locais, tais como carga dupla de doenças (alteração do padrão de doenças infecciosas transmissíveis para doenças não transmissíveis, mais evidente nos Países desenvolvidos), maior risco de deficiência (doenças crônicas como principal causa de deficiência e pior qualidade de vida, este facto é observável tanto nos países desenvolvidos como os que se encontram em desenvolvimento e crescem ameaça à independência das pessoas mais velhas), fornecer cuidados às populações em processo de

envelhecimento (conforme as pessoas envelhecem torna-se cada vez mais importante permitir um equilíbrio entre o apoio ao autocuidado, cuidado informal e cuidado formal), a feminização do envelhecimento (frequentemente vítimas de violência doméstica e de discriminação, o que representa uma maior tendência a serem mais pobres e a serem vítimas de maior deficiência em idade avançada), o quinto desafio do envelhecimento ativo reporta à ética e iniquidades (por exemplo, quando o prolongamento da vida colide com o comprometimento da qualidade, quando a idade avançada colide com outras questões discriminatórias, como a raça, etnia ou gênero), a economia de uma população em processo de envelhecimento (este apoia-se na premissa que todas as pessoas acima dos 60 anos são dependentes, no entanto, muitos destes indivíduos continuam a trabalhar normalmente, ou até colaboram com atividades voluntárias, trabalho informal e apoio familiar, como pessoas idosas que tomam conta dos seus netos), por último a criação de um novo paradigma revela-se um desafio com o objetivo de mudar a forma como a sociedade percebe as suas pessoas idosas, estas devem ser vistas como participantes ativos da sociedade, contribuintes ativos e em simultâneo, beneficiários do desenvolvimento (OPAS, 2005).

Para ultrapassar estes desafios são fundamentais reformas políticas, tanto para os países desenvolvidos como os que se encontram em desenvolvimento, no entanto estes últimos são os que enfrentam desafios superiores, sendo que a maioria deles ainda não possui políticas abrangentes para o envelhecimento (OPAS, 2005).

A estrutura política (figura 5) para o envelhecimento ativo, apoia-se nos princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas, que são independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. Já as decisões baseiam-se na interpretação da forma como os determinantes do envelhecimento ativo afetam o envelhecimento das pessoas e as populações. A estrutura desta política apoia-se em três pilares, a saúde, a participação e a segurança (OPAS, 2005).

Figura 5: Os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Envelhecimento ativo pág. 45.

A saúde objetiva, manter baixos os níveis dos fatores de risco para desenvolvimento de doenças crônicas e declínio funcional, sejam fatores comportamentais como ambientais, e os fatores protetores altos, permitindo que poucas pessoas idosas precisem de forma continuada de tratamentos médicos e assistenciais dispendiosos. A participação prevê a premissa de que as pessoas mais velhas continuem a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas e não remuneradas no decurso do seu processo de envelhecimento, participando em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, atendendo aos seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências. Quanto à segurança, esta é alcançada quando os programas e políticas atendem às necessidades e direitos das pessoas idosas, assegurando a proteção, dignidade e assistência aos que não se conseguem proteger e sustentar, e provendo auxílio às famílias que cuidam das pessoas idosas (OPAS, 2005).

É assim essencial, permitir o apoio e solidariedade intergeracional, reduzir iniquidades entre homens e mulheres, dar mais atenção a indivíduos que vivem em pobreza e marginalizados assim como aqueles que residem em zonas rurais, o envelhecimento ativo procura também reduzir ou eliminar a discriminação por idade, envolver as pessoas mais velhas e seus cuidadores no planejamento, implementação e avaliação de políticas, programas e atividades que permitem desenvolver o conhecimento associado ao envelhecimento ativo (OPAS, 2005). Com o envelhecimento é essencial repensar o papel das pessoas idosas na sociedade, permitindo destacar o seu valor econômico e social, torna-se importante criar oportunidades de lazer e cultura e reintegrar as pessoas mais idosas numa vida útil, ativa e produtiva permitindo corresponder o seu envelhecimento aos pressupostos do envelhecimento ativo (Faria et al., 2020).

Quanto ao envelhecimento saudável, este é muito mais que a ausência de doença, passa essencialmente pela manutenção da habilidade funcional da pessoa idosa, baseando a atenção à pessoa idosa em modelos integrados e centrados nas necessidades desta, muito mais do que em modelos curativos de doença (OMS, 2015).

A WHO (2021) define envelhecimento saudável como o processo de promover o desenvolvimento da capacidade funcional, e a sua manutenção de forma a promover o bem-estar na velhice.

O envelhecimento saudável atende a conceitos que são importantes para definir a saúde e a funcionalidade das pessoas idosas, são a capacidade intrínseca e os ambientes em que estão inseridos, assim como as relações ou interações que estabelecem com estes (capacidade funcional) (OMS, 2015).

A capacidade intrínseca refere-se à capacidade física e mental do indivíduo, e nas quais este se pode apoiar no decurso da sua vida. Os ambientes em que estes se encontram inseridos podem fornecer recursos ou mesmo barreiras que associados ao nível de capacidade dos indivíduos, permitem ou não realizar o que consideram importante, isto significa que pessoas

idosas com limitação na sua capacidade podem ser capazes de fazer o que necessitam, se tiverem acesso a meios que o permita, como exemplo acesso a muletas, cadeiras de rodas ou até mesmo acesso fácil a transportes. A capacidade funcional faz referência aos indivíduos, seus ambientes e à interação entre eles, é definida como as propriedades relacionadas com a saúde, necessárias para que as pessoas sejam elas próprias ou realizem o que mais as motiva ou o que mais valorizam (OMS, 2015).

Assim, define-se o envelhecimento saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015, p.13).

As capacidades intrínsecas e funcionais vão-se alterando ao longo da vida e tendem a diminuir, no entanto as escolhas de vida ou as intervenções de que os indivíduos são alvo podem determinar o caminho que irão percorrer (OMS, 2015).

A promoção do envelhecimento saudável pode ser alcançada tendo por objetivo, maximizar a capacidade funcional, o que se pode conseguir através da construção e manutenção da capacidade intrínseca e criando oportunidades para que uma pessoa com diminuição da capacidade funcional possa fazer o que mais valoriza. Foram assim definidas quatro áreas de ação prioritárias no sentido de alcançar este objetivo; alinhar os sistemas de saúde a populações idosas; desenvolver sistemas de cuidados de longo prazo; criar ambientes favoráveis às pessoas idosas; e melhorar a medição, o monitoramento e a compreensão (OMS, 2015).

As ações de saúde pública quanto aos serviços de saúde, antecipa a prevenção de doenças crónicas ou a garantia da sua deteção precoce numa fase em que a capacidade é alta e estável, a reversão ou diminuição dos declínios da capacidade, na fase em que a capacidade se encontra em declínio e a gestão de doenças crónicas avançadas na fase em que já existe perda significativa da capacidade (OMS, 2015).

No que diz respeito aos cuidados de longo prazo, as ações de saúde pública, centram-se na fase em que a capacidade já se encontra em declínio, incentivando comportamentos que melhorem a capacidade e numa fase já muito avançada em que existe perda significativa da capacidade garantindo uma vida digna (OMS, 2015).

Quanto aos ambientes e independentemente da fase de capacidade em que as pessoas idosas se encontram as ações passam por promover comportamentos que aumentem ou melhorem a capacidade e a eliminação de barreiras à participação, compensando a perda de capacidade. Por vezes os serviços de saúde ainda se centram em curar condições ou sintomas agudos, é necessário continuar a desenvolver serviços que permitam uma atenção integral centrada nas necessidades das pessoas idosas, esta mudança pode ser revestida de desafios em países de baixo e médio rendimento (OMS, 2015).

Alguns procedimentos estão descritos como sendo favoráveis, ao permitir que os sistemas de saúde se alinhem com as necessidades das populações idosas, assim é necessário; desenvolver e garantir o acesso a serviços que proporcionam cuidados centrados e integral para as pessoas idosas; orientar sistemas em torno de capacidades intrínsecas; garantir a existência de uma força de trabalho de saúde sustentável e adequadamente treinada (OMS, 2015).

Para que seja possível garantir e fornecer cuidados centrados para pessoas idosas é necessário que os serviços se encontrem organizados em torno das necessidades e preferências desta população, que sejam favoráveis à idade e se encontrem envolvidos com as famílias e comunidades, sendo necessária uma integração entre os vários níveis e serviços, assim como entre os serviços de saúde e os cuidados de longa duração (OMS, 2015).

Conforme referi anteriormente existe um objetivo que deve ser comum a todos os intervenientes, para que seja possível concretizar o envelhecimento saudável, que é otimizar a capacidade funcional das pessoas idosas. Existem cinco domínios de capacidade funcional que se encontram interligados e que são essenciais para que as pessoas idosas consigam realizar as atividades a que dão mais valor, estes são as habilidades para; atender às suas necessidades básicas; aprender, crescer e tomar decisões; movimentarem-se; construir e manter relacionamentos; e contribuir, em conjunto estas habilidades permitem que as pessoas idosas envelheçam de forma segura, possam continuar a desenvolver-se pessoalmente, a contribuir para a sua comunidade e manter a sua autonomia e saúde (OMS, 2015). A autonomia é um fator que se revela de suma importância para a qualidade de vida em todo o processo de envelhecimento, e que reporta à capacidade que a pessoa idosa apresenta, para que de forma livre escolha quanto às suas atitudes e comportamentos (Fonseca & Siqueira 2015)

As ações necessárias para promover estas habilidades atuam de duas formas, a primeira por meio da construção e manutenção da capacidade intrínseca, minorando riscos, estimulando comportamentos saudáveis e removendo barreiras e a segunda é a de permitir maior capacidade funcional (OMS, 2015).

Desta forma existem três abordagens prioritárias, que são combater a discriminação etária; permitir a autonomia; apoiar o envelhecimento saudável em todas as políticas e em todos os níveis de governo. Sabe-se que os clichês ou estereótipos baseados na idade podem afetar os comportamentos, o desenvolvimento da política e até mesmo a pesquisa realizada. assim, é necessário desconstruir no pensamento de outras gerações os significados já atribuídos ao envelhecimento (OMS, 2015).

Quanto à autonomia, esta encontra-se sujeita ao atendimento das necessidades básicas da pessoa idosa, apresenta um grande efeito sobre a dignidade, integridade, liberdade e independência das pessoas idosas e representa uma enorme importância para o seu bem-estar geral. No sentido de maximizar a autonomia, potencializa-se a capacidade intrínseca,

é possível reforçar a autonomia independentemente do nível de capacidade da pessoa idosa (OMS, 2015).

A terceira prioridade, reforça a necessidade de incluir o Envelhecimento Saudável em todas as políticas e em todos os níveis de governo, englobando estratégias e planos de ação nacionais, regionais, ou municipais de envelhecimento (OMS, 2015).

No relatório de base para a década do envelhecimento saudável (2021-2030), assume-se que todos as pessoas idosas farão parte de um plano de ação que conduzirá ao envelhecimento saudável e que cada pessoa idosa é significativa para a mudança. Calcula-se que em 2030 cerca de 1 em cada 6 pessoas terá mais de 60 anos e por isso é necessário o envolvimento de todos, nomeadamente governos, sociedade civil, agências internacionais, meio académico, meios de comunicação e setor privado por forma a criar condições que promovam a melhoria das condições de vida das pessoas idosas, suas famílias e comunidades permitindo que todas as pessoas possam conseguir viver vidas longas e saudáveis (OMS, 2021).

A década do envelhecimento saudável visa criar oportunidades para a melhoria da capacidade funcional das pessoas idosas até 2030 e prevê a abordagem em quatro áreas de ação com o objetivo de promover a saúde, prevenir doenças, manter a capacidade intrínseca e permitir a capacidade funcional, assim é necessário mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos no que respeita à idade e ao envelhecimento, assegurar que as comunidades sejam capazes de estimular as capacidades das pessoas idosas, prestar cuidados integrados, centrados nas pessoas e cuidados de saúde primários que respondam às necessidades das pessoas mais velhas e por último permitir que as pessoas idosas que necessitem de cuidados de longa duração obtenham esse acesso (OMS, 2021).

Conforme referi anteriormente, o envelhecimento saudável reveste-se de importância de igual forma para todos e diz respeito à criação de oportunidades que permitam às pessoas ser e fazer o que valorizam, otimizando a capacidade funcional. Esta reporta às capacidades das pessoas em satisfazer as suas necessidades básicas, permitindo assegurar um nível de vida adequado, aprender, crescer e tomar decisões, ser móvel, construir e manter relações e colaborar com a sociedade. Assim, a capacidade funcional combina a capacidade intrínseca da pessoa, o ambiente em que vive e a forma como cada pessoa interage com o seu ambiente (OMS, 2021).

A capacidade intrínseca é definida como as capacidades físicas e mentais que cada pessoa pode utilizar, nomeadamente a capacidade locomotora, capacidade sensorial tal como a sua visão e audição, a vitalidade tal como energia e equilíbrio, cognição e capacidade psicológica, todas estas capacidades estão interligadas e contribuem para a capacidade funcional (OMS, 2021).

Os ambientes são onde as pessoas vivem e levam a sua vida, estes moldam o que as pessoas mais velhas, atendendo ao seu nível de capacidade intrínseca, podem ser e fazer. Estes incluem o lar, a comunidade e a sociedade em geral, e relacionam-se com produtos, equipamentos e tecnologias que facilitam as capacidades e habilidades das pessoas idosas, o ambiente natural ou construído, o apoio emocional, a assistência e relações fornecidas por outras pessoas e animais; atitudes, uma vez que estas influenciam o comportamento, e serviços, sistemas e políticas que podem ou não contribuir para melhorar o funcionamento em idades mais avançadas (OMS, 2021).

O envelhecimento saudável é influenciado por vários fatores ao longo da vida, nomeadamente aqueles identificados como áreas prioritárias de ação. Ao longo do tempo, estes fatores resultam em trajetórias de capacidade intrínseca e capacidade funcional para cada pessoa, ou para um grupo de pessoas, as trajetórias são também influenciadas por eventos locais e globais, e podem ser moldadas por outros fatores, tais como as alterações climáticas. Quase todos os determinantes do envelhecimento saudável podem ser melhorados por políticas dirigidas a diferentes níveis, nomeadamente a família, comunidades, a nível regional, nacional ou global. As ações que derrubam a discriminação e permitem igualar as condições socioeconómicas são suscetíveis de elevar a trajetória de um envelhecimento saudável para todos (OMS, 2021).

Sempre nos preocupamos com o envelhecimento, sendo que, para uns, este representa uma diminuição das capacidades de vida diária, para outros, um período de vulnerabilidade crescente que representa maior dependência, e para outros, a velhice aponta para um período áureo de sabedoria, bom senso e tranquilidade (Fechine & Trompieri, 2012).

No geral, a forma como o envelhecimento e a velhice são compreendidos, está relacionada com vários fatores, nomeadamente o contexto socioeconômico, cultural, político e as práticas sociais que permitam às pessoas idosas viver de forma plena os seus direitos e deveres (Luiz et al., 2018).

O envelhecimento tem assumido aspetos positivos, vários indivíduos referem que se os anos a mais forem vividos com saúde, o nível de satisfação com a vida destas pessoas idosas aumenta, permitindo mesmo criar relações mais fortes quer com a sua família, amigos, como a comunidade (EUROSTAT, 2021).

Contrariamente ao exposto anteriormente, alguns analistas apontam o envelhecimento como um desafio que colocará a economia em risco, provocando decréscimo econômico, reduzindo a oferta de trabalho, aumentando os custos sociais atendendo à idade e colocando em risco as finanças públicas, isto atendendo ao aumento do número de pessoas idosas em relação às pessoas em idade ativa (EUROSTAT, 2021).

Com o objetivo de abordar temáticas da qualidade do envelhecimento da população, a promoção da saúde e bem-estar nessa fase da vida, assim como a criação de redes de apoio.

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) convocou em 1982 a primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, do qual resultou o Plano internacional de ação de Viena. Em 1991 seriam adotados pela Assembleia Geral os Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas, visando 18 direitos que se relacionavam com a independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade (ONU, 2021).

Em 1992 realizou-se Conferência Internacional sobre o envelhecimento com o objetivo de rever o plano de ação e da qual resultou uma declaração sobre o envelhecimento, 1999 foi declarado o Ano Internacional das Pessoas Idosas e o dia 1 de outubro de cada ano como o dia Internacional das Pessoas Idosas (ONU, 2021).

Em 2002 na cidade de Madrid, realizou-se a segunda Assembleia mundial sobre o envelhecimento com o objetivo de delinear uma política internacional sobre o envelhecimento no século XXI, emergiu uma declaração política e um plano de ação internacional sobre o envelhecimento, que demandava alterações nas atitudes, políticas e práticas permitindo dar resposta ao envelhecimento no século XXI (ONU, 2021).

A diversidade das populações é fruto da herança genética, mas não só, é também efeito da ação dos ambientes físicos e sociais a que pertencemos e ao relacionamento que desenvolvemos com esses ambientes, assim o nosso lar, a nossa vizinhança, a nossa comunidade, a nossa família, o nosso género e a nossa etnia, podem conduzir a desigualdades na saúde em todo o curso de vida (OMS,2015).

No sentido de promover o envelhecimento saudável e ativo, torna-se essencial investir na prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, sendo possível preveni-las através da intervenção nos fatores de risco e nos determinantes de saúde, permitindo a redução da carga de doença, da morte prematura, da morbilidade e incapacidade, e conduzindo a um incremento da qualidade de vida, do bem-estar, coesão social e produtividade das pessoas e comunidades (DGS, 2015).

1.3. Pessoa idosa

A pessoa idosa é definida quanto à idade de várias formas, por entidades distintas. Para a OMS, a pessoa idosa é aquela com mais de 65 anos nos países desenvolvidos e com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento (OMS, 1984). Para a ONU, pessoa idosa é toda a pessoa com 60 anos ou mais (ONU, 2019a). Mas no documento Perspetivas da população mundial 2019, a ONU assinala a pessoa idosa como aquela com 65 anos ou mais (ONU, 2019b). No documento Envelhecimento da Europa - analisar a vida das pessoas idosas na Europa, as pessoas idosas são aqueles com 65 anos ou mais e pessoas muito idosas aquelas com 85 anos ou mais (EUROSTAT,2020).

A idade cronológica não indica desenvolvimento biológico, psicológico ou social, uma vez que não é a promotora desse mesmo desenvolvimento, reporta apenas ao número de anos decorridos desde o nascimento do indivíduo (Dugarova, 2017; Schneider & Irigaray, 2008).

Caraterizar as pessoas mais velhas, apenas com base na idade cronológica pode demonstrar-se contraproducente, pois esta não representa de forma precisa e objetiva, as modificações que acompanham o envelhecimento. Existem fatores como o estado de saúde, participação e níveis de independência que por representarem variações entre pessoas da mesma idade, influenciam o envelhecimento de cada um (OPAS, 2005).

É reconhecida a diversidade das populações de pessoas idosas, esta diversidade reflete-se na frase “não existe mais a pessoa tipicamente velha”, desta feita, podemos estar perante populações de pessoas idosas de 80 anos com capacidades de pessoas jovens, e em contrapartida, pessoas com 60 anos ou mais com declínios funcionais que comprometem a realização de tarefas simples (OMS,2015).

O pressuposto de que as pessoas mais velhas hoje têm mais saúde que os seus ascendentes, é uma suposição que se demonstra levemente positiva, pois o facto de que hoje as pessoas mais velhas podem viver mais anos, não é sinónimo de qualidade de vida nesses anos vividos a mais (OMS, 2015).

Biologicamente a pessoa idosa caracteriza-se por modificações que ocorrem a nível do seu corpo e mente que se processam ao longo do seu desenvolvimento e que são características do envelhecimento (Dugarova, 2017; Schneider & Irigaray, 2008). O envelhecimento biológico é sinónimo de vulnerabilidade, e indica envelhecimento de todos os órgãos ou sistemas orgânicos sendo que todos envelhecem de forma distinta (Moraes et al.,2010).

A pessoa idosa socialmente caracteriza-se pelo desenvolvimento de papéis que lhe permite obter um determinado status social (por exemplo o papel desempenhado pelos avôs) (Dugarova, 2017). É baseado no seu comportamento em determinadas situações, que se designa o indivíduo como mais velho ou mais novo, ou seja, na sua cultura de acordo com a sua idade é esperado determinado comportamento, a forma como se veste, como fala, os seus hábitos e a forma como desempenha determinados papeis sociais também têm influência. Por outro lado, quando a pessoa deixa o mercado do trabalho, a sociedade considera-a improdutiva e inativa, pelo que socialmente se pode passar a definir como idosa. Como resultado ocorre rompimento de relações com pessoas com quem se convivia, redução salarial e diminuição de atividades fora do ambiente de trabalho. Usualmente com a reforma pode ocorrer o oposto e dar-se início a uma vida em sociedade mais ativa e prazerosa (Schneider & Irigaray, 2008).

Sob o ponto de vista psicológico, a pessoa idosa é aquela que inicia um processo de perda ou lapsos de memória, dificuldade na aprendizagem, dificuldade em manter a atenção, orientação e concentração, ou seja, alteração de capacidades cognitivas que ocorrem

naturalmente com a idade. Apesar de tudo estas perdas podem ser compensadas pela experiência de vida, sabedoria e conhecimento. Outro conceito associado, é a capacidade de adaptação e superação que a pessoa idosa apresenta mediante situações críticas do próprio processo de envelhecimento (OMS, 2005)

As pessoas idosas podem desenvolver estratégias que permitam proteger-se quando ocorrem situações novas e stressantes e desenvolverem adaptação a essas mesmas situações, é nesta altura que surge o conceito de resiliência que define a capacidade que a pessoa idosa tem de recuperar quando é ameaçada por uma situação de stress e o conceito a de plasticidade que define o seu potencial para a mudança, ambos os conceitos revestem-se de uma importância vital para o envelhecimento bem-sucedido (Schneider & Irigaray, 2008).

O envelhecimento psicológico reporta ao amadurecimento e autoconhecimento que a pessoa idosa desenvolve, de forma a conseguir independência psíquica que é indispensável para a sabedoria (Moraes et al., 2010). Ou seja, reporta ao funcionamento psicoemocional (Dugarova, 2017).

Conforme Moraes et al., a autonomia e independência são fruto do equilíbrio entre o envelhecimento biológico e psicológico, a individualidade de cada um é sobejamente significativa quando se avalia as dimensões biológica e psicológica atendendo também ao meio familiar e social, o envelhecimento é individual, inconstante e conquistasse todos os dias desde que nascemos sendo que a velhice se revertesse de sucesso da velhice se tivermos vivido uma vida de sucesso (Moraes et al., 2010).

A pessoa idosa é heterogénea do ponto de vista das suas necessidades, capacidades, estilos de vida, experiências e preferências, sendo que todos estes são simultaneamente afetados pela idade, género, saúde, rendimento, educação, etnia entre outros (Dugarova, 2017).

1.4.Fragilidade

Apesar da grande conquista que representa o envelhecimento e o aumento da longevidade, novos desafios se levantam, nomeadamente a promoção do envelhecimento ativo e saudável, assim como o retardar da evolução da fragilidade e do declínio funcional (Faria et al., 2021).

Existem múltiplos conceitos da síndrome de fragilidade na pessoa idosa, este facto é motivado pelas várias dimensões que abrangem a fragilidade e, simultaneamente, por esta ser influenciada por fatores internos e também externos aos indivíduos. Torna-se relevante chegar a um único conceito, na medida em que se possa facilitar a intervenção rumo à prevenção da doença e promoção da saúde nestes indivíduos, atendendo à complexidade

desta síndrome e à evidente necessidade de prevenir, reter ou impedir a sua progressão no envelhecimento (Lana & Schneider, 2014).

Para Fried et al. (2001) fragilidade define-se como uma condição em que se verifica a presença de três ou mais critérios, de entre os seguintes; fraqueza muscular, lentidão da marcha, reduzida atividade física, exaustão relatada pela própria pessoa idosa e diminuição involuntária do peso, esta é uma síndrome de declínio de energia, alicerçada numa tríade de alterações que se relacionam com o envelhecimento e que se compõem por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica. O decréscimo das reservas de energia e resistência para fazer frente a stressores apresenta-se como sendo multifatorial e conduzem à alteração na capacidade de manter em equilíbrio o seu organismo o que resultará em eventos adversos para a saúde dos indivíduos (Fried et al., 2001).

Uma outra definição para a fragilidade reporta a uma condição que aponta para a associação de problemas físicos, funcionais, cognitivos ou sociais que se relacionam com o envelhecimento e têm relevância clínica (Rockwood et al., 2005).

Gobbens et al. (2010) definem a fragilidade como uma condição que influencia a qualidade de vida das pessoas idosas, seus familiares e seus cuidadores e que resulta de uma diminuição ou declínio gradual das reservas fisiológicas e simultaneamente, de uma relação intrincada e constantemente em alteração entre fatores físicos, psicológicos e sociais.

O conceito de fragilidade na sua essência era basicamente funcional, assim as pessoas idosas com vários graus de dependência, eram classificados como frágeis, no entanto a evolução do conceito conduziu a uma base fisiopatológica, com redução da reserva funcional e alteração da função de vários sistemas orgânicos, o que conduz à redução acentuada da capacidade de restabelecimento das funções, à eficiência de medidas terapêuticas e de reabilitação e por último à capacidade de sobrevivência (Ferriolli et al., 2013).

O processo de envelhecimento é naturalmente acompanhado de perda de reserva fisiológica que ocorre de forma diferente de pessoa para pessoa no que respeita à forma como surge e ao nível de gravidade. A síndrome de fragilidade reporta precisamente ao desgaste da capacidade compensatória do organismo, o que por sua vez conduz a uma grande vulnerabilidade a múltiplos fatores, com impacto negativo para o a pessoa idosa que é de forma insuficiente, capaz de responder a esses estímulos (Carvalho, 2020). O conceito da síndrome de fragilidade, reporta a uma condição do foro genético e com origem neuroendócrina, que desencadeia vulnerabilidade a condições de doença na pessoa idosa, é determinada por redução na massa e força muscular assim como baixa energia para as tarefas do dia-a-dia (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2020).

Todas as pessoas idosas portadoras destas alterações estão sujeitas a diminuição acentuada da massa muscular e a um estado inflamatório crónico que quando se associam com outros fatores extrínsecos (por ex. doenças agudas, crônicas, imobilidade e redução da ingestão

alimentar) conduzem a um ciclo de redução de energia, com aumento de dependência e consequentemente maior suscetibilidade a outros agressores (Fried et al., 2001). Os sintomas mais comuns desta síndrome, são perda involuntária de peso, fraqueza, redução da velocidade de marcha e exaustão, pela ação destes sintomas, podem ocorrer situações como queda, hospitalização, declínio funcional e até morte. As doenças crônicas que a pessoa idosa possa ter, também influencia esta condição clínica (SBGG, 2020).

A síndrome de fragilidade promove o risco a eventos adversos em pessoas idosas e por isso deve ser abordada corretamente. De acordo com Carvalho (2020), existem dois modelos conceituais da síndrome da fragilidade, o modelo fenotípico de Linda Fried e o modelo de acúmulo de déficits de Rockwood e Mitnitski. No modelo fenotípico, a síndrome de fragilidade, é conceptualizada como uma síndrome biológica com consequências principalmente físicas, define uma pessoa frágil como aquela que se apresenta com três ou mais constituintes físicos identificados no decorrer da avaliação física, tais como, perda de peso não intencional no último ano; fraqueza; exaustão; diminuição da velocidade de marcha e baixo nível de atividade física (Carvalho, 2020).

As características das pessoas idosas frágeis são, pessoa idosa com maior taxa de internamentos, maior número de quedas, dificuldades nas atividades de vida diária e maior mortalidade (Ferriolli et al. 2013). Também são os considerados frágeis as pessoas idosas com maior idade, menor nível de escolaridade, com doença crônica prévia, que se encontram institucionalizados, que utilizam medicação crônica, com poucas relações sociais e com histórico de quedas (Lana & Schneider, 2014; Neta et al., 2021). A intervenção atempada permite um envelhecimento de sucesso e é conseguida quando se diagnóstica a síndrome de fragilidade o mais precocemente possível, para tal é necessária a avaliação periódica das pessoas idosas por uma equipa multiprofissional (Neta et al., 2021).

A incidência e prevalência da síndrome de fragilidade varia de acordo com a definição da síndrome, atendendo a que esta não é uniforme e se considerarmos a utilizada por Fried e Watson, observa-se uma prevalência de 2,5%, para pessoas idosas com idade entre os 65 e 70 anos, e acima dos 30% para pessoas idosas acima dos 90 anos (Ferriolli et al., 2013).

A fragilidade aumenta com a idade e é superior no sexo feminino, está associada a um menor nível de escolaridade, menor nível económico, diminuição do estado de saúde, maior número de doenças crônicas e deficiência, sendo esta um resultado da fragilidade e a comorbilidade um fator de risco para a desenvolver (Fried et al., 2001). Conforme referi anteriormente, a prevalência da síndrome de fragilidade, no caso das pessoas idosas institucionalizados, revela-se de elevado grau. Para além dos fatores anteriormente indicados acresce a polimedicação, o défice cognitivo e as quedas, o conhecimento destes fatores permite intervir na prevenção e controle da mesma (Neta et al., 2021). A fragilidade também se associa ao estado civil nomeadamente na população não casada e à percepção que as pessoas idosas possuem da sua saúde, sendo influenciada pelas condições físicas,

psicológicas e sociais, é também prevalente problemas da área sensorial, tais como déficit de visão e audição, sentir cansaço físico, sentir desânimo, ansiedade, complicações no equilíbrio, na marcha e ausência de força nas mãos (Faria et al., 2021).

Num estudo realizado no Norte de Portugal Continental, foi possível concluir alguns dos fatores indicados anteriormente assim, a prevalência da síndrome de fragilidade tem tendência a aumentar com a idade, essencialmente na população não casada e com nível de escolaridade inferior ao primeiro ciclo, pelo que é importante implementar estratégias que permitam atuar no isolamento social e promover o envelhecimento ativo (Moreira et al., 2018).

Apesar de existirem tratamentos medicamentosos que se baseiam na fisiopatologia desta condição clínica, não existem, contudo, tratamentos específicos que tratem esta síndrome como um todo (Ferriolli et al., 2013).

A abordagem à pessoa idosa frágil deve ter como objetivo, a identificação atempada da fragilidade, tentar identificar as causas que possam ser objeto de tratamento e promover a decisão informada e participada. Esta intervenção deve permitir reconhecer a individualidade de cada pessoa no que diz respeito a questões genéticas, ambientais como estilo de vida e patológicas ou clínicas como doenças crônicas, permitindo intervir de forma direcionada, multidimensional e eficaz (Carvalho, 2020).

Atendendo ao anteriormente exposto, e sendo o tratamento da síndrome de fragilidade ainda limitado, há cada vez mais a necessidade de investir na prevenção atempada desta síndrome, para isso é essencial a mudança de estilos de vida quando se verificarem, cessação tabágica, cessação da ingestão de álcool, cessação da ingestão de substâncias psicoativas, tratamento escrupuloso de doenças crônicas e célere de doenças agudas e alimentação equilibrada e diversificada, manutenção de atividade física adequada e o uso cauteloso de medicação (Ferriolli et al., 2013).

De acordo com os autores Ferriolli et al. (2013) acresce ao anteriormente descrito e numa ótica de prevenção secundária a prevenção de quedas, a correção de perdas com órteses e a reposição de vitaminas e minerais quando se vislumbra necessário.

As intervenções terapêuticas para tratar esta condição, passam essencialmente por fisioterapia no sentido de aumentar a massa muscular e a toma de suplementos alimentares que reduzam a perda de massa muscular (SBGG, 2020). Outras intervenções têm sido propostas, tais como, atividade física, no sentido de promover o ganho de massa muscular; suplementação alimentar, para prevenir a perda de massa magra e aumento do estado energético; suplementação hormonal, de forma a obter alguma atuação na desregulação neuroendócrina e conforme afirmado anteriormente, a utilização de medicação que permita atuar nos constituintes da fisiopatologia da síndrome. Isoladamente estas intervenções apresentam um grau bem menor de eficácia do que quando se utilizam em conjunto, é o

caso da atividade física simultaneamente utilizada com a suplementação alimentar (Ferriolli et al., 2013). As intervenções direcionadas a pessoas idosas com síndrome de fragilidade diagnosticada devem ter como objetivo manter a independência funcional e a qualidade de vida da pessoa idosa, evitando a hospitalização e institucionalização. Para além destas intervenções é necessário considerar eliminar das prescrições medicamentosas todos os medicamentos que já não se revelam apropriados, principalmente no caso de cuidados agudos (Carvalho, 2020).

No modelo de acúmulo de déficits, a fragilidade é avaliada através do índice de fragilidade, ou Frailty Index (FI), este é constituído por variáveis que reportam a problemas de saúde como comorbidades, fatores psicológicos, sintomas e incapacidades, que vão surgindo no decorrer do envelhecimento (Carvalho, 2020).

São vários os instrumentos que permitem avaliar ou diagnosticar a síndrome de fragilidade, tais como fragilidade fenotípica (Frailty phenotype), Índice de Fragilidade (*Frailty Index*), Escala de Fragilidade Clínica (*Clinical Frailty Scale*) ou Escala FRAIL (*Mnemônico para F: fatigue, R: resistance, A: ambulation, I: illness, L: loss of weight), estes podem ser utilizados por profissionais devidamente treinados (Carvalho, 2020).

A fragilidade aumenta as possibilidades de os indivíduos apresentarem a sua saúde impactada negativamente ou até sofrerem de morte precoce. Esta é um preditor em grau elevado de mortalidade, independentemente do meio em que o indivíduo se encontre inserido, nomeadamente meio hospitalar ou comunitário (Damasceno et al., 2021).

Faria et al. (2021) concluem que entender quais os fatores que se associam à fragilidade atendendo à sua natureza multifatorial, reveste-se de suma importância atendendo a que permite diagnosticar e intervir precocemente, possibilitando a prevenção e promoção da saúde assim como reabilitar. Estes autores reforçam a recomendação de avaliação da fragilidade como parte da prática dos cuidados de saúde primários com o objetivo de impulsionar a saúde das pessoas idosas.

É deveras importante reconhecer as condições que convergem para a fragilidade, assim como os fatores de risco que possam ser alterados, nomeadamente obstáculos à capacidade funcional, e ao desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária (Faria et al., 2021).

Atendendo às alterações que as pessoas idosas sofrem decorrentes do envelhecimento e motivadas pela longevidade, tais como diminuição da função física, da função psicológica e social, reveste-se de extrema importância perceber e determinar quais as condições sociodemográficas e de saúde que influenciam ou motivam a fragilidade (Faria et al., 2021).

1.5. Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade surge inicialmente ligado ao estudo de comportamento de risco para desenvolver uma determinada patologia, tendo sido reforçada a importância do empenhamento dos indivíduos na prevenção e na modificação dos seus comportamentos. No entanto, a possibilidade de os indivíduos desenvolverem uma patologia, não está apenas relacionada com fatores apenas individuais, mas também fatores coletivos, contextuais e nomeadamente os recursos disponíveis (Ayres et al., 2009).

A vulnerabilidade pode ser percebida como a suscetibilidade do indivíduo para adoecer e que pode ser resultado de aspetos sociais, culturais, epidemiológicos, psicológicos e biológicos, torna-se necessário analisar todos estes aspetos de forma objetiva e subjetiva valorizando as experiências de vida dos indivíduos (Sousa et al., 2011)

Do processo de envelhecimento, ocorrem vulnerabilidades associadas a doença e dependência, principalmente em pessoas idosas que vivem com doenças crónicas não transmissíveis, sendo essencialmente as pessoas idosas com idades acima dos 80 anos as que evidenciam maior fragilidade e vulnerabilidade para a dependência (Figueiredo et al., 2021).

A análise de vulnerabilidade respeita à avaliação de três eixos que se interligam, são, a componente individual, componente social e componente programático ou institucional. No que diz respeito à componente individual ou pessoal, esta refere-se à capacidade de entender o problema e alterar a sua experiência de vida, o que depende do grau e qualidade de informação de que dispõem. Quanto à componente social, esta reporta às condições de bem-estar social como moradia, acesso a bens de consumo e liberdade de pensamento. O plano institucional refere-se à forma como as autoridades se comprometem em enfrentar os problemas; as ações propostas e efetivamente implantadas; como se coligam as instituições intersetorialmente para a ação, como por exemplo, a saúde, a educação, entre outros setores; desenvolvimento, financiamento e continuidade de programas; harmonia entre os programas institucionalizados e os desejos da sociedade; vínculos entre as instituições e a sociedade civil entre outras (Ayres, 2003).

Quando avaliada a atribuição de significados ao conceito de vulnerabilidade em saúde, evidenciasse conceitos como risco, suscetibilidade e precariedade, sendo que o risco predomina em muitos estudos científicos. O tema tem sido amplamente debatido, e verifica-se discordância na utilização de conceito de risco no que diz respeito aos modelos conceituais da vulnerabilidade, no entanto a sua utilização tem permitido definir a vulnerabilidade em saúde como um conjunto de fatores de risco individuais, sociais e programáticos, que podem conduzir os indivíduos à doença ou protegê-los da mesma (Florêncio et al., 2021).

Florêncio et al. (2021) apontam o termo suscetibilidade como um significado que tem sido inúmeras vezes atribuído à vulnerabilidade, de acordo com aspectos sociais, programáticos e individuais, colocam os indivíduos em confronto com o problema, mas também frente aos recursos para o enfrentar.

A vulnerabilidade em saúde sob o ponto de vista da precariedade aponta para a precariedade social, relacionando-se essencialmente com questões que transmitem iniquidades ou injustiças sociais e o seu confronto e que influenciam a saúde e bem-estar dos indivíduos. A vulnerabilidade apresenta caráter biossocial, ético, experiencial e político o que de certa forma contesta a contínua utilização do termo vulnerabilidade em saúde apenas como sinônimo de risco (Florêncio et al., 2021).

É extremamente importante que as pessoas idosas sejam capazes de desenvolver estratégias de enfrentamento que possibilitem proteção para os efeitos adversos, nomeadamente apoio familiar e social que promova apoio estrutural, emocional e afetivo, menos comorbidades, possuir um nível de funcionalidade que permita a realização de algumas tarefas e apresentar capacidade de resiliência (Figueiredo et al., 2021).

Sousa et al. (2011) declaram que no sentido de entender o porquê dos indivíduos adoecerem, é necessário explanar os aspectos biológicos, culturais, psicológicos, socioeconômicos e políticos, reportando para esta identificação a necessidade de compreender toda a situação que suscetibilize os indivíduos para a doença, assim a vulnerabilidade, quer a doenças como situações adversas ocorre de forma distinta, de acordo com as pessoas, locais, grupos sociais e está relacionada com o nível económico e educacional.

As doenças crónicas no processo de envelhecimento, são fator de risco para a condição de dependência que muitas pessoas idosas vivem, o que conduz na grande maioria das vezes em aumento do uso dos serviços de saúde, implicam um elevado impacto económico tanto para as famílias como para o estado, e impactam o rendimento familiar negativamente, o que condiciona as pessoas idosas no que diz respeito ao apoio social e comunitário (Figueiredo et al., 2021). Todos os fatores anteriormente descritos condicionam a qualidade de vida das pessoas idosas na medida em que esta pode ser afetada por todos eles.

1.6. Qualidade de vida e saúde na pessoa idosa

A qualidade de vida é definida como “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994 citado por OPAS, 2005, p.14)

Para Ferreira (1998) a qualidade de vida é afetada por fatores que se interrelacionam, tais como, a situação socioeconómica, questões políticas, causas ambientais, a habitação, a educação, o emprego e depende da perceção de vida de cada um. Para o autor a qualidade de vida no domínio da saúde é condicionada por fatores que afetam a saúde e o estado de saúde.

Importa referir que, para a OMS, o termo saúde se refere ao bem-estar físico, mental e social. A saúde precária encontra-se associada a condições crónicas, tais como, deficiência, perda da visão, audição, movimentos, doenças não transmissíveis, nomeadamente, as doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crónicas, cancro e demência. Outros problemas de saúde se detetados tardiamente podem ter efeitos negativos na saúde destas pessoas idosas, assim como os ambientes de apoio a pessoas com declínios funcionais que não conseguem garantir os princípios básicos para a manutenção da dignidade das suas vidas. Salienta-se que o impacto que estas condições de saúde representam quer para o funcionamento da pessoa idosa como para os encargos associados é superior quando estão presentes várias em simultâneo (multimorbilidade) (OMS,2015).

Já em 2001, George referia que são vários os fatores que afetam a saúde das pessoas, nomeadamente, os fatores de origem clínica, no entanto existem outros, os denominados determinantes de saúde, que descrevem tudo o que motiva alteração ou afeta a saúde dos indivíduos. A diversidade de fatores que afeta o equilíbrio saúde-doença são diversos e têm origem social, económica, ambiental e biológica/genética, sendo que os determinantes sociais da saúde são os maioritariamente responsáveis pelas iniquidades no acesso aos cuidados de saúde.

Segundo a OPAS (2005) a qualidade de vida, é afetada pela capacidade que o indivíduo em processo de envelhecimento tem para manter a sua autonomia e independência. Esta Organização refere ainda que a qualidade de vida das pessoas depende dos riscos e das oportunidades que estas experimentam no decorrer da vida e também do apoio que recebem das gerações futuras.

Uma das maiores conquistas do Século XX foi a longevidade, no entanto a qualidade de vida no processo de envelhecimento assume uma grande importância, atendendo que esta tem um papel preditor na salvaguarda da autonomia das pessoas idosas (Sousa, Oliveira et al., 2021).

Estudar a qualidade de vida das pessoas idosas promove o desenvolvimento de políticas e programas fomentadores do envelhecimento ativo e saudável, atendendo às transformações que ocorrem, associadas ao processo fisiológico e patológico do envelhecimento, que por si concorrem para a diminuição da qualidade de vida do (Sousa, Oliveira et al., 2021).

Na tentativa de avaliar a qualidade de vida das pessoas idosas é necessário o foco em alguns fatores, tais como, a capacidade funcional, nível socioeconómico, estado psicológico,

interação social, atividade intelectual, autocuidado, apoio familiar, valores socioculturais, éticos e religiosos, processo de morte e morrer, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou atividades de vida diárias e o ambiente em que se vive (Sousa, Oliveira et al., 2021).

A atribuição de significado ao envelhecimento e velhice pelas pessoas idosas reporta essencialmente a vida e a saúde, isto é, as pessoas idosas referem-se ao ato de envelhecer como um processo próprio da vida humana e que permitirá uma vida ativa e saudável na presença de saúde. Estes significados encontram-se diretamente ligados às suas experiências e contextos de vida (Luiz et al., 2018).

Como temos vindo a verificar, saúde e qualidade de vida são indissociáveis. De acordo com Sousa et al. (2021), num estudo que comparava pessoas idosas portuguesas e brasileiras, as pessoas idosas em Portugal demonstraram satisfação com a sua saúde e boa perceção de qualidade de vida no geral. Os autores verificaram que em Portugal o cuidado prestado à pessoa idosa era integral, permitindo o acompanhamento da mesma e prevenindo a agudização das doenças.

Em todo o mundo, existem pelo menos 142 milhões de pessoas idosas que não são capazes de satisfazer as suas necessidades básicas, a otimização da capacidade funcional destas pessoas é fundamental para atingir o envelhecimento saudável, sendo necessário envolver as pessoas idosas em todas as fases das ações que se evidenciam necessárias para o sucesso do envelhecimento saudável, neste sentido é necessário, também, recolher dados que permitam monitorizar o envelhecimento saudável, permitindo a criação de políticas e programas relevantes para as pessoas idosas, e que possam ser utilizados pelos governos e decisores de vários setores intervenientes do envelhecimento saudável (OMS, 2021).

Assim, permitir a autonomia e a independência a todos no processo de envelhecimento, é uma meta que assume uma importância vital, não só para os indivíduos, mas também para os governantes de um país. O termo autonomia reporta à “habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (OPAS, 2005, p.14). Já o termo Independência é a “habilidade de executar funções relacionadas à vida diária - isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros” (OPAS, 2005, p.14).

Foram identificados alguns fatores associados à autonomia das pessoas idosas tais como, funcionalidade, relações familiares, relações interpessoais, perceção sobre a vida, satisfação com serviços de saúde, fatores individuais, escolaridade, estado geral de saúde e qualidade de vida, estes podem afetar de forma positiva ou negativa a sua capacidade de decisão. A autonomia de cada pessoa idosa depende de vários fatores associados à própria pessoa, nomeadamente, do âmbito físico, psíquico e social, é desta forma que a criação e implementação de políticas públicas que permitam o acesso à saúde, educação e bem-estar social, se assumem como de extrema importância. Estas políticas devem ter como objetivo

a inclusão da pessoa idosa na sua sociedade ou comunidade, assim como promoção da sua capacidade de decisão ativa o que resultará em melhoria na sua qualidade de vida (Gomes et al., 2021)

A dependência enquanto processo dinâmico, indica a possibilidade de alteração do seu curso. Assim, se for possível a participação da pessoa idosa em harmonia no seu autocuidado é possível revertê-la ou até modificá-la. Por este motivo, é necessário avaliar a capacidade que o indivíduo tem para utilizar recursos em função das suas necessidades. Desta forma, a capacidade que o indivíduo apresenta para realizar o seu autocuidado é essencial para avaliar a sua capacidade funcional, que por sua vez indica a capacidade de realizar as suas atividades de vida diária, que se dividem em atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais de vida diária e atividades avançadas de vida diária (Caldas, 2013).

As atividades básicas de vida diária reportam a atividades características do autocuidado, como, alimentar, vestir, controlar os esfíncteres, tomar banho e marcha; quanto às atividades instrumentais de vida diária, estas dizem respeito à capacidade que o indivíduo tem para ser independente na comunidade, tais como, realizar as suas tarefas domésticas, compras, manipular o seu dinheiro e gerir a sua medicação. Quanto às atividades avançadas de vida diária, indicam a capacidade de realização de tarefas mais complexas ligadas principalmente à automotivação, como é exemplo, o trabalho, atividades de lazer, contactos sociais e exercício (Caldas, 2013).

Como forma de atingir saúde de qualidade, conforme definido no 3º objetivo de desenvolvimento sustentável da ONU, torna-se necessária uma cobertura universal de saúde, tendo em consideração as necessidades de assistência em saúde e assistência social da população idosa. É essencial desenvolver intervenções que permitam prevenir, retardar ou reverter qualquer sinal de deterioração da capacidade intrínseca e na impossibilidade, promover mecanismos que permitirão à pessoa idosa melhorar ou pelo menos manter a sua habilidade funcional (OPAS, 2021).

Apesar de algumas pessoas idosas poderem apresentar elevados níveis de capacidade intrínseca, outras podem ter as suas habilidades tão reduzidas que é necessário o cuidado e apoio de outras pessoas (OPAS, 2021).

1.7.Cuidador familiar

Sempre nos preocupamos com o envelhecimento, sendo que para uns, este representa uma diminuição das capacidades de vida diária, para outros, um período de vulnerabilidade crescente que representa maior dependência. A velhice aponta para um período áureo de sabedoria, bom senso e tranquilidade (Fechine & Trompieri, 2012).

Com o aumento da população idosa e de pessoas idosas com 80 e mais anos, ocorre o aumento de fragilidades físicas e até emocionais, o que poderá conduzir à necessidade de um cuidador, que prestará os cuidados essencialmente em meio domiciliar. (Rocha et al., 2008). A propensão é a de manter a pessoa idosa dependente em casa, permitindo assim o atendimento do seu desejo, mas também garantindo alívio do estado, evitando a hospitalização e institucionalização, é por isto que o cuidador familiar, deve ser reconhecido pelo papel relevante que assume (Minayo, 2021).

Os cuidados podem ser prestados por diferentes tipos de cuidadores. O cuidador pode ser principal ou secundário, quando consideramos o principal responsável pela prestação dos cuidados; ou formal e informal, quando atendemos à natureza profissional e remuneratória da prestação dos cuidados (Coutinho, 2015). Os cuidadores formais são indivíduos com formação para cuidar ou que exercem a sua atividade profissional em instituições prestadoras de serviços (Santos, 2003). O cuidador formal normalmente presta cuidados de saúde orientados para necessidades específicas, tais como físicas ou mentais e cumpre atos delegados pela família ou pelo profissional de saúde que tem a responsabilidade de orientar o cuidado à pessoa idosa (Areosa et al., 2014). Quanto aos cuidadores informais são indivíduos da comunidade que de forma voluntária prestam cuidados, nomeadamente, familiares, amigos, vizinhos, membros da igreja ou mesmo grupos de voluntários (Santos, 2003).

A designação de cuidador informal, em Portugal reporta a um familiar, essencialmente do sexo feminino, não remunerado e sem formação no cuidar. Os cuidados à pessoa idosa no domicílio, por vezes, são também assumidos por vizinhos, amigos ou voluntários. (Costa & Nunes, 2020; Rocha et al., 2008). O ato de cuidar está intimamente ligado a valores culturais, à história familiar e a experiências, que se reveste de obrigatoriedade sendo uma função da família e exigida pela própria sociedade (Costa & Nunes, 2020).

O cuidador familiar de acordo com Saavedra et al. (2020), é definido como a pessoa próxima ou com algum vínculo de parentesco que cuida ou presta auxílio e toma decisões sobre o cuidado crescente de um familiar com 60 anos ou mais, cujo estado de saúde e desajuste às mudanças do ambiente, exigem a satisfação de necessidades. Atendendo à caracterização do cuidador informal, nomeadamente em Portugal, neste estudo foi adotado o termo cuidador familiar .

Todo o processo de cuidar é complexo e dinâmico, observando-se alterações ao longo do tempo, no que diz respeito a necessidades e sentimentos tanto para o cuidador como para a pessoa idosa alvo de cuidado, motivado pelo curso da doença e da dependência, da situação familiar assim como a fase do ciclo familiar entre outros aspetos não menos importantes como é o caso das redes de apoio social e crenças (Costa & Nunes, 2020).

Embora cuidar esteja essencialmente ligado ao sexo feminino, existem cuidadores do sexo masculino essencialmente filhos e conjugues, que prestam cuidados aos seus parentes que perderam a independência e/ou a autonomia. A prestação de cuidados é importante para garantir o autocuidado e as atividades instrumentais de vida diária, engloba apoio emocional, social e satisfação das necessidades básicas de vida orientados para a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, assim é necessário garantir a promoção da autonomia, não descurando a qualidade de vida ou a dignidade humana (Costa & Nunes, 2020).

A influência que o cuidar da pessoa idosa pode ter na vida do cuidador familiar pode registrar-se a nível da preparação para o papel de cuidar, provações monetárias, dificuldades em conciliar cuidado e trabalho, interrupção da vida profissional, limitação da liberdade, privação social e problemas de saúde física e mental, habitualmente associados ao trabalho penoso e repetitivo que o ato de cuidar representa (Sousa, Silva et al., 2021).

Segundo Areosa et al. (2014) o processo de cuidar da pessoa idosa resulta em alterações nas atividades do dia-a-dia, no comportamento e vida dos cuidadores de pessoas idosas dependentes. Estes autores referem ainda que ocorre uma diminuição de participação na vida social e de lazer, o que pode resultar em sentimentos de culpa por recusa em assumir o papel e conflitos familiares resultantes da pressão social e familiar que daqui advém.

De acordo com Gutierrez et al. (2021) a experiência de alguns cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, aponta que existe impacto no núcleo familiar quando se percebe que uma pessoa idosa já não tem a autonomia necessária para as atividades da vida diária e instrumentais; existe dificuldade em dividir tarefas com outros familiares, no sentido de cuidar da pessoa idosa e por isso se atrasam ou inibem projetos profissionais; os sentimentos dos cuidadores familiares quando se envolvem no ato de cuidar, podem passar por ser de dedicação, compaixão e busca de apoio, isolamento, vínculo e dependência emocional, angústia, aflição e sensação de impotência, inquietação e fúria, habitualmente estes sentimentos podem mesclar-se.

Cuidar de pessoas idosas independentemente do seu grau de dependência inclui impactos negativos e positivos para o cuidador. Um exemplo de impacto negativo é a sobrecarga do cuidador com implicações na saúde do cuidador a nível físico e mental, também o stress ocupa um lugar de prejuízo para a saúde do cuidador principalmente quando este deixe de ser apenas um fenómeno adaptativo do ser humano e passa a ser em alto grau e difícil de controlar (Costa & Nunes, 2020). O cuidado prestado à pessoa idosa com perdas significativas na sua capacidade intrínseca, pode expor o cuidador ao risco acrescido de padecer de sobrecarga, stress psicológico e depressão, o que terá um grande impacto no seu estado físico, emocional e até económico, atendendo ao facto que estes cuidadores usualmente não são remunerados e são mulheres (OPAS, 2021).

Existir uma família extensa não significa que existirá divisão de tarefas para cuidar da pessoa idosa, é usual que apenas uma pessoa assuma o cuidado. Quando existem conflitos familiares

estes significam sofrimento para os cuidadores, habitualmente estes fazem-se acompanhar por ressentimentos, disputas pelo direito de cuidar ou de realizar algum controlo sobre a situação, problemas financeiros, e a sensação de que o fardo de cuidar recai apenas sobre uma pessoa (Gutierrez et al., 2021).

Um estudo multicêntrico de caráter qualitativo, realizado no Brasil, com o objetivo de estudar a vivência dos cuidadores familiares com a pessoa idosa dependente e compreender as consequências do cuidar da pessoa idosa no cuidador familiar, possibilitou a análise deste tema sob o ponto de vista de três categorias, as motivações para assumir o papel de cuidador; as influências na vida do cuidador familiar; e as modalidades de enfrentamento e de cuidado de si (Sousa, Silva et al., 2021). O cuidador familiar assume o cuidar, motivado pelas relações afetivas que estabelece ou tem com a pessoa idosa, assim como pelo dever ético e moral, no entanto o desafio que o cuidar dessa pessoa idosa dita à família, obriga à harmonização entre as exigências diárias próprias do cuidar e as restantes tarefas domésticas, sociais e profissionais. Existe o sentimento de gratidão e de obrigação de cuidar da pessoa idosa como reciprocidade para o cuidado já recebido pelas pessoas idosas que agora perderam a autonomia, mesmo que para isso se necessite renunciar a si mesmo (Sousa, Silva et al., 2021).

Num estudo que pretendeu estudar os sentidos subjetivos atribuídos pelos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes do cuidado, identifica-se as consequências que a dependência gera, tais como sofrimento, sentimentos de desespero, sensação de impotência, impaciência, mas também solidariedade e empatia. Existem alguns fatores que influenciam a subjetividade dos cuidadores, tais como a abdicação do trabalho profissional, a desvalorização que a sociedade atribui à atividade de cuidador familiar, o isolamento social, a falta de cuidado de si mesmo e os próprios conflitos familiares, por tudo, isto é, necessária a criação de políticas que considerem as vivências socioafetivas dos cuidadores familiares de pessoas idosas e que abarquem o cuidar de quem cuida, que na maioria são mulheres (Gutierrez et al., 2021).

A sobrecarga subjetiva do cuidador é sem sombra de dúvida, um determinante importante da ansiedade com relevância clínica em cuidadores familiares, de tal forma que se considera benéfico atuar na carga subjetiva do cuidador de forma a prevenir a ansiedade (Del-Pino-Casado et al., 2021).

No sentido de capacitar o cuidador para cuidar da pessoa idosa dependente, é vital a atenção dos profissionais de saúde, principalmente objetivando a minimização dos impactos negativos próprios do ato de cuidar (Costa & Nunes, 2020). Pois a dependência de um familiar idoso produz impacto quer na economia como na dinâmica familiar, assim como na saúde dos membros da família que cuidam, assim é essencial que possam alcançar o equilíbrio entre os requisitos do cuidar e as suas próprias necessidades de forma a conseguirem uma vida com saúde e qualidade o que por sua vez permitirá a continuação da

execução da sua atividade de cuidador (Areosa et al., 2014). Os cuidadores devem ser submetidos a intervenções que permitam o seu treinamento, que permitam avaliar as suas necessidades e prestar apoio psicossocial (OPAS, 2021).

No processo de cuidar é também fundamental reconhecer os impactos positivos, tais como a sensação de cumprimento do dever, crescimento pessoal, aquisição de novos saberes e aptidões, exultação nas novas competências, resiliência, reconhecimento e autoestima (Costa & Nunes, 2020).

Os cuidadores vivem situações de sofrimento e sacrifício no decorrer da prestação de cuidados, no entanto, estes prestam cuidados com amor e dedicação, buscando na fé e espiritualidade o equilíbrio biopsicossocial (Rocha et al., 2008). Algumas estratégias de enfrentamento passam pela religião, espiritualidade, vários cuidadores familiares que se alternam entre si no cuidar da pessoa idosa e a aprendizagem sobre tarefas do cuidar. O ato de cuidar é principalmente realizado pelas mulheres de forma não remunerada e os motivos para que tal aconteça são vários, nomeadamente culturais, éticos e morais. Existe um número significativo de pessoas idosas que cuidam de outras pessoas idosas, o que se demonstra preocupante, devido à vulnerabilidade que os cuidadores de pessoas idosas apresentam, pela carga de trabalho que assumem, sendo esta rotineira e de carácter permanente (Sousa, Silva et al., 2021).

Prestar cuidados com qualidade encontra-se dependente exclusivamente da preparação que o cuidador tem e por isso é necessário ir de encontro às necessidades e dificuldades do mesmo, de forma a melhorar a sua qualidade de vida e a simplificar a sua tarefa enquanto cuidadores. É desta forma que o empowerment do cuidador é significativamente importante tendo por base capacitar o cuidador nomeadamente no controlo da gestão terapêutica, promoção da saúde, e desenvolvimento de relações de parceria com a comunidade permitindo a obtenção de efeitos positivos na sua saúde e na da pessoa idosa de quem cuida (Costa & Nunes, 2020).

Os cuidadores familiares, sentem habitualmente que precisam de orientação e por este motivo precisam de uma rede de apoio e proteção (Sousa, Silva et al., 2021). O perfil de cuidador é influenciado pela geração, diversidade cultural, racial e étnica. É necessária uma rede alargada de suporte ao cuidador, dentro e fora da família, que nem sempre existe ou se encontra acessível e é articulada (Dadalto & Cavalcanti, 2021). Por isso é necessário integrar os cuidados familiares como o primeiro nível dos cuidados de saúde primários e desta forma, generalizando o apoio aos cuidadores familiares (Minayo, 2021).

Rodriguez (2004) citado por Minayo (2021) refere que o apoio que as pessoas cuidadoras necessitam passam por ajuda de carácter emocional para que sinta que são pertinentes e valorizadas, seja atribuída informação que possibilite a sua capacidade para enfrentar dificuldades e ajuda para as tarefas que necessitam realizar. Atendendo ao exposto, percebe-se a importância de que se revestem, as políticas de saúde para o envelhecimento.

1.8. Políticas de saúde para o envelhecimento

A formulação de políticas sociais e de saúde, que visem o bem-estar das pessoas mais velhas deve atender ao seu estado de saúde, participação e níveis de independência, para que as políticas sejam mais justas e eficazes para estas pessoas, contribuindo para uma maior qualidade de vida e saúde, permitindo às pessoas idosas serem um recurso tanto para a sua família, como a própria comunidade e para o seu país (OPAS, 2005).

Segundo Mendonça et al.(2021) é urgente a criação de políticas especificamente direcionadas à velhice, atendendo ao aumento de pessoas idosas que perdem as suas capacidades ou que já são dependentes, sobre estes incidem altos índices de descuidos ou negligências quer públicas ou privadas.

Conforme é reconhecido no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, torna-se necessário formular políticas em saúde e prestar cuidados de saúde às populações que se encontram a envelhecer como resposta aos desafios anteriormente referidos. É evidente neste relatório que os idealismos que circundam as pessoas que se encontram em processo de envelhecimento se baseiam em clichés ultrapassados, aliás é consensual que o envelhecimento das populações pode favorecer a pessoa idosa e a sociedade. (OMS,2015).

Mudanças sociais e tecnológicas que estão a ocorrer em simultâneo com o envelhecimento, devem ser tidas em consideração se pretendemos construir políticas que permitam envelhecer positivamente, assim a urbanização e a globalização podem significar novas oportunidades para algumas pessoas idosas que possuem competência e flexibilidade financeira, mas para outras pessoas idosas pode significar que seus filhos migram para zonas de crescimento económico, ficando isolados em zonas rurais pobres e sem o devido apoio familiar. Também o facto de que o papel fundamental de cuidadoras atribuído às mulheres antigamente, se encontra em mudança, uma vez que estas desempenham cada vez mais outras funções, o que impossibilita a capacidade que estas mulheres têm de prestar cuidados a pessoas idosas que dele necessitam. Por outro lado, a evolução tecnológica permite desenvolver oportunidades de conexão anteriormente indisponíveis, é o caso da internet que permite aproximar as pessoas idosas da sua família, permite acesso a informações indispensáveis ao autocuidado, prestar apoio aos cuidadores, e o acesso a recursos de apoio, tais como, aparelhos de audição mais funcionais, monitoramento de cuidados de saúde personalizados (OMS, 2015).

Os retornos conseguidos com o investimento realizado em populações idosas, nem sempre é evidente, mas se este significa que ao melhorar o bem-estar destas pessoas conduz ao aumento da sua capacidade ou até mesmo se o investimento em cuidados de longo prazo, representa libertar as mulheres para o mercado do trabalho, então os custos associados devem realmente ser vistos como investimentos (OMS, 2015).

O Relatório mundial de envelhecimento e saúde delineia um quadro de ação para promover o envelhecimento saudável construído em torno do novo conceito de capacidade funcional. Isso exigirá uma transformação dos sistemas de saúde, longe dos modelos curativos baseados em doença e para a prestação de cuidados integrais e centrados em pessoas idosas. Exigirá o desenvolvimento, às vezes do zero, de sistemas abrangentes de cuidados de longo prazo. Também exigirá uma resposta coordenada de outros diversos setores e nos vários níveis de governo. Exigirá recorrer a melhores formas de medir e monitorar a saúde e o funcionamento das populações idosas (OMS, 2015, p.29)

No sentido de minimizar custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e atender à diversidade que caracteriza o envelhecimento de cada um e da população, torna-se crucial desenvolver políticas que permitam capacitar as pessoas idosas de forma a serem autónomas e independentes e que possam sê-lo no seu meio habitual, desta forma percebe-se o envelhecimento como um fenómeno que responsabiliza todos os sectores sociais na intervenção da promoção da autonomia e independência das pessoas idosas, tal como o envolvimento da sua família e de outros prestadores de cuidados. É por isso da responsabilidade dos serviços de saúde nomeadamente dos cuidados de saúde primários, a execução e melhoria de estratégias de intervenção na comunidade com vista a satisfazer as necessidades destes indivíduos (DGS, 2006).

A Década do Envelhecimento Saudável propõe quatro ações principais para que seja possível alcançar o envelhecimento saudável: é necessário mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação ao envelhecimento; desenvolver comunidades que promovam as habilidades dos mais velhos; prestação de cuidados integrados e serviços de saúde primários que respondam às necessidades de pessoas idosas; e proporcionar às pessoas idosas acesso a cuidados de longa duração, caso deles necessitem (WHO, 2020).

Em Portugal a Lei n.º 95/2019 de 4 de Setembro, aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, nesta lei quanto aos cuidadores informais é reconhecido: o papel do cuidador informal; o estatuto dos cuidadores informais ; o papel do Estado enquanto mediador entre a pessoa cuidada, o cuidador informal e os serviços de saúde .

2. METODOLOGIA

O processo de investigação comporta várias fases que influenciam o sucesso da mesma: a conceptual, a metodológica, a empírica e a fase de interpretação /difusão, cada uma destas fases é constituída por várias etapas (Fortin et al., 2009).

Após a fase conceptual onde foi definido o tema, realizada a revisão da literatura, que ajudou a delimitar o tema do estudo, procedeu-se à elaboração do quadro de referência. De seguida descrevemos a fase metodológica. (Fortin et al., 2009).

Segundo Fortin et al. (2009) a fase metodológica, permite planear toda a investigação, compreende a escolha do desenho de investigação, a definição da população e da amostra do estudo, a definição dos princípios de medida, sendo nesta etapa definido como serão medidos os conceitos em análise e a descrição dos métodos de colheita e de análise dos dados a serem utilizados.

Na fase empírica procede-se à colheita e análise de dados, por meio de análise descritiva ou inferencial (Fortin et al., 2009).

Por último na fase de interpretação dos dados, o investigador deve interpretar os dados à luz da teoria existente e de outros trabalhos já realizados passando à sua difusão ou divulgação, quer em artigos, conferencias científicas ou outros (Fortin et al., 2009).

É importante salientar que este estudo está integrado num outro de maiores dimensões, internacional, intitulado: “Vulnerabilidade e condições sociais e de saúde da pessoa idosa na atenção primária e instituições de longa permanência: estudo comparativo no Brasil, Portugal e Espanha”. Assim, seguidamente são descritas as opções metodológicas que nortearam este estudo.

2.1.Problema de investigação, objetivos e finalidade do estudo

O problema de investigação consiste na formulação explícita, clara, compreensível e operacional, da dificuldade enfrentada e que se pretende resolver (Gomides, 2002). Segundo este autor, um problema deve ser formulado como pergunta. Assim formulamos a seguinte pergunta de investigação:

- Quais as vulnerabilidades e condições sociais das pessoas idosas e cuidadores familiares?

Face a esta questão foram definidos os objetivos deste estudo:

- Caraterizar sociodemograficamente as pessoas idosas e cuidadores familiares;

- Avaliar as condições de saúde das pessoas idosas e dos cuidadores familiares quanto ao desempenho cognitivo, fragilidade funcional, e a qualidade de vida.

2.2. Tipo de estudo

O desenho deste estudo atende às características de um estudo de investigação descritivo de natureza quantitativa e transversal. Sabemos que a investigação quantitativa, objetiva a identificação e apresentação de dados, indicadores e tendências possíveis de observar (Sousa & Baptista, 2014).

Para Fortin et al. (2009) o paradigma da investigação quantitativa está direcionado para os resultados e a sua generalização, sendo que estes estudos carecem de desenhos estruturados e a sua concretização decorre após sistematização de um plano previamente concebido.

O estudo descritivo, conforme o próprio nome diz, permite a identificação, ou descrição de situações, pessoas, acontecimentos conceitos ou características, mas não permite a formulação de hipóteses que analisem causalidade ou associação entre variáveis.

O estudo transversal prevê a medição de um acontecimento, doença ou seus fatores de risco numa população num dado momento (Fortin et al., 2009).

2.3. População e amostra

A população de um estudo resume-se aos indivíduos que pertencem a um grupo ou comunidade que se pretende estudar, atendendo à escassez de recursos e de tempo, nunca é possível estudar a população, pelo que se deve proceder à seleção de uma parcela ou amostra que seja suficientemente representativa dessa população ou universo (Marconi & Lakatos, 2003). Para Fortin et al. (2009) a população é o conjunto de elementos que têm características comuns e a população que será estudada é a população alvo, já a amostra é uma porção da população alvo.

A população deste estudo foi constituída por pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, que tinham um cuidador familiar, inscritas no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal e residentes numa das freguesias abrangentes dessa mesma ULS.

Para selecionar uma amostra da população alvo, existem técnicas de amostragem que acomodam características próprias de cada desenho do estudo científico. A técnica de amostragem corresponde a um processo complexo que visa homogeneizar a amostra e

garantir maior representatividade possível em relação à população que representa, ou seja, ser o mais semelhante possível à população alvo (Fortin et al., 2009).

Existem dois métodos de amostragem, a probabilística e a não probabilística, quanto à probabilística, esta, prevê escolha aleatória dos indivíduos que farão parte da amostra, o que permitirá, que todos os elementos façam parte da amostra de forma homogénea. Deste método de amostragem faz parte a amostragem aleatória simples que foi inicialmente delineada para este estudo e que seria a aplicada à determinação da amostra das pessoas idosas e cuidadores familiares que aceitassem participar no estudo. No entanto face às várias recusas em participar por parte das pessoas idosas, á dificuldade em contactá-los e á dificuldade em estabelecer comunicação com os mesmos, a amostra deste estudo passou a ser do tipo accidental ou de conveniência. A amostra de conveniência permite a seleção dos indivíduos constituintes da amostra conforme eles se vão apresentando e até atingirmos o número necessário (Fortin et al., 2009).

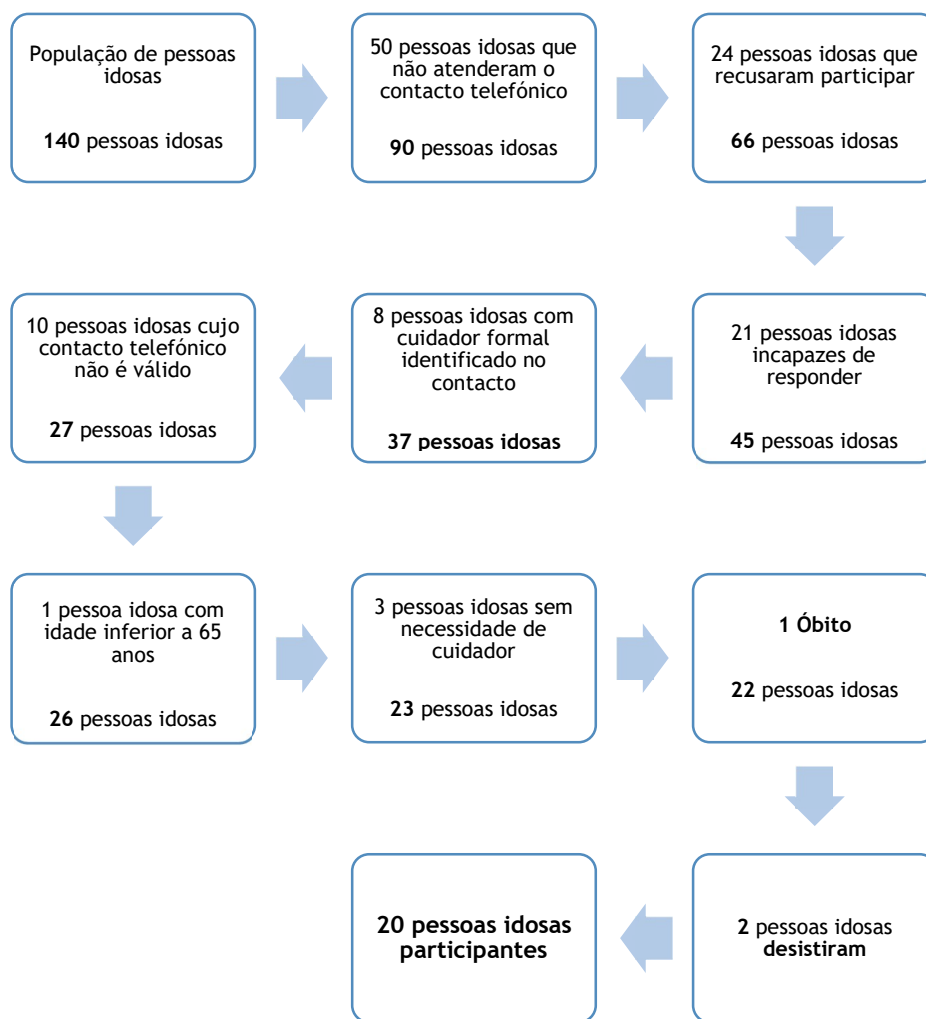
No sentido de garantir maior homogeneidade da amostra é importante definir critérios que aproximem os elementos que a constituem, esta afirmação reporta a critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão acomodam características essenciais dos elementos da população e que pretendemos ver espelhadas nos elementos da amostra, assim como os critérios de exclusão definem características dos elementos da população que não queremos que se incluam na amostra, ou seja permite eliminar elementos que não têm interesse para o estudo (Fortin et al., 2009).

Assim definiram-se os seguintes critérios de inclusão: pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, que tivessem um cuidador familiar, inscritas no ACES de uma Unidade Local de Saúde (ULS), residentes numa das freguesias abrangentes dessa mesma ULS e que aceitassem participar no estudo. Quanto ao cuidador familiar os critérios foram: familiares que atendessem às necessidades básicas de vida e/ou instrumentais da pessoa idosa, fossem familiares diretos ou outros, na presença de mais de um cuidador, foi selecionado o cuidador principal. Os critérios de exclusão foram: contacto telefónico inválido ou incapacidade para contactar a pessoa idosa após três tentativas; incapacidade da pessoa idosa para responder ao questionário; pessoa idosa sem necessidade de cuidador apesar de estar identificado; ou o cuidador ser do tipo formal.

2.3.1 Determinação da amostra

A amostra foi selecionada a partir da listagem de utentes, fornecida pelo serviço de planeamento e gestão estatística da ULS., destes eram elegíveis 140 pessoas idosas e 140 cuidadores familiares. Conforme se pode confirmar na figura 6, foram 20 as pessoas idosas participantes deste estudo.

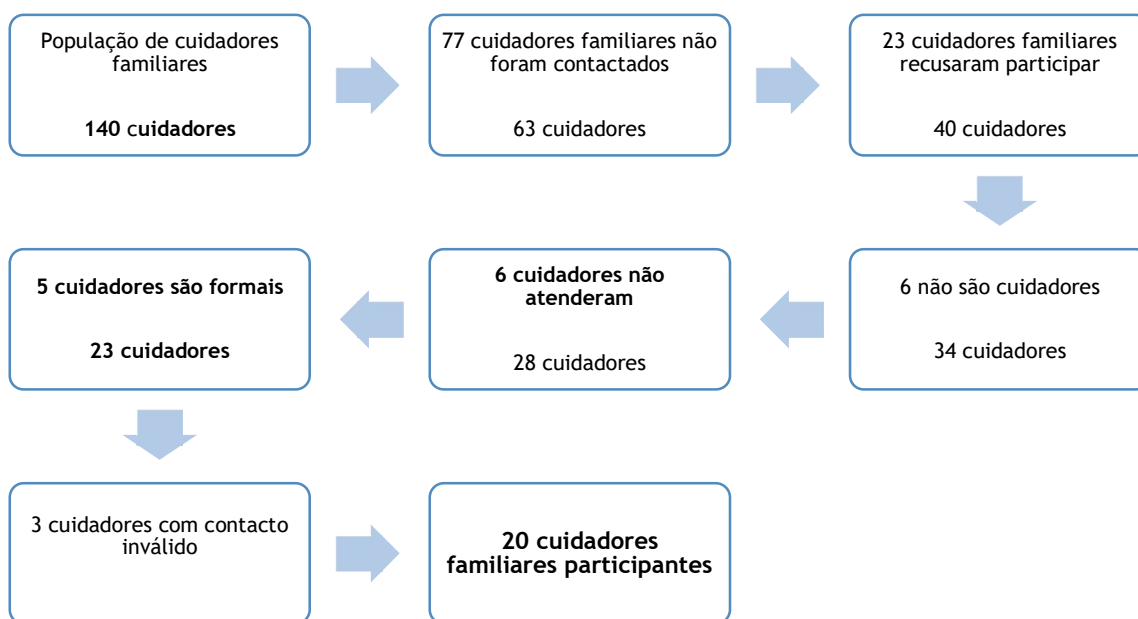
Figura 6: Determinação da amostra para a pessoa idosa



Fonte : Autor 2022

Quanto ao cuidador familiar, dos 140 foram contactados 63 cuidadores conforme a figura 7, considerando o interesse em ter uma amostra de cuidadores igual à amostra das pessoas idosas foram estes os contactos necessários para conseguir uma amostra de 20 cuidadores familiares. Não foi possível emparelhar pessoas idosas e cuidadores familiares, atendendo ao facto de alguns cuidadores familiares cuidarem de pessoas idosas incapazes de responderem ao instrumento de colheita de dados.

Figura 7: Determinação da amostra para os cuidadores familiares



Fonte : Autor 2022

2.4. Variáveis

As variáveis segundo Fortin et al. (2009) são as unidades base da investigação, reportam qualidades, propriedades ou características que se podem alterar ao longo do tempo, estas assumem valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados pelo investigador.

É importante delinear as variáveis em estudo para conseguirmos dar resposta ao problema de investigação identificado. Assim, uma das variáveis do presente estudo é a qualidade de vida da pessoa idosa e do cuidador familiar. Para avaliar esta variável foi utilizada a *Escala Medical Outcome Survey 36 itens v2* (versão portuguesa), que mensura o estado de saúde. Foram ainda especificadas variáveis que a caracterização da pessoa idosa e do cuidador familiar tais como, a idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, fonte de rendimento, tipo de família, presença de doença crónica, unidade de saúde familiar a que pertencem. No caso do cuidador familiar, definiu-se o seu vínculo com a pessoa idosa, o número de pessoas dependentes/idosas ao seu cuidado, o tempo de prestação de cuidados à pessoa idosa, o tempo despendido na prestação dos cuidados, o apoio que recebe, o tipo de cuidados prestados e as dificuldades no desempenho do papel de cuidador.

Outras variáveis para caracterizar a pessoa idosa e o cuidador familiar foram a capacidade funcional, o desempenho cognitivo e a funcionalidade familiar.

2.5. Instrumentos de recolha de dados

É de extrema importância a escolha do método de colheita de dados no processo de investigação, a mesma deve atender a variados fatores nomeadamente ao nível da investigação, objetivo do estudo, à questão de investigação, às hipóteses, tipo de fenómeno ou variável e instrumentos disponíveis. Um estudo do tipo descritivo, prevê a utilização de vários métodos de colheita de dados, nomeadamente o questionário (Fortin et al., 2009).

O questionário é um instrumento de colheita de dados que permite aos participantes de um estudo responder a um conjunto de questões, pode ser aplicado a grupos de qualquer tamanho, a metodologia de preenchimento é variada, podendo ser de autopreenchimento, enviado por correio ou internet, ou de preenchimento com auxílio/colaboração do investigador como é o caso do questionário por telefone (Fortin et al., 2009).

Neste estudo foi utilizado o questionário constituído por seis secções quer para a pessoa idosa (anexo I) como para o cuidador familiar (anexo II), a primeira secção corresponde à caracterização sociodemográfica e clínica da pessoa idosa e do cuidador familiar, é constituído por questões abertas, fechadas e semiestruturadas, de assinalar a presença de questões dicotómicas e de escolha múltipla. As questões abertas avaliam as seguintes variáveis:

- Idade;
- Profissão;
- Doença crónica;
- Unidade de saúde;
- Tempo de prestação de cuidados à pessoa idosa.

Questões fechadas:

- Dicotómica
 - Sexo.
- De escolha múltipla
 - Estado civil;
 - Escolaridade.

Questões semiestruturadas

- Situação profissional;

- Fonte de rendimento;
- Tipo de família;
- Relação com o cuidador familiar;
- Número de pessoas dependentes/idosas ao seu cuidado;
- Tempo que despende nos cuidados que presta;
- Apoio que o cuidador familiar recebe;
- Cuidado prestado à pessoa idosa;
- Dificuldades no desempenho do papel de cuidador.

A segunda secção, avalia o desempenho cognitivo através do teste de declínio cognitivo de seis itens, desenvolvida por Brooke e Bullock, em 1999, validada e traduzida para Portugal por Apóstolo et al., em 2017, para uma amostra de pessoas idosas residentes em estruturas residenciais para estes, a frequentar universidades séniores, centros de dia, centros de saúde do norte e centro do país. Este teste permite a triagem de comprometimento cognitivo. A interpretação do teste atende a pontos de corte, sendo considerado deterioração cognitiva (atendendo ao nível de escolaridade) se:

- ≤ 2 anos de escolaridade - ≥ 12 ;
- 3 a 6 anos de escolaridade - ≥ 10 ;
- ≥ 7 anos de escolaridade - ≥ 4 .

Com a intenção de obter um instrumento de colheita de dados que permita a medição de conceitos de forma equivalente a outros, torna-se necessário avaliar a sua consistência interna. O coeficiente alfa (α) de Cronbach de cada escala que compõe este instrumento, oscila de 0,00 a 1,00, sendo que quanto maior o valor maior consistência interna (Fortin et al., 2009). Para o teste de declínio cognitivo de seis itens o coeficiente alfa (α) de Cronbach corresponde a 0.819 (Paiva, 2014).

A terceira secção, avalia a vulnerabilidade na execução de atividades básicas de vida diária (ABVD) através da escala de Barthel desenvolvida por Mahoney e Barthel em 1965 e validada para Portugal, em 2007, por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto para uma amostra de pessoas idosas a viverem na comunidade.

O índice de Barthel permite a avaliação do nível de independência para a realização das atividades básicas de vida diária nas seguintes 10 dimensões: comer; higiene pessoal; uso da casa de banho; tomar banho; vestir; higiene corporal; controlo de esfíncteres; deambular; transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965 citado por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

De acordo com os referidos autores, o índice de Barthel é um instrumento fiável que permite a avaliação do grau de autonomia da pessoa idosa, tanto nos serviços de saúde como comunidade, os autores indicam que quanto mais idoso, maior probabilidade de aumentarem os níveis de incapacidade para as ABVD. Em contexto clínico o Índice de Barthel assume grande importância, pois permite perceber a pontuação parcial do índice para cada atividade avaliada, é assim possível conhecer as incapacidades específicas da pessoa e adequar os cuidados às suas necessidades. Este instrumento pode ser preenchido utilizando a observação direta, através de registos clínicos ou, ser autoadministrado (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

Esta escala na sua versão original pontua de 0 a 100 pontos. A versão portuguesa adaptada por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) pontua de 0 a 20 pontos sendo que os itens podem ser pontuados em 0, 1, 2, 3. O somatório dos itens pontuados permite classificar os indivíduos em: totalmente dependentes quando a pontuação assume valores inferiores a 8 pontos; com incapacidade grave quando a pontuação assume valores de 9 a 12 pontos; com incapacidade moderada para valores de pontuação de 13 a 19 pontos e são considerados independentes quando a pontuação do índice de Barthel reporta a 20 pontos (Martins, 2004 citado por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007). O coeficiente alfa (α) de Cronbach para esta escala é de 0.96 ou seja demonstra uma consistência interna alta (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007).

A quarta secção do questionário, avalia a vulnerabilidade na execução de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) através da Escala de Lawton e Brody desenvolvida em 1969 e validada para Portugal por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto e Martins e validada para Portugal em 2007 para uma amostra de pessoas idosas não institucionalizados. Permite avaliar o grau de independência das pessoas idosas para a realização de atividades instrumentais de vida diária, ou atividades que demonstram a capacidade de a pessoa interagir com a comunidade e o meio em que se encontra inserida no sentido de manter a sua independência. Fazem parte destas, tarefas como usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro. A versão validada para Portugal é policotómica e a sua interpretação considera um continuum entre independência total e total dependência atendendo a um score global que varia de zero a vinte e três, sendo que scores mais elevados refletem melhor nível de independência na realização das atividades, nesta versão não foram estudados pontos de corte para discriminar "classes" de dependência (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007). No entanto, no sentido de facilitar a visualização dos scores e atendendo ao anteriormente descrito, proceder-se-á à categorização dos scores de zero a doze como os indivíduos que se incluem num pior nível de independência e de treze a vinte e três como os indivíduos que demonstram um melhor nível de independência para estas atividades. Este é um instrumento com elevada consistência interna atendendo

ao coeficiente alfa (α) de Cronbach que é de 0.93 (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007).

Na quinta secção é avaliada a vulnerabilidade associada ao contexto familiar através da escala da funcionalidade familiar, o APGAR Familiar, originalmente desenvolvido por Smilkstein et al. em 1978, foi traduzida e validada para Portugal em 1988 por Agostinho e Rebelo.

Esta escala permite a avaliação da perceção da pessoa, no que se refere ao funcionamento familiar, através de cinco itens, a Adaptação intrafamiliar (*Adaptability*) que reporta ao uso de recursos disponíveis na família ou fora dele, como forma de solucionar os problemas que a afetam; a Participação/comunicação (*Partnership*) que incorpora as tomadas de decisão e responsabilidades de forma interligada por todos os membros da família; o Crescimento/desenvolvimento (*Growth*) abarca a maturidade física, psíquica, emocional e realização abrangida pelos membros da família, através de apoio e orientação mútuo; o Afeto (*Affection*) que engloba a satisfação do indivíduo relativamente às interações familiares de cuidado e carinho; a Resolução/dedicação ou decisão (*Resolve*) que reporta a partilha de tempo e a satisfação face aos compromissos que os membros da família estabelecem entre si (Andrade & Martins, 2011).

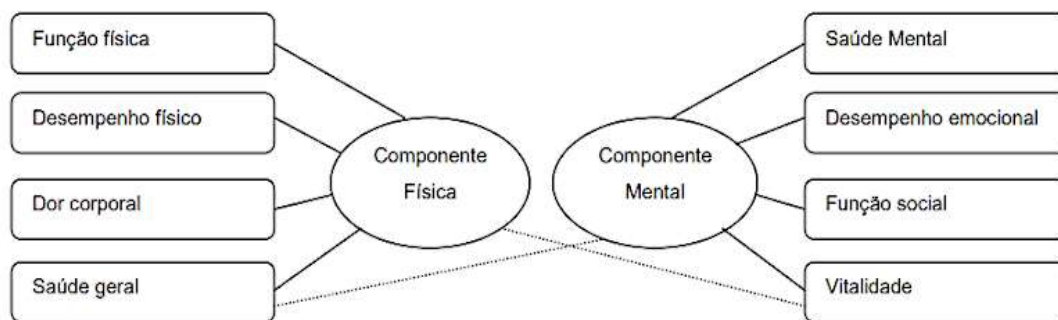
A escala permite a avaliação dos cinco itens previamente descritos, cujas respostas podem assumir uma de três opções pontuadas de forma diferente, “Quase Sempre” 2 pontos, “Algumas Vezes” 1 ponto e “Quase Nunca” 0 pontos, cujo somatório final permitirá concluir se estamos perante uma família altamente funcional, com valores de 7 a 10 pontos, família com moderada disfunção, com valores entre 4 e 6 pontos ou uma família com disfunção acentuada, para valores entre 0 e 3 Pontos (Agostinho & Rebelo, 1988).

Por último, a sexta secção permite avaliar o estado de saúde da pessoa idosa através da escala MOS SF-36 v2. A escala da *Medical Outcomes Short-Form Health Survey* (SF-36) criada por John Ware e sua equipa em 1989, é fruto de um estudo (*Medical Outcomes Study*) realizado nos Estados Unidos da América (EUA) por um grupo de investigadores da *Rand Corporation*, é um instrumento genérico para avaliação do estado de saúde das populações e segundo Ferreira (2000a) pode também ser utilizado para caracterizar o impacto de algumas medidas a nível estrutural e político, assim como apoio à tomada de decisão de prestadores de cuidados. Foi adaptado culturalmente para português por Ferreira em 2000 utilizando uma amostra de mulheres grávidas (Ferreira, 2000b). O instrumento foi construído para autoadministração por pessoas de 14 anos de idade ou mais, e pode igualmente ser aplicado por um entrevistador treinado, pessoalmente ou por telefone (Ware & Sherbourne, 1992 citado por Ferreira, 2000a).

O MOS SF-36 apresenta oito conceitos extremamente importantes em saúde traduzidos em oito escalas multi-itens, que se agrupam em duas componentes, a componente física e a componente mental (Figura 8). No que concerne à componente física, esta agrupa a escala

do conceito de função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral. Quanto à componente mental esta reúne a saúde mental, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade (Ferreira, 2000a). Para além destas, surge uma 9ª escala, que por não se assumir como um conceito de saúde, apresenta-se apenas como uma escala que pretende medir a forma como experiências anteriormente vividas representam mudanças na saúde da pessoa, por isto é também denominada como escala da transição (Ferreira, 1998). A consistência interna deste instrumento é alta, sendo que o alfa (α) de Cronbach se situa entre 0,60 (função social) e 0,87 (função física e saúde geral) (Ferreira, 2000b).

Figura 8: Modelo fatorial SF-36 v2



Fonte: Ferreira, 1998

A escala da função física (itens 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, 3j - dez itens) quer mensurar desde a limitação para executar atividades físicas menores, passando pelas intermédias até às extenuantes. A escala do desempenho físico (itens 4a, 4b, 4c, 4d - quatro itens) e a escala do desempenho emocional (itens 5a, 5b, 5c - três itens) avaliam a limitação em saúde, no que diz respeito ao tipo e quantidade de trabalho executado. A escala da dor física (itens 7 e 8 - dois itens) permite calcular a intensidade, desconforto causados pela dor e a forma como esta interfere nas atividades normais. Quanto à escala da saúde em geral (itens 1, 11a, 11b, 11c, 11d - cinco itens) admite a avaliação do conceito de perceção holística da saúde. A escala referente à vitalidade (itens 9a, 9e, 9g, 9i - quatro itens) reporta aos níveis de energia e de fadiga. Já a escala da função social (itens 6 e 10 - dois itens) pretende retratar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, atendendo ao impacto dos problemas físicos e emocionais nas mesmas. E por fim no que respeita à escala da saúde mental (itens 9b, 9c, 9d, 9f, 9h - cinco itens) esta questiona quanto à ansiedade, a depressão, a perda de controlo comportamental ou emocional assim como o bem-estar psicológico (Ferreira, 2000a). As escalas utilizam e pontuam através do método de Likert (Ferreira, 1998). No quadro 1 encontram-se representados os conteúdos dos itens de cada uma das escalas.

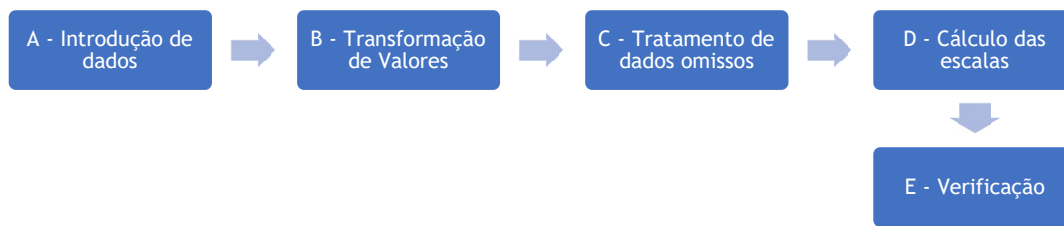
Quadro 1: Conteúdos abreviados dos itens da escala SF-36

Escala	Item	Conteúdo abreviado
Função Física	3a	Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, desportos violentos
	3b	
	3c	Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa
	3d	Levantar ou carregar as compras da mercearia
	3e	Subir vários lanços de escada
	3f	Subir um lanço de escadas
	3g	Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se
	3h	Andar mais de 1 Km
	3i	Andar vários quarteirões
	3j	Andar um quarteirão
	3j	Tomar banho ou vestir-se sozinho/a
	Desempenho físico	4a
4b		Fez menos do que queria
4c		Limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades
4d		Dificuldade em executar o trabalho ou outras atividades
Dor corporal	7	Intensidade das dores
	8	Interferência da dor no trabalho normal
Saúde geral	1	A sua saúde é: ótima, muito boa, boa, razoável, fraca
	11a	Parece que adoço mais facilmente do que os outros
	11b	Sou tão saudável como qualquer outra pessoa
	11c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar
	11d	A minha saúde é ótima
Vitalidade	9a	Cheio/a de vitalidade
	9e	Com muita energia
	9g	Sentiu-se estafado/a
	9i	Sentiu-se cansado/a
Função social	6	Interferência dos problemas de saúde nas atividades sociais normais
	10	Número de casos em que a saúde física interferiu nas atividades sociais
Desempenho emocional	5a	Diminuição do tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades
	5b	Fez menos do que queria
	5c	Não trabalhou tão cuidadosamente como era costume
Saúde mental	9b	Sentiu-se muito nervoso/a
	9c	Sentiu-se tão deprimido/a que nada o/a animava
	9d	Sentiu-se calmo/a e tranquilo
	9f	Sentiu-se triste e em baixo
	9h	Sentiu-se feliz
Mudança de saúde	2	Classificação da saúde atual comparada com o que acontecia há um ano

Fonte: Ferreira (1998 pp 23-24)

Ferreira (2000a) refere que os dados obtidos pelo MOS SF-36 não estão à partida em condições de serem imediatamente usados, assim procede-se à utilização de um sistema de pontuação refletido no diagrama infra (figura 9).

Figura 9: Sistema de pontuação SF36



Fonte: Ferreira, 2000a, p. 58.

A introdução de dados reporta à codificação constante do questionário que por vezes se torna dúbia, assim, no caso de duas respostas contíguas referentes à mesma questão, procede-se à escolha de forma aleatória de uma delas, no entanto se o respondente marcou duas respostas não contíguas a uma mesma questão, este dado será considerado omissos. Se numa pergunta do tipo sim/não, a resposta é dada em forma de texto, no lugar de colocar uma cruz na resposta apropriada, deve-se considerar como correto e deve ser considerada a resposta que mais próxima estiver do texto em questão (Ferreira, 1998).

A transformação de valores atende ao descrito na figura 10, onde se pode verificar as questões na coluna 2 que compõem cada dimensão (coluna 1), assim como a amplitude aceite para as respostas na 3ª coluna, a transformação resultante da aplicação do sistema de codificação na coluna 4 e os limites mínimo e máximo das escalas obtidas na coluna 5 e 6 (Ferreira, 1998).

Se existirem respostas que ultrapassam a amplitude definida na coluna 3, torna-se essencial analisar o questionário e se forem detetados erros proceder à sua correção. Será necessário considerar o dado como omissos, quando esta correção não é possível. De seguida realiza-se a transformação assinalada na coluna 4, para os valores dos itens das dimensões DC, SG, VT, FS e SM procede-se à sua inversão, para os itens das dimensões DC e SG procedemos à sua recalibração com o auxílio de funções de valor (Ferreira, 2000a).

Apesar de algumas escalas terem vários itens, é possível estimar a sua pontuação mesmo quando existam dados omissos (tratamento de dados omissos), isto quando estão respondidos pelo menos metade dos itens que compõem a escala, procede-se assim à média das respostas transformadas do mesmo indivíduo aos restantes itens da escala (Ferreira, 2000a).

Figura 10: Informação para o sistema de pontuação

(1)	(2)	(3)	(4)		(5)	(6)
DIMENSÃO	PERG.S	VALS	TRANSFORMAÇÃO		MIN	MAX
FF Função Física	3a - 3j	1 - 3	—		10	30
DF Desempenho físico	4a - 4d	1 - 2	—		4	8
DC Dor corporal	7	1 - 6	1 → 6.0	4 → 3.1	2	12
			2 → 5.4	5 → 2.2		
			3 → 4.2	6 → 1.0		
	8	1 - 5	7 falta	7=1	7=2,...,6	
			1 → 6.0	1 → 6.0	6 - x	
			2 → 4.75	1 → 4.0		
			3 → 3.5	1 → 3.0		
			4 → 2.25	1 → 2.0		
			5 → 1.0	1 → 1.0		
SG Saúde geral	1	1 - 5	1 → 5.0	4 → 2.0	5	25
			2 → 4.4	5 → 1.0		
			3 → 3.4			
	11a, 11c	1 - 5	—			
	11b, 11d	1 - 5	x → 6 - x			
VT Vitalidade	9a, 9e	1 - 6	x → 7 - x		4	24
	9g, 9i	1 - 6	—			
FS Função social	6	1 - 5	x → 6 - x		2	10
	10	1 - 5	—			
DE Desempenho emocional	5a - 5c	1 - 2	—		3	6
SM Saúde mental	9b, 9c, 9f	1 - 6	—		5	30
	9d, 9h	1 - 6	x → 7 - x			
MS Mudança de saúde	2	1 - 5	—		—	—

X (representa a transformação identidade)

Fonte: Ferreira, 1998 p. 26.

O próximo passo, é calcular uma pontuação para cada escala (cálculo das escalas), procedendo à soma das respostas dos itens que constituem cada escala. Nesta fase atendemos sempre ao facto de, se o respondente não tiver dado resposta a pelo menos metade dos itens de uma escala a esta atribuímos o valor omissivo. Nesta altura transformamos os valores das escalas para uma escala entre 0 e 100 usando a seguinte fórmula, sendo que o dado **SOMA** corresponde ao valor da soma dos itens dessa escala com a devida recodificação quando necessário e o **MIN** e **MAX**, os valores, mínimo e máximo, no final o valor obtido reporta à percentagem da pontuação total (Ferreira, 1998), sendo que quanto mais elevado o valor, melhor o estado de saúde (Ware & Shelbourne, 1992):

$$\text{Escala Transformada} = \left[\frac{\text{SOMA} - \text{MIN}}{\text{MAX} - \text{MIN}} \right] \times 100$$

O último passo do sistema de pontuação do SF-36, alude à verificação dos valores obtidos e suas distribuições com base nos seguintes pressupostos:

- a correlação entre cada escala e seus itens devem ser positivas e altas (0,30, pelo menos);
- as correlações entre a escala Saúde Geral e todas as outras sete precisam ser positivas, mas raramente altas;
- as correlações entre as 8 escalas e o primeiro fator não rodado obtido pela análise fatorial devem ser positivas e altas.

Atendendo, à natureza deste estudo será realizada a análise descritiva das respostas dadas pelos participantes e das médias calculadas após a transformação de valores, de cada escala.

Conforme descrito está acautelada a tradução e validação para a população portuguesa de cada um dos instrumentos assinalados como constituintes do instrumento de colheita de dados deste estudo, a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi realizado por contacto telefónico. A colheita de dados deste estudo decorreu de abril a julho de 2022.

2.6.Considerações éticas

As questões éticas associadas aos processos de investigação são indissolúveis, seja qual a via que permite que um estudo coloque em questão os direitos fundamentais do ser humano, quer pelos conceitos estudados, métodos de experimentação, colheita de dados ou publicação dos resultados, só pode conduzir ao moralmente inaceitável, seja para quem for, nomeadamente o próprio investigador (Fortin, 2009).

As pessoas que participam em investigações, têm direito à proteção da sua liberdade e direitos fundamentais ou princípios, que se encontram espelhados nos códigos de ética, que passam por outros além dos anteriormente descritos (Fortin, 2009).

Inicialmente os direitos fundamentais determinados pelos códigos de ética, seriam: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e confidencialidade, o direito à proteção contra o prejuízo ou desconforto e direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 2009).

Atendendo às linhas orientadoras traçadas em 1978 e 1987 pelo *Conseil de Recherches Médicales* do Canadá e declarações de outros organismos Canadianos e Internacionais, surgem outros princípios éticos, tais como: 1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) respeito pelos grupos vulneráveis; 3) respeito pela vida privada e pela

confidencialidade de informações pessoais; 4) respeito pela justiça e equidade; 5) o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) redução dos inconvenientes e 7) otimização das vantagens (Fortin et al., 2009).

Assim, este estudo de investigação foi submetido para aprovação da Comissão de Ética em Saúde da Unidade Local de Saúde (Anexo III), ao conselho de administração da ULS (Anexo IV) e foi realizado pedido de autorização aos coordenadores das unidades (Anexo V) onde estão inscritas as pessoas idosas, sendo que só foi iniciada a colheita de dados após parecer positivo da comissão de ética, do conselho de administração e da comissão local de proteção e segurança da informação conforme anexo VI. A todos os participantes foi solicitado o seu consentimento (Anexo VII) para participação no estudo com as devidas elucidações necessárias à compreensão do projeto de investigação, sendo dada a oportunidade a todos os participantes de esclarecimento de qualquer questão que entendessem necessário. Foi garantida a possibilidade de desistirem em qualquer momento da investigação sem qualquer prejuízo no caso de assim optarem. A todos foi garantido o anonimato dos dados, os quais serão tratados de forma confidencial e apenas no âmbito deste estudo.

No que diz respeito às referências bibliográficas e outros materiais utilizados que não são da autoria da investigadora, foi garantida a devida citação bibliográfica e foram solicitadas as devidas autorizações para utilização dos instrumentos de recolha de dados, assim os pedidos e respetivas autorizações encontram-se em anexos, conforme descrito de seguida; pedido de autorização de utilização da escala de Barthel e Lawton e Brody em anexo VIII; pedido de autorização de utilização da escala MOS SF-36 v2 em anexo IX; pedido de autorização de utilização da escala Apgar familiar em anexo X e pedido de autorização para utilização da escala de diminuição cognitiva de 6 itens em anexo XI.

2.7. Tratamento e análise de dados

A análise estatística inicia-se quando se definem as variáveis que vão permitir operacionalizar os conceitos que fazem parte das questões de investigação, estas serão medidas utilizando-se instrumentos de medida. O passo seguinte ordena os dados brutos que resultaram da fase anterior atendendo a vários níveis de medida, ou seja, se as medidas correspondem a escalas ordinais, nominais, de intervalos ou de proporções. Segue-se o tratamento estatístico, que reporta à análise dos dados através de testes estatísticos que atendem à função que as variáveis cumprem na investigação. Na estatística descritiva pode-se organizar e analisar os dados brutos utilizando para isso, distribuições de frequências (utiliza dados de qualquer nível, nominal, ordinal, de intervalos ou de proporções), os gráficos, medidas de tendência central e medidas de dispersão. A estatística descritiva

encontra-se presente em qualquer estudo, permite essencialmente descrever as características da amostra escolhida para o estudo (Fortin et al., 2009).

Conforme referido anteriormente, será realizada uma análise por meio de estatística descritiva aos dados, que conforme Fortin et al. (2009, p. 410) corresponde ao “processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos” e objetiva descrever os atributos da amostra e obter resposta para as questões de investigação emanadas na fase conceptual. No sentido de caracterizar a amostra deste estudo, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, a média, a moda, DP e amplitude. No quadro 2 expõe-se quais as distribuições de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão utilizadas para cada variável para a pessoa idosa.

Quadro 2: Variável e a técnica de análise estatística utilizada (pessoa idosa)

Variável	Técnicas de análise estatística
Idade	Frequência absoluta; Frequência relativa; Média, <u>DP</u> , Amplitude
Sexo	Frequência absoluta; Frequência relativa
Estado civil	Frequência absoluta; Frequência relativa
Nível de escolaridade	Frequência absoluta; Frequência relativa
Situação profissional	Frequência absoluta; Frequência relativa
Fonte de rendimento	Frequência absoluta; Frequência relativa
Tipo de família	Frequência absoluta; Frequência relativa
Doenças crónicas	Frequência absoluta; Frequência relativa
Desempenho cognitivo	Frequência absoluta; Frequência relativa
Capacidade funcional	Frequência absoluta; Frequência relativa; Média, <u>DP</u> , Amplitude
Funcionalidade familiar	Frequência absoluta; Frequência relativa
Estado de saúde	Frequência absoluta; Frequência relativa; Média, <u>DP</u> , Amplitude

No quadro 3 para o cuidador familiar é realizada a descrição das distribuições de frequências, medidas de tendência central e medidas de dispersão utilizadas para cada variável.

Quadro 3: Variável e a técnica de análise estatística utilizada (cuidador familiar)

Variável	Técnicas de análise estatística
Idade	Frequência absoluta; Frequência relativa; Média, <u>DP</u> , Amplitude
Sexo	Frequência absoluta; Frequência relativa
Estado civil	Frequência absoluta; Frequência relativa
Nível de escolaridade	Frequência absoluta; Frequência relativa
Situação profissional	Frequência absoluta; Frequência relativa
Fonte de rendimento	Frequência absoluta; Frequência relativa
Tipo de família	Frequência absoluta; Frequência relativa
Doenças crónicas	Frequência absoluta; Frequência relativa
Desempenho cognitivo	Frequência absoluta; Frequência relativa

Capacidade funcional	Frequência absoluta; Frequência relativa; Média, <u>DP</u> , Amplitude
Funcionalidade familiar	Frequência absoluta; Frequência relativa
Estado de saúde	Frequência absoluta; Frequência relativa; Média, <u>DP</u> , Amplitude
Tempo que despende para prestar cuidados a esta pessoa	Frequência absoluta; Frequência relativa; Média, <u>DP</u> , Amplitude
Vínculo com a pessoa de quem cuida	Frequência absoluta; Frequência relativa
Única pessoa de quem cuida	Frequência absoluta; Frequência relativa
Recebe apoio emocional financeiro ou instrumental	Frequência absoluta; Frequência relativa
Tipo de cuidado que presta	Frequência absoluta; Frequência relativa

Para a análise dos dados recorreu-se ao aplicativo IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28.0.0.0 para Windows.

3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo são apresentados os dados e discutidos resultados relativos à caracterização sociodemográfica, desempenho cognitivo, grau de capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária e para as atividades instrumentais de vida diária, avaliação da funcionalidade familiar e a avaliação do estado de saúde através da média para a amostra das oito escalas que compõem a MOS SF-36 v2, quer para a pessoa idosa quer para o cuidador familiar.

3.1. Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa

É possível verificar a caracterização sociodemográfica da pessoa idosa na tabela 1, no que toca ao perfil etário, verifica-se que 50,0% se encontra na faixa etária dos 70 aos 79 anos de idade, a média de idades situa-se nos 75,6±6,8 anos (65-91). No estudo de Sousa, Oliveira et al. (2021) para pessoas idosas que habitam em Coimbra a média de idades situava-se nos 76,7 anos de idade, algo muito idêntico a este estudo.

A pessoa idosa do presente estudo é na sua maioria do sexo feminino (75,0%), conclusão a que também chegaram Anjos et al. (2017) e Ceccon et al. (2021) que identificaram nos seus estudos que a pessoa idosa era predominantemente do sexo feminino. No estudo de Sousa, Oliveira et al. (2021) a predominância pertence de igual forma ao sexo feminino, embora com frequências relativas menores, tanto para as pessoas idosas em Portugal como no Brasil com valores de 54,2% e 57,7%, respetivamente.

Quanto ao estado civil, 55,0% das pessoas idosas são casadas, 35,0% são viúvas e 10,0% são divorciadas. Em certa medida, o estudo comparativo entre as pessoas idosas portuguesas e as pessoas idosas brasileiras, realizado por Sousa, Oliveira et al. (2021) corrobora estes dados, pois no caso das pessoas idosas portuguesas, cerca de 59,0% eram casados e 36,5% viúvos. A mesma tendência foi observada no estudo de Santos et al. (2020), sendo que 54,5% das pessoas idosas eram casadas, 27,3% eram viúvos e 7,4% divorciados.

As pessoas idosas deste estudo têm um baixo nível de escolaridade, observou-se que 65,0% têm apenas o primeiro ciclo de escolaridade e é de sublinhar que 10% indicaram não ter escolaridade. Sousa, Oliveira et al. (2021) identificaram resultados similares para a maioria das pessoas idosas portuguesas participantes do seu estudo, sendo que 66,9% tinham até 4 anos de escolaridade e 6,4% não tinham escolaridade.

No que respeita à situação profissional este estudo indica que 90,0% de pessoas idosas se encontravam reformadas. Também Rodrigues et al. (2020) no estudo que desenvolveu, identificou que a maioria dos participantes estava aposentada (76,1%).

Cerca de 35,0% das pessoas idosas deste estudo reside apenas com o cônjuge e 20,0% residem sozinhas. No estudo de Rodrigues et al. (2020) observou-se resultados similares a este estudo no que respeita ao agregado familiar, assim a maioria das pessoas idosas (46,3%) vivia com o cônjuge e 20,9% residia sozinha.

Tabela 1: Caracterização do perfil sociodemográfico da pessoa idosa

Variáveis	N (20)	%	Estatística
1. Idade das pessoas idosas (Anos) (Categorizado)			
60 - 69	4	20,0	Média - 75,6
70 - 79	10	50,0	DP - 6,8
80+	6	30,0	Mínimo - 65,0 Máximo - 91.0
2. Sexo			
Feminino	15	75,0	
Masculino	5	25,0	
3. Estado civil			
Casado	11	55,0	
Divorciado	2	10,0	
Viúvo	7	35,0	
4. Nível de escolaridade			
Sem escolaridade	2	10,0	
Primeiro Ciclo (1-4º Ano de escolaridade)	13	65,0	
Segundo Ciclo (5-6º Ano de escolaridade)	2	10,0	
Terceiro Ciclo (7-9º Ano de escolaridade)	1	5,0	
Secundário (10-12º Ano de escolaridade)	2	10,0	
5. Situação profissional			
Empregado	1	5,0	
Reformado (a) por idade	13	65,0	
Reformado (a) por invalidez	5	25,0	
Rendimento de outrem	1	5,0	
6. Fonte de rendimento mensal da pessoa idosa			
Atividade profissional	1	5,0	
Reforma	18	90,0	
Subsídios ou apoios sociais	1	5,0	
7. Tipo de família			
1 individuo	4	20,0	
Casal com filhos	3	15,0	
Casal sem filhos	7	35,0	
Monoparental	1	5,0	
Outra	5	25,0	

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.2. Caracterização clínica da pessoa idosa

Conforme o estudo de Anjos et al. (2017) identificamos 100,0% das pessoas idosas (tabela 2) com pelo menos uma doença crônica. Das doenças relatadas pelas pessoas idosas, conforme podemos constatar na tabela 2, observou-se que a maioria são doenças do sistema circulatório (85,0%) e doenças endócrinas (80,0%). Quanto às doenças do sistema circulatório, cerca de 88,2% tem hipertensão arterial e no caso das doenças endócrinas 81,3% apresenta diabetes mellitus. Também Anjos et al. (2017) concluiu que das comorbidades identificadas, as mais prevalentes eram doenças do sistema circulatório e as doenças endócrinas, com cerca de 58,8% das pessoas idosas com hipertensão arterial, 15,4% problemas cardíacos e 12,6% diabetes mellitus.

Tabela 2: Distribuição das doenças crônicas da pessoa idosa (CID11)

Doenças Crônicas	N *(20)	%
Sim	20	100,0

Variável	N *(20)	%
Sistema musculoesquelético /tecido conjuntivo	1	5,0
Aparelho geniturinário	2	10,0
Sistema circulatório	17	85,0
Transtornos depressivos	2	10,0
Sistema respiratório	1	5,0
Sistema digestivo	1	5,0
Sistema nervoso	2	10,0
Endócrinas	16	80,0

Distribuição das doenças do sistema circulatório na pessoa idosa (CID11)	N *(17)	%
Doença Cardíaca	5	29,4
Hipertensão arterial	15	88,2

Distribuição das doenças endócrinas na pessoa idosa (CID11)	N *(16)	%
Hipercolesterolemia	9	56,3
Doença da Tireoide	2	12,5
Diabetes Mellitus	13	81,3

Distribuição das doenças endócrinas que surgem em simultâneo na pessoa idosa (CID11)	N *(16)	%
Hipercolesterolemia/ Diabetes Mellitus	5	31,3
Doença da Tireoide/ Diabetes Mellitus	1	6,3
Hipercolesterolemia/ Doença da Tireoide/Diabetes Mellitus	1	6,3
Diabetes Mellitus	6	37,5
Hipercolesterolemia	3	18,8

Observação/Fonte: (N*) Número de participantes com as doenças descritas em cada cabeçalho/elaboração do autor 2022

3.3. Desempenho cognitivo da pessoa idosa

Quanto aos resultados obtidos para o desempenho cognitivo da pessoa idosa, conforme a tabela 3, indicam que 60,0% apresenta deterioração cognitiva e quando observada a distribuição de respostas verifica-se que 50,0% tem dificuldade em memorizar. No estudo de Gomes et al. (2020) foi possível concluir que a memória, à medida que o processo de envelhecimento decorre vai sofrendo alterações, mas de forma independente do comprometimento cognitivo. Paredes et al. (2020) também no estudo que desenvolveram identificaram 53,9% de pessoas idosas com declínio cognitivo. Por sua vez Arturo et al. (2018) encontraram 39,4% de pessoas idosas com deterioração cognitiva.

Tabela 3: Desempenho cognitivo da pessoa idosa

Variável	N (20)	%
Deterioração cognitiva	12	60,0
Sem deterioração cognitiva	8	40,0
Escala do teste cognitivo de 6 itens pessoa idosa (Apóstolo et al., 2017)		
Em que ano estamos?		
Correto	18	90,0
Incorreto	2	10,0
Em que mês estamos?		
Correto	19	95,0
Incorreto	1	5,0
Que horas são (aproximadamente)?		
Correto	19	95,0
Incorreto	1	5,0
Conte na ordem inversa de 20 para 1.		
>1 erro	2	10,0
1 erro	1	5,0
Correto	17	85,0
Diga os meses do ano na ordem inversa.		
>1 erro	2	10,0
1 erro	2	10,0
Correto	16	80,0
Repita por favor a frase de endereço que lhe disse anteriormente - Abel Silva nº 42, Rua da Sofia, Coimbra.		
Correto	0	0,0
1 erro	1	5,0
2 erros	5	25,0
3 erros	2	10,0
4 erros	2	10,0
Tudo errado	10	50,0

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.4. Capacidade funcional para as ABVD E AIVD da pessoa idosa

A avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa para as ABVD foi realizada através da Escala de Barthel. Na tabela 4 podemos observar que, cerca de 60,0% das pessoas idosas apresenta dependência moderada. Velásquez et al. (2014) observam no seu estudo nível idêntico de dependência. Da análise às respostas das pessoas idosas, o valor que mais se evidencia corresponde a 45,0% de participantes que não conseguem controlar a sua função urinária, os quais apresentam perdas de urina ocasional. No estudo de Kaur et al. (2019), os principais domínios associados à dependência é a incontinência possivelmente por enfraquecimento dos músculos do assoalho pélvico que por sua vez, compromete os esfíncteres envolvidos na micção e evacuação.

Tabela 4: Capacidade funcional da pessoa idosa para AVBD

Variável	N (20)	%
Dependência Moderada	12	60,0
Independência Total	8	40,0

Escala de Barthel pessoa idosa (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007)	N (20)	%
A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal:		
Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho	20	100,0
Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	0	0,0
B. Atualmente, consegue tomar banho:		
Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro	18	90,0
Não consegue tomar banho sozinho	2	10,0
C. Atualmente, consegue vestir-se:		
Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)	17	85,0
Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. Apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar)	3	15,0
Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	0	0,0
D. Atualmente, consegue alimentar-se:		
Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho	19	95,0
Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.	1	5,0
Não consegue alimentar-se sozinho	0	0,0
E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?		
Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade	18	90,0
Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)	2	10,0
Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira	0	0,0
Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	0	0,0
F. Atualmente, consegue subir e descer escadas		
Consegue subir e descer escadas	17	85,0
Precisa de ajuda para subir e descer escadas	2	10,0
Não consegue subir ou descer escadas	1	5,0
G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se		
Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.)	18	90,0

Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa	2	10,0
Consegue andar sozinho em cadeira de rodas	0	0,0
Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	0	0,0
H. Atualmente, tem controlo na função intestinal		
Controla bem esta função	17	85,0
Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes	3	15,0
Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	0	0,0
I. Atualmente, controla a função urinária		
Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos	11	55,0
Perde urina acidentalmente	9	45,0
Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	0	0,0
J. Atualmente, consegue ir à casa de banho		
Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho	18	90,0
Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	2	10,0
Não consegue ir à casa de banho sozinho	0	0,0

Fonte: [Elaboração do autor 2022](#)

A capacidade funcional para as AIVD foi avaliada através da escala de Lawton e Brody e, de acordo com a tabela 5, 85,0% das pessoas idosas encontram-se entre o score 13 e 23. Assim, considerando que scores mais elevados refletem melhor nível de independência na realização das AIVD, podemos confirmar que nesta avaliação, estas demonstram um melhor nível de independência para as AIVD, é possível também confirmar que a média de scores é de 19,7. Na observação das respostas dadas percebemos que 20,0% das pessoas idosas tem dificuldade em realizar as suas compras e que também 20,0% não consegue utilizar meios de transporte (não viaja). Carvalho e Rodrigues-Ferreira (2011), concluíram no seu estudo que a maioria das pessoas idosas eram independentes para as AIVD e de igual forma, é na atividade de ir às compras que estas eram menos independentes. Arturo et al. (2018) observaram na sua amostra de pessoas idosas um nível de independência para as AIVD de 73,9%.

Tabela 5: Capacidade funcional da pessoa idosa para AIVD

Escala Lawton e Brody (Score)	N (20)	%	
<=12	3	15,0	Média - 19,7
13-23	17	85,0	DP - 4,8
			Mínimo - 7,0
			Máximo - 23,0
Escala Lawton e Brody da pessoa idosa (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007)		N (20)	%
1 - Capacidade para usar o telefone:			
Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números.	20	100,0	
É capaz de marcar alguns números familiares	0	0,0	
Atende o telefone, mas não marca números	0	0,0	
Não é capaz de usar o telefone	0	0,0	

2 - Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias:		
Realiza sozinho(a) as compras pequenas	3	15,0
Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra	0	0,0
Totalmente incapaz de ir às compras	4	20,0
Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias	13	65,0
3 - Preparação da comida:		
Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha	18	90,0
Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos	0	0,0
Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada.	1	5,0
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	1	5,0
4 - Cuidado com a casa:		
Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)	13	65,0
Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama	3	15,0
Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza	2	10,0
Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa	1	5,0
Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	1	5,0
5 - Lavar a roupa:		
Lava sozinho(a) toda a sua roupa	18	90,0
Lava sozinho(a) apenas peças pequenas	1	5,0
Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	1	5,0
6 - Usar os meios de transporte:		
Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro	13	65,0
É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte	2	10,0
Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém	0	0,0
Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros	1	5,0
Não viaja	4	20,0
7 - Responsabilidade com a sua medicação:		
É responsável por tomar a sua medicação nas doses corretas e à hora certa	19	95,0
Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente	1	5,0
Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	0	0,0
8 - Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos:		
Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias)	16	80,0
Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco...	2	10,0
Incapaz de gerir o dinheiro	2	10,0

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.5. Funcionalidade familiar para a pessoa idosa

A avaliação da funcionalidade familiar à pessoa idosa indica, conforme observado na tabela 6, que 70,0% se enquadra em família altamente funcional. Andrade e Martins (2011), chegaram a resultados idênticos, sendo que 62,4% das pessoas idosas perceberam que integravam uma família altamente funcional. No estudo de Arango et al. (2019), 61,2% das pessoas idosas integravam uma família altamente funcional. Na tabela 6, é possível observar igualmente a distribuição das respostas das pessoas idosas ao Apgar familiar, sendo que em todas as dimensões avaliadas se destaca a opção de resposta quase sempre.

Tabela 6: Funcionalidade familiar da pessoa idosa

Variável	N (20)	%
Família altamente funcional	14	70,0
Família com disfunção leve	3	15,0
Família com disfunção severa	3	15,0
Escala de Apgar familiar pessoa idosa (Agostinho & Rebelo, 1988)	N (20)	%
Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa?		
Quase sempre	14	70,0
Algumas vezes	3	15,0
Quase nunca	3	15,0
Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?		
Quase sempre	13	65,0
Algumas vezes	4	20,0
Quase nunca	3	15,0
Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?		
Quase sempre	12	60,0
Algumas vezes	6	30,0
Quase nunca	2	10,0
Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?		
Quase sempre	12	60,0
Algumas vezes	5	25,0
Quase nunca	3	15,0
Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?		
Quase sempre	13	65,0
Algumas vezes	3	15,0
Quase nunca	4	20,0

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.6. Avaliação do estado de saúde para a pessoa idosa

O questionário que avalia o estado de saúde da pessoa idosa solicita a opinião da mesma quanto à sua saúde, como se sente e sobre a capacidade para exercer as suas atividades. Assim, conforme se pode observar na análise descritiva do estado de saúde da pessoa idosa (tabela 7), a maior parte, 35,0%, considera a sua saúde no geral como fraca e 55,0% descreve o seu estado geral atual como aproximadamente igual em relação a um ano atrás.

Quanto à limitação que sentem na execução de atividades diárias decorrente do seu estado de saúde, 60,0% das pessoas idosas, refere muita limitação no desempenho de atividades violentas e 55,0% quando é necessário andar mais de 1 km. Já quando analisamos as respostas quanto à ausência de limitação, verificamos que 55,0% refere não se sentir limitada quando tem de realizar atividades moderadas e 70,0% não se sente limitada para tomar banho e vestir-se sozinha.

Quando questionadas sobre se nas últimas quatro semanas, decorrente do seu estado de saúde física, diminuíram o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades, a maior parte das pessoas idosas, 40,0%, indicou que nunca e 30,0% referiu que nunca fez menos do que queria. No entanto 25,0% informou que em algum tempo, sentiu-se limitada no tipo de trabalho ou atividades e 25,0% em algum tempo, teve dificuldade em executar o seu trabalho ou atividades.

Quanto à questão se nas últimas quatro semanas decorrente de problemas emocionais como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a) diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades 60,0% indicou que nunca, 60,0% referiu que nunca fez menos do que queria e 60,0% nunca executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume.

Relativamente à questão, se durante as últimas quatro semanas, a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas, 85,0% dos participantes responderam que absolutamente nada.

A maior parte das pessoas idosas, 40,0%, respondeu que não teve dores nas últimas quatro semanas e quando questionadas quanto à interferência que a dor possa ter tido também nas últimas quatro semanas, com o trabalho normal, como trabalho fora de casa ou doméstico, 50,0% indicou que a dor em nada interferiu.

A questão que pretendia avaliar a forma com se sentiram ou como correram as coisas nas últimas quatro semanas atendendo ao tempo, a maioria dos participantes indica que nunca se sentiu cheio de vitalidade (45,0%), nunca se sentiu deprimido (60,0%) nem mesmo ao ponto de nada o animar (55,0%), nunca se sentiu com muita energia (40,0%), nunca se sentiu estafado (40,0%) e nunca se sentiu cansado (30,0%) embora outros 30,0% reportam que se

sentiram cansados a maior parte do tempo, contudo referem que em algum tempo se sentiram muito nervosos (35,0%), calmos ou tranquilos (40,0%) e felizes (30,0%).

Referente à limitação da sua atividade social, 70,0% das pessoas idosas referiu que nas últimas quatro semanas, a sua saúde física ou problemas emocionais nunca limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos).

O questionário contempla quatro questões cujas possibilidades de resposta vão do absolutamente verdade, verdade, não sei, falso e absolutamente falso quanto à forma como as pessoas idosas se sentem em determinadas situações, assim 35,0% referiu que é verdadeira a afirmação, parece que adoeço mais facilmente do que os outros, 50,0% indicou que é verdade a afirmação, sou tão saudável como qualquer outra pessoa, 40,0% apontou como verdade quando se diz, estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar e 40,0% também indicou como verdade para a afirmação que a minha saúde é ótima.

Tabela 7: Análise descritiva do estado de saúde da pessoa idosa (SF 36 v2)

1 - Em geral diria que a sua saúde é:	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
N (%)	2(10)	3(15)	4(20)	4(20)	7(35)
2 - Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:	Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um Pouco pior	Muito pior
N (%)	2(10)	1(5)	11(55)	3(15)	3(15)
3 - As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a		
3a - Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	12(60)	5(25)	3(15)		
3b - Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	7(35)	2(10)	11(55)		
3c - Levantar ou pegar nas compras de mercearia	8(40)	5(25)	7(35)		
3d - Subir vários lanços de escada	7(35)	8(40)	5(25)		
3e - Subir um lanço de escada	3(15)	8(40)	9(45)		
3f - Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	9(45)	6(30)	5(25)		
3g - Andar mais de 1 Km	11(55)	2(10)	7(35)		
3h - Andar várias centenas de metros	9(45)	3(15)	8(40)		
3i - Andar uma centena de metros	6(30)	5(25)	9(45)		
3j - Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	3(15)	3(15)	14(70)		
4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
N (%)					

4a - Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	3(15)	4(20)	4(20)	1(5)	8(40)	
4b - Fez menos do que queria	3(15)	4(20)	3(15)	4(20)	6(30)	
4c - Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	4(20)	4(20)	5(25)	3(15)	4(20)	
4d - Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	4(20)	4(20)	5(25)	3(15)	4(20)	
5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...						
	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca	
	N (%)					
5a - Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	4(20)	1(5)	2(10)	1(5)	12(60)	
5b - Fez menos do que queria	4(20)	1(5)	2(10)	1(5)	12(60)	
5c - Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	4(20)	1(5)	2(10)	1(5)	12(60)	
6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?						
	Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso	
	N (%)					
	17(85)	1(5)	0(0)	0(0)	2(10)	
7 - Durante as últimas 4 semanas teve dores?						
	Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
	N (%)					
	8(40)	0(0)	2(10)	3(15)	2(10)	5(25)
8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?						
	Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso	
	N (%)					
	10(50)	1(5)	2(10)	1(5)	6(30)	
9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...						
	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca	
	N (%)					
9a - Se sentiu cheio/a de vitalidade	2(10)	1(5)	5(25)	3(15)	9(45)	
9b - Se sentiu muito nervoso/a	0(0)	6(30)	7(35)	4(20)	3(15)	
9c - Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava	1(5)	4(20)	3(15)	1(5)	11(55)	
9d - Se sentiu calmo/a e tranquilo/a	1(5)	4(20)	8(40)	3(15)	4(20)	
9e - Se sentiu com muita energia	2(10)	1(5)	5(25)	4(20)	8(40)	
9f - Se sentiu deprimido/a	0(0)	5(25)	2(10)	1(5)	12(60)	
9g - Se sentiu estafado/a	1(5)	4(20)	6(30)	1(5)	8(40)	

9h - Se sentiu feliz	5(25)	5(25)	6(30)	1(5)	3(15)
9i - Se sentiu cansado/a	1(5)	6(30)	3(15)	4(20)	6(30)
10 - Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
N (%)	2(10)	1(5)	1(5)	2(10)	14(70)
11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.	Absolutament e verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
	N (%)				
11a - Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1(5)	7(35)	1(5)	6(30)	5(25)
11b - Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	2(10)	10(50)	0(0)	7(35)	1(5)
11c - Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	2(10)	8(40)	2(10)	7(35)	1(5)
11d - A minha saúde é ótima	2(10)	8(40)	0(0)	7(35)	3(15)

Fonte: Elaboração do autor 2022

Na tabela 8 observa-se a avaliação do estado de saúde das pessoas idosas, com a indicação da média de pontuação para cada escala ou dimensão que compõe o Mos SF-36 v2, cujas pontuações podem ir de 0 a 100, em que 0 é o pior estado de saúde e 100 o melhor estado de saúde, sendo que as oito dimensões podem ser agrupadas em duas componentes, saúde física e saúde mental. A escala de mudança em saúde, ou transição em saúde, mede a quantidade de mudança em geral na saúde e pontua de 1 (muito melhor) a 5 (muito pior).

Podemos verificar que as escalas com melhores médias de pontuação são a escala da função social, com média de 85.0 e a escala do desempenho emocional que reporta uma média de 70.0.

Verificamos que as escalas com piores médias de pontuação, são a escala da função física com 50,7, do desempenho físico com 53.4, da dor corporal com média de 35.5, da saúde geral com média de 49.9, vitalidade com média de 47,0 e saúde mental com média de 56.8. A escala de mudança de saúde reporta uma média de pontuação de 3.2.

Carvalho e Rodrigues-Ferreira (2011) chegaram a médias idênticas a este estudo, quanto à escala da função social (81,6) e à escala do desempenho emocional (73,9), assim como a escala que demonstra menor média e como tal a que contribui mais para um pior estado de saúde, é a da dor corporal.

Tabela 8: Escalas do MOS SF-36 v2 da pessoa idosa (média, DP e amplitude)

Variável N (20)	Escala Função Física	Escala Desempenho Físico	Escala Dor Corporal	Escala Saúde Geral	Escala Vitalidade	Escala Função Social	Escala Desempenho Emocional	Escala Saúde Mental	Mudança de Saúde pessoa idosa
Média	50,8	53,5	35,6	49,9	47,0	85,1	70,0	56,8	3,2
DP	36,7	35,3	24,2	25,8	17,5	31,0	41,8	18,9	1,1
Mínimo	0,0	0,0	0,0	5,0	20,0	0,0	0,0	20,0	1,0
Máximo	100,0	100,0	72,0	90,0	90,0	100,0	100,0	84,0	5,0

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.7. Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar

A caracterização sociodemográfica do cuidador familiar pode ser observada na tabela 9. Em relação à idade, 35,0% dos cuidadores familiares enquadram-se na faixa etária dos 60 aos 69 anos de idade. Rocha e Pacheco (2013) indicaram que cerca de 89,1% dos cuidadores familiares tinham mais de 50 anos, o que neste estudo corresponde a cerca de 80,0%. No estudo de Ceccon et al. (2021), 52,4% dos cuidadores familiares enquadra-se na faixa etária dos 40 aos 59 anos de idade, comparativamente com os 45,0% neste estudo. A média de idades dos cuidadores é de $58,5 \pm 9,7$ anos de idades (38-77).

O cuidador familiar é maioritariamente do sexo feminino (85,0%), facto que pode ser confirmado na literatura. Rocha e Pacheco (2013) e Ceccon et al. (2021) identificaram que 87,3%, e 84,5% respetivamente dos cuidadores eram do sexo feminino. Dados também corroborados por Anjos et al. (2017).

Quanto ao estado civil dos cuidadores, 70,0% estão casados ou encontram-se em situação de união de facto. Nos estudos de Anjos et al. (2017) e Toffoletto e Reynaldos-Grandón (2019) os cuidadores familiares na sua maioria também eram casados.

Relativamente ao nível de escolaridade dos cuidadores familiares, a maior parte, 30,0% concluiu o segundo ciclo (5 aos 6 anos de escolaridade) e cerca de 5,0% tinha licenciatura. Kobayasi et al. (2019) verificou no seu estudo que a maioria dos cuidadores familiares tinham entre 9 e 12 anos de escolaridade.

Quanto à situação profissional, 50,0% dos cuidadores familiares encontravam-se empregados, facto corroborado pelo estudo de Toffoletto e Reynaldos-Grandón (2019). De salientar que 20,0% dos cuidadores familiares do presente estudo já se encontravam reformados.

Quanto ao agregado familiar do cuidador familiar, 95,0% vivem acompanhados e 5,0% residem sozinhos. Sousa et al. (2020) identificaram 95,3% de cuidadores familiares a viverem acompanhados e 4,7% a viverem sozinhos.

Tabela 9: Caracterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares

Variáveis	N (20)	%	
1. Idade cuidador (Anos) (Categorizado)			
< 40	1	5,0	Média - 58,5
40 - 49	3	15,0	DP - 9,7
50 - 59	6	30,0	Mínimo - 38,0
60 - 69	7	35,0	Máximo - 77,0
70 - 79	3	15,0	
2. Sexo			
Feminino	17	85,0	
Masculino	3	15,0	
3. Estado civil			
Casado/ União de facto	14	70,0	
Divorciado/ Solteiro/Viúvo	6	30,0	
4. Nível de escolaridade			
Sem escolaridade	0	0,0	
Primeiro Ciclo (1-4º Ano de escolaridade)	4	20,0	
Segundo Ciclo (5-6º Ano de escolaridade)	6	30,0	
Terceiro Ciclo (7-9º Ano de escolaridade)	5	25,0	
Secundário (10-12º Ano de escolaridade)	4	20,0	
Licenciatura	1	5,0	
5. Situação profissional			
Empregado	10	50,0	
Reformado	4	20,0	
Desempregado (a)	6	30,0	
6. Fonte de rendimento mensal			
Atividade profissional	8	40,0	
Reforma	4	20,0	
Subsídios ou apoios sociais	4	20,0	
Atividade profissional extra	2	10,0	
Outra	2	10,0	
7. Tipo de família			
1 individuo	1	5,0	
Casal com filhos	5	25,0	
Casal sem filhos	4	20,0	
Monoparental	2	10,0	
Outra	8	40,0	

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.8. Caracterização clínica do cuidador familiar

Cerca de 70,0% dos cuidadores apresenta doenças crônicas (Tabela 10), facto corroborado pelo estudo de Anjos et al. (2017). Na tabela 10 podemos verificar que 35,0% dos cuidadores familiares apresentam doenças endócrinas, sendo que destes 71,4% sofrem de hipercolesterolemia e 25,0% são portadores de doenças do sistema circulatório, em que 100,0% tem hipertensão arterial.

Tabela 10: Distribuição das doenças crônicas do cuidador familiar (CID11)

Doenças Crônicas	N (20)	%
Não	6	30,0
Sim	14	70,0

Variável	N *(14)	%
Doenças do sistema imunológico	2	10,0
Aparelho geniturinário	1	5,0
Sistema musculoesquelético/tecido conjuntivo	1	5,0
Sistema circulatório	5	25,0
Transtornos depressivos	4	20,0
Sistema respiratório	2	10,0
Neoplasias	2	10,0
Sistema nervoso	1	5,0
Endócrinas	7	35,0

Distribuição das doenças do sistema circulatório cuidador (CID11)	N* (5)	%
Hipertensão arterial	5	100,0

Distribuição das doenças endócrinas cuidador (CID11)	N* (7)	%
Hipercolesterolemia	5	71,4
Doença da Tireoide	1	14,3
Diabetes Mellitus	1	14,3

Observação/Fonte: (N*) Número de participantes com as doenças descritas em cada cabeçalho/elaboração do autor 2022

3.9. Desempenho cognitivo do cuidador familiar

Da observação da tabela 11 podemos constatar que 80% dos cuidadores familiares não apresentam deterioração cognitiva. No entanto, da análise descritiva das respostas dadas ao teste cognitivo, percebemos que a maioria dos erros correspondem à memorização da frase. No estudo de Patel e Singh, U. S. (2018) as conclusões apontam para maior prevalência de declínio cognitivo em mulheres com idades acima dos 60 anos, sendo a deterioração cognitiva precursora da demência com graves consequências clínicas para o indivíduo e para a saúde pública. Santos-Orlandi et al. (2017) reconhecem no seu estudo que a maioria dos

cuidadores não apresentam déficit cognitivo. Barbosa et al. (2020) identificou no seu estudo uma prevalência superior de mulheres, com idades acima dos 50 anos e baixo desempenho cognitivo.

Tabela 11: Desempenho cognitivo do cuidador familiar

Variável	N (20)	%
Deterioração cognitiva	4	20,0
Sem deterioração cognitiva	16	80,0

Escala do teste cognitivo de 6 itens do cuidador familiar (Apóstolo et al., 2017)	N (20)	%
Em que ano estamos?		
Correto	20	100,0
Incorreto	0	0,0
Em que mês estamos?		
Correto	20	100,0
Incorreto	0	0,0
Que horas são (aproximadamente)?		
Correto	20	100,0
Incorreto	0	0,0
Conte na ordem inversa de 20 para 1.		
>1 erro	0	0,0
1 erro	1	5,0
Correto	19	95,0
Diga os meses do ano na ordem inversa.		
>1 erro	0	0,0
1 erro	0	0,0
Correto	20	100,0
Repita por favor a frase de endereço que lhe disse anteriormente - Abel Silva nº 42, Rua da Sofia, Coimbra.		
Correto	8	40,0
1 erro	5	25,0
2 erros	2	10,0
3 erros	0	0,0
4 erros	2	10,0
Tudo errado	3	15,0

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.10. Capacidade funcional para as ABVD E AIVD do cuidador familiar

Quanto à avaliação da capacidade funcional para as ABVD a interpretação da escala de Barthel para os cuidadores familiares demonstra que 60,0% tem independência total. Da análise das respostas dadas pelos cuidadores familiares, identifica-se que a maioria de respostas que indicam problemas na dependência reportam-se à função urinária, cerca de

35,0% dos cuidadores perdem urina acidentalmente (tabela 12). Bardsley, (2016), conclui que a incontinência urinária é mais prevalente no sexo feminino e aumenta com a idade, o que vai de encontro com o perfil dos cuidadores familiares deste estudo. No estudo de Santos-Orlandi et al. (2017), os cuidadores são maioritariamente independentes para as ABVD.

Tabela 12: Capacidade funcional para ABVD do cuidador familiar

Variável	N (20)	%
Dependência Moderada	8	40,0
Independência Total	12	60,0
Escala de Barthel cuidador familiar (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007)		
A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal:		
Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho	20	100,0
Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	0	0,0
B. Atualmente, consegue tomar banho:		
Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro	20	100,0
Não consegue tomar banho sozinho	0	0,0
C. Atualmente, consegue vestir-se:		
Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)	20	100,0
Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. Apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar)	0	0,0
Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	0	0,0
D. Atualmente, consegue alimentar-se:		
Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho	20	100,0
Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.	0	0,0
Não consegue alimentar-se sozinho	0	0,0
E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?		
Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade	20	100,0
Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)	0	0,0
Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira	0	0,0
Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	0	0,0
F. Atualmente, consegue subir e descer escadas		
Consegue subir e descer escadas	20	100,0
Precisa de ajuda para subir e descer escadas	0	0,0
Não consegue subir ou descer escadas	0	0,0
G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se		
Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.)	20	100,0
Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa	0	0,0
Consegue andar sozinho em cadeira de rodas	0	0,0
Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	0	0,0
H. Atualmente, tem controlo na função intestinal		
Controla bem esta função	20	100,0
Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes	0	0,0
Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	0	0,0

I. Atualmente, controla a função urinária		
Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos	13	65,0
Perde urina acidentalmente	7	35,0
Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	0	0,0
J. Atualmente, consegue ir à casa de banho		
Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho	19	95,0
Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho	1	5,0
Não consegue ir à casa de banho sozinho	0	0,0

Fonte: [Elaboração do autor 2022](#)

Quanto à avaliação da independência para as AIVD do cuidador familiar, considerando um continuum do score de 0 a 23 em que o mais alto score corresponde a um melhor nível de independência para esta área de atividades, podemos observar na tabela 13 que 100% dos cuidadores familiares se posiciona no intervalo de scores de 13 a 23, correspondente a um melhor nível de independência de todos os cuidadores familiares. A média de scores é de $22,9 \pm 0,4$ (22,0-23,0), o que permite confirmar o melhor nível de independência para as AIVD, conforme descrito anteriormente. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Santos-Orlandi et al. (2017) que identificaram que os cuidadores são independentes para as AIVD.

Tabela 13: Capacidade funcional do cuidador familiar para AIVD

Escala Lawton e Brody cuidador familiar (Score)	N (20)	%	
<=12	0	0,0	Média - 22,9
13-23	20	100,0	DP - 0,4
			Mínimo - 22,0
			Máximo - 23,0
Escala Lawton e Brody do cuidador familiar (Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007)		N (20)	%
1 - Capacidade para usar o telefone:			
Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números	20	100,0	
É capaz de marcar alguns números familiares	0	0,0	
Atende o telefone, mas não marca números	0	0,0	
Não é capaz de usar o telefone	0	0,0	
2 - Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias:			
Realiza sozinho(a) as compras pequenas	0	0,0	
Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra	0	0,0	
Totalmente incapaz de ir às compras	0	0,0	
Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias	20	100,0	
3 - Preparação da comida:			
Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha	20	100,0	
Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos	0	0,0	
Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada	0	0,0	
Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	0	0,0	
4 - Cuidado com a casa:			

Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)	20	100,0
Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama	0	0,0
Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza	0	0,0
Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa	0	0,0
Não participa em nenhuma tarefa doméstica	0	0,0
5 - Lavar a roupa:		
Lava sozinho(a) toda a sua roupa	19	95,0
Lava sozinho(a) apenas peças pequenas	1	5,0
Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	0	0,0
6 - Usar os meios de transporte:		
Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro	19	95,0
É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte	1	5,0
Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém	0	0,0
Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros	0	0,0
Não viaja	0	0,0
7 - Responsabilidade com a sua medicação:		
É responsável por tomar a sua medicação nas doses corretas e à hora certa	20	100,0
Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente	0	0,0
Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	0	0,0
8 - Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos:		
Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias)	19	95,0
Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco...	1	5,0
Incapaz de gerir o dinheiro	0	0,0

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.11. Funcionalidade familiar para o cuidador familiar

De acordo com as respostas dos cuidadores familiares, 75,0% encontram-se inseridos em família altamente funcional. Cánovas et al. (2022) indicam no seu estudo que a maioria dos cuidadores familiar se inseriam em famílias altamente funcionais. Da análise às respostas dos cuidadores familiares à escala do Apgar a maior evidência de insatisfação, reside no tempo passado em família, cerca de 45,0% dos cuidadores familiares informa que só algumas vezes se sente satisfeito com o tempo que passa em família e 10,0% refere que nunca se sente satisfeito (tabela 14).

Tabela 14: Funcionalidade familiar cuidador familiar

Variável	N (20)	%
Família altamente funcional	15	75,0
Família com disfunção Leve	3	15,0
Família com disfunção Severa	2	10,0
Escala de Apgar familiar cuidador familiar (Agostinho & Rebelo, 1988)	N (20)	%

Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa?

Quase sempre	15	75,0
Algumas vezes	3	15,0
Quase nunca	2	10,0
Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema?		
Quase sempre	14	70,0
Algumas vezes	5	25,0
Quase nunca	1	5,0
Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?		
Quase sempre	15	75,0
Algumas vezes	4	20,0
Quase nunca	1	5,0
Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?		
Quase sempre	14	70,0
Algumas vezes	5	25,0
Quase nunca	1	5,0
Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família?		
Quase sempre	9	45,0
Algumas vezes	9	45,0
Quase nunca	2	10,0

Fonte: [Elaboração do autor 2022](#)

3.12. Avaliação do estado de saúde para o cuidador familiar

Relativamente ao estado de saúde do cuidador familiar, tabela 15, cerca de 45,0% considera a sua saúde no geral como razoável e, comparativamente ao que acontecia há um ano, 40,0% descreve o seu estado geral atual como aproximadamente igual.

Quanto à limitação que sentem na execução de atividades diárias decorrente do seu estado de saúde, a maioria dos cuidadores familiares não se sente limitado para a execução das atividades descritas, à exceção das atividades violentas tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes, nestas atividades cerca de 40,0% dos cuidadores familiares indicam que se sentem um pouco limitados, no entanto outros 40,0% referem não se sentirem limitados.

Quando questionados sobre se nas últimas quatro semanas, decorrente do seu estado de saúde física fez menos do que queria, a maior parte (45,0%) indica que isso aconteceu em pouco tempo. Mas, 50,0% refere que nunca diminuíram o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades, 50,0% menciona que nunca nessas quatro semanas se sentiu limitado no tipo de trabalho ou outras atividades e 40,0% assinala que nunca teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades.

No que respeita à questão se nas últimas quatro semanas decorrente de problemas emocionais, como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a) diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades, 85,0% indicou que nunca, 80,0% dos participantes referiu que nunca fez menos do que queria e 85,0% nunca executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume.

Dos cuidadores familiares, 70,0%, responderam que durante as últimas 4 semanas, a sua saúde física ou problemas emocionais não interferiram absolutamente nada, no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas e 35,0% indicou quanto à presença de dores nas últimas 4 semanas, referiu não ter tido dores nenhuma. Quanto à interferência que a dor possa ter tido nas últimas quatro semanas com o trabalho normal, como trabalho fora de casa ou doméstico, 65,0% indicou que a dor não interferiu absolutamente nada.

No que se refere à forma como se sentiram ou como correram as coisas nas últimas quatro semanas atendendo ao tempo, os cuidadores familiares indicaram que nunca se sentiram cheios de vitalidade (55,0%), nunca se sentiram deprimidos ao ponto de nada os animar (60%), nunca se sentiram com muita energia (45,0%), nunca se sentiram deprimidos (55,0%), nunca se sentiram estafados (40,0%), nunca se sentiram felizes (35,0%) e nunca se sentiram muito nervosos (30,0%), contudo outros 30% referem que se sentiram muito nervosos, em pouco tempo. Em algum tempo, 50,0% dos cuidadores familiares referem que se sentiram calmos ou tranquilos e que se sentiram cansados (50,0%).

Quanto à limitação da sua atividade social, 60,0% dos cuidadores familiares referiu que nas últimas quatro semanas, a sua saúde física ou problemas emocionais nunca limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos).

A última questão, quanto à forma como os cuidadores familiares se sentem em determinadas situações, cujas possibilidades de resposta são absolutamente verdade, verdade, não sei, falso e absolutamente falso, 45,0% referiu que é falsa a afirmação, parece que adoço mais facilmente do que os outros, 60,0% indicou que é verdade a afirmação, sou tão saudável como qualquer outra pessoa, 50,0% aponta como verdade quando se diz, estou convencido(a) que a minha saúde vai piorar e 45,0% também indica como verdade para a afirmação que a minha saúde é ótima.

Tabela 15: Análise descritiva do estado de saúde do cuidador familiar (SF 36 v2)

1 - Em geral diria que a sua saúde é:	Excelente	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca
N (%)	1(5)	1(5)	5(25)	9(45)	4(20)
2 - Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:	Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um Pouco pior	Muito pior
N (%)	1(5)	2(10)	8(40)	6(30)	3(15)

3 - As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?		Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a N (%)	Não, nada limitado/a	
3a - Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes		4(20)	8(40)	8(40)	
3 b - Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa		1(5)	2(10)	17(85)	
3c - Levantar ou pegar nas compras de mercearia		0(0)	8(40)	12(60)	
3d - Subir vários lanços de escada		2(10)	7(35)	11(55)	
3e - Subir um lanço de escada		0(0)	3(15)	17(85)	
3f - Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se		1(5)	5(25)	14(70)	
3g - Andar mais de 1 Km		2(10)	1(5)	17(85)	
3h - Andar várias centenas de metros		1(5)	1(5)	18(90)	
3i - Andar uma centena de metros		1(5)	0(0)	19(95)	
3j - Tomar banho ou vestir-se sozinho/a		0(0)	1(5)	19(95)	

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo N (%)	Pouco tempo	Nunca
4a - Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	0(0)	0(0)	6(30)	4(20)	10(50)
4 b - Fez menos do que queria	0(0)	0(0)	5(25)	9(45)	6(30)
4c - Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1(5)	1(5)	5(25)	3(15)	10(50)
4d - Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1(5)	2(10)	5(25)	4(20)	8(40)

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo N (%)	Pouco tempo	Nunca
5a - Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1(5)	1(5)	1(5)	0(0)	17(85)
5b - Fez menos do que queria	1(5)	1(5)	2(10)	0(0)	16(80)
5c - Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1(5)	1(5)	1(5)	0(0)	17(85)

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?	Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
N (%)	14(70)	3(15)	1(5)	0(0)	2(10)

7 - Durante as últimas 4 semanas teve dores?	Nenhuma	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
N (%)	7(35)	2(10)	5(25)	3(15)	3(15)	0(0)

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?	Absolutament e nada	Pouco	Moderad amente	Bastant e	Imenso
N (%)	13(65)	3(15)	2(10)	1(5)	1(5)

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
N (%)					
9a - Se sentiu cheio/a de vitalidade	2(10)	2(10)	4(20)	1(5)	11(55)
9b - Se sentiu muito nervoso/a	1(5)	3(15)	4(20)	6(30)	6(30)
9c - Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava	1(5)	2(10)	2(10)	3(15)	12(60)
9d - Se sentiu calmo/a e tranquilo/a	2(10)	2(10)	10(50)	3(15)	3(15)
9e - Se sentiu com muita energia	3(15)	2(10)	5(25)	1(5)	9(45)
9f - Se sentiu deprimido/a	1(5)	3(15)	1(5)	4(20)	11(55)
9g - Se sentiu estafado/a	0(0)	4(20)	4(20)	4(20)	8(40)
9h - Se sentiu feliz	2(10)	5(25)	3(15)	3(15)	7(35)
9i - Se sentiu cansado/a	0(0)	33(15)	10(50)	2(10)	5(25)

10 - Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
N (%)	1(5)	0(0)	2(10)	5(25)	12(60)

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.	Absolutament e verdade	Verda de	Não sei	Falso	Absolutamente falso
N (%)					
11a - Parece que adoço mais facilmente do que os outros	2(10)	8(40)	0(0)	9(45)	1(5)
11b - Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	2(10)	12(60)	0(0)	6(30)	0(0)
11c - Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1(5)	10(50)	1(5)	6(30)	2(10)
11d - [A minha saúde é ótima	1(5)	9(45)	0(0)	8(40)	2(10)

Fonte: Elaboração do autor 2022

Avaliado o estado de saúde do cuidador familiar é possível verificar, na tabela 16, que as escalas com melhores médias de pontuação são a escala de desempenho emocional, a da função física, a da função social, e a do desempenho físico, com média de pontuações de 87,9; 85,0; 83,9 e 75,3 respetivamente. Quanto às escalas com piores médias de pontuação, os valores alocam-se às escalas de saúde mental, da dor corporal, vitalidade e saúde geral, com médias de pontuação respetivamente de 56,8; 53,9; 49,3 e 48,6. A escala de mudança de saúde reporta uma média de pontuação de 3,4. Na literatura, foram encontrados resultados idênticos, sendo que as escalas com piores médias são a escala da dor com média de 60,9, a da vitalidade com média de 60,7, e a escala da saúde mental com média 71,3

(Sampaio et al., 2018). Apesar de tudo, as médias encontradas neste estudo são inferiores às encontradas na literatura, o que aponta para um pior estado de saúde dos cuidadores (Sampaio et al., 2018).

Tabela 16: Escalas do MOS SF-36 v2 cuidador Familiar (média, DP e amplitude)

Variável N (20)	Escala Função Física	Escala Desempenho Físico	Escala Dor Corporal	Escala Saúde Geral	Escala Vitalidade	Escala Função Social	Escala Desempenho Emocional	Escal a Saúde Mental	Mudança de Saúde cuidador familiar
Média	85,0	75,3	53,9	48,6	49,3	83,9	87,9	56,8	3,4
DP	19,8	20,5	18,5	21,6	18,6	26,2	28,5	20,7	1,0
Mínimo	15,0	38,0	12,0	5,0	20,0	0,0	0,0	8,0	1,0
Máximo	100,0	100,0	84,0	87,0	90,0	100,0	100,0	88,0	5,0

Fonte: Elaboração do autor 2022

3.13. Caracterização do cuidado

A análise das respostas dos cuidadores familiares quanto à duração da prestação de cuidados, tabela 17, mostra que 70,0% dos cuidadores familiares presta cuidados entre os 12 meses e os 120 meses, o que será o mesmo que dizer entre um ano e dez anos, com uma média de $48,9 \pm 47,2$ meses (0-168). De salientar que a resposta reconhecida como 0 meses, corresponde a um cuidador familiar que referiu que desde sempre cuida dos pais, mas de forma ocasional. Comparativamente com o estudo de Sousa et al. (2020) também a maioria dos cuidadores familiares 72,1% prestava cuidados entre um ano e dez anos. No estudo de Cánovas et al., (2022) a média de tempo que os cuidadores prestavam cuidados foi de 43,8 meses.

Os cuidadores familiares que fizeram parte deste estudo, são na maioria filhos da pessoa idosa de quem cuidam (75,0%), 20,0% são cônjuges e 5,0% um outro familiar, não se tendo verificado outro tipo de vínculo. De igual forma Anjos et al. (2017) concluiu que o cuidado às pessoas idosas é prestado essencialmente por familiares, quanto ao tipo de familiar, também Ceccon et al. (2021) concluíram que a maioria dos cuidadores familiares são também filhos.

Cerca de 85,0% dos cuidadores familiares têm apenas uma pessoa dependente ao seu cuidado, facto corroborado pelo estudo de Haverstock et al. (2020). Quanto ao tipo de apoio, 65,0% dos cuidadores familiares indicaram que não recebem qualquer tipo de apoio para a prestação de cuidados. Na literatura também se evidencia a predominante falta de apoio sentida pelos cuidadores familiares (Leyva-López et al., 2022; Sousa, Silva et al., 2021).

Quanto à tipologia de cuidado prestado, podemos verificar que 45,0% dos cuidadores familiares presta cuidado na área do apoio para o lazer, 70,0% presta apoio emocional, 95,0% acompanha a pessoa idosa a consultas e exames, 70,0% é responsável pela gestão do regime terapêutico, 50,0% presta cuidado na área da higiene pessoal, 65,0% higiene da habitação, 75,0% higiene da roupa, 80,0% garante a alimentação da pessoa idosa de quem cuida e 80,0% diligência as compras que a pessoa idosa necessita, sendo que todos os cuidadores assistem em mais do que uma atividade. Rodriguez-Rodriguez (2005) conclui que a maioria do cuidado prestado diz respeito a atividades instrumentais com higiene da habitação e por últimos cuidados pessoais, como higiene e alimentação. Losada et al. (2006) referem que o grau de dependência inspira cuidados de maior complexidade. Esses cuidados passam por cuidados referentes a higiene, alimentação, acompanhamento a consultas e exames, gestão do regime terapêutico, suporte emocional e de lazer, gestão financeira, gestão da casa, tarefas domésticas, entre outras atividades, nomeadamente aquelas que promovem a segurança e estimulam capacidades físicas e emocionais da pessoa idosa (Elipoulos, 2005; Gonçalves et al., 2000; Gottlieb & Johnson, 2000; Imaginário, 2004; IMSERSO, 2007; Machado, 2013; Netto, 2007; Pera, 2000; Rodriguez, 2006; Sousa et al., 2006 citados por Araújo e Martins, 2016). Cabral e Nunes (2015) identificaram no seu estudo que nas tarefas do cuidar é na área do banho que reside a maior prestação de cuidados.

Tabela 17: Caracterização do cuidado

Variáveis	N (20)	%	Estatística
1. Há quanto tempo cuida desta pessoa meses (Categorizado)			
<12	4	20,0	Média - 48,9
12 - 120	14	70,0	DP - 47,2
121+	2	10,0	Mínimo - 0,0 Máximo - 168,0
2. Vínculo com a pessoa de quem cuida			
Cônjuge	4	20,0	
Familiar	1	5,0	
Filho (a)	15	75,0	
3. Unica pessoa de quem cuida			
Não	3	15,0	
Sim	17	85,0	
4. Recebe apoio emocional, financeiro ou instrumental na prestação de cuidados			
Não	13	65,0	
Sim	7	35,0	
5. Tipo de cuidado prestado: Apoio Lazer			
Sim	9	45,0	
Não	11	55,0	
6. Tipo de cuidado prestado: Emocional			
Sim	14	70,0	
Não	6	30,0	
7. Tipo de cuidado prestado: Acompanhamento a consultas e exames			
Sim	19	95,0	
Não	1	5,0	

8. Tipo de cuidado prestado: Gestão do regime terapêutico		
Sím	14	70,0
Não	6	30,0
9. Tipo de cuidado prestado: Higiene pessoal		
Sím	10	50,0
Não	10	50,0
10. Tipo de cuidado prestado: Higiene da habitação		
Sím	13	65,0
Não	7	35,0
11. Tipo de cuidado prestado: Higiene da roupa		
Sím	15	75,0
Não	5	25,0
12. Tipo de cuidado prestado: Garantir alimentação		
Sím	15	75,0
Não	5	25,0
13. Tipo de cuidado prestado: Realizar compras		
Sím	16	80,0
Não	4	20,0

Fonte: [Elaboração do autor 2022](#)

CONCLUSÃO

Um dos maiores desafios do século XXI é o envelhecimento, principalmente no que diz respeito à saúde, visto como o principal responsável pela presença ou ausência de dependência na pessoa idosa. O cuidador familiar encontra-se descrito na literatura como responsável pelo cuidado prestado à pessoa idosa que vive na comunidade no sentido de garantir, no limiar, as suas atividades básicas de vida diárias (Anjos et al., 2020).

O processo de envelhecimento é multidimensional e influenciado por vários fatores de ordem social, biológica e psicológica, ocorre de forma dinâmica, progressiva, previsível e irreversível (Galvão & Gomes, 2021). Tanto o envelhecimento como o processo de cuidar se revestem de condições sociais e vulnerabilidades que de certa forma podem influenciar, tanto o bem-estar como a qualidade de vida da pessoa idosa e do seu cuidador.

Assim, os objetivos deste estudo foram caracterizar sociodemograficamente as pessoas idosas e cuidadores familiares; avaliar as condições de saúde das pessoas idosas e dos cuidadores familiares quanto ao desempenho cognitivo, fragilidade funcional, e a qualidade de vida.

Os resultados deste estudo mostraram que as pessoas idosas têm em média 75.6 anos de idade, na sua maioria são do sexo feminino, casados, com baixo nível de escolaridade, essencialmente reformados e que como fonte de rendimento têm precisamente a reforma, quanto ao agregado familiar os resultados dividem-se entre os que habitam sozinhos, com o cônjuge ou com mais de três gerações. Clinicamente a totalidade apresenta doenças crónicas, sendo que na maioria e concomitantemente apresentam doenças do sistema circulatório e doenças endócrinas, ressaltando a hipertensão arterial e a diabetes mellitus como as predominantes.

Globalmente as pessoas idosas apresentam deterioração cognitiva e dependência para as ABVD em grau moderado. No que respeita às AIVD denota-se uma média de score da escala de Lawton e Brody de 19,8 o que demonstra independência para estas atividades. A maioria das pessoas idosas caracteriza a sua relação familiar como encontrando-se inseridos numa família altamente funcional.

Quanto ao estado de saúde, avaliado neste estudo pela escala do MOS SF-36 v2, evidencia-se que a escala da função física, do desempenho físico, da dor corporal, da saúde geral, vitalidade e saúde mental foram as que surgiram com piores pontuações, sendo que a média de pontuações para a escala da dor corporal, saúde geral e vitalidade apresentam pontuações inferiores a 50 e no caso das escalas da função física, desempenho físico e saúde mental registam valores pouco acima dos 50,0, o que aponta para um estado de saúde da pessoa idosa, de acordo com a sua opinião, fraco no geral. A escala da função social e do desempenho emocional apresentam médias de pontuação mais altas, mas com desvios padrões elevados.

O cuidador familiar apresenta uma média de idades de 58,5 anos, na maioria é do sexo feminino, com estado civil casado ou união de facto, uma minoria concluiu uma Licenciatura.

Na globalidade encontram-se empregados, dividindo o cuidado com uma atividade profissional. Alguns cuidadores para além da sua atividade profissional principal realizam uma atividade extra o que lhes confere um rendimento extra mensal, no entanto a maioria vive apenas do seu ordenado. Encontram-se inseridos em agregados familiares sendo que uma pequena percentagem reside sozinho. Os cuidadores familiares (70,0%) apresentam doenças crónicas, sendo que como as pessoas idosas também os cuidadores apresentam na maioria doenças endócrinas e do sistema circulatório. Uma grande percentagem dos cuidadores não apresenta deterioração da função cognitiva, são independentes nas ABVD e nas AIVD e encontram-se inseridos em famílias altamente funcionais.

Quanto à sua opinião no que respeita ao seu estado de saúde, as médias encontradas para cada escala do SF-36 v2, apontam para um pior estado de saúde comparativamente com a literatura (Sampaio et al., 2018).

Quanto à caracterização do cuidado prestado pelos cuidadores, verifica-se que a maioria dos cuidadores presta cuidados entre 1 ano e 10 anos, são na maioria filhos da pessoa de quem cuidam e essencialmente é apenas desta pessoa que cuidam. Quanto à tipologia do cuidado prestado, maioritariamente passa por acompanhar as pessoas idosas a consultas e exames, está, no entanto, documentada a acumulação de cuidados prestados, nomeadamente e globalmente, quanto à gestão do regime terapêutico, alimentação, cuidado com a higiene da habitação, da roupa e realização de compras.

Através dos resultados deste estudo é possível descrever alguns fatores que podem eventualmente influenciar o sucesso do processo de envelhecimento vivido por cada pessoa idosa, assim como o perfil que caracteriza o seu cuidador e contribuir para que se definam estratégias que permitam a ambos uma vida mais digna, gratificante, segura, plena de oportunidades em saúde e que permita à pessoa idosa participar da vida em sociedade de forma ativa e livre dos efeitos produzidos pelas vulnerabilidades e condições sociais que os afetam enquanto seres biológicos e sociais ou no limite minimizar os seus impactos.

A realização deste estudo envolveu-se de dificuldades inerentes à época que vivemos, pelo facto de enquanto profissionais de saúde sermos essenciais às respostas necessárias à COVID19 e mesmo enquanto pessoas e pais fomos constantemente obrigados a novas adaptações a desafios que iam surgindo e que nos iam colocando constantemente à prova. Das maiores dificuldades que senti quanto às questões metodológicas deste estudo, foi no tempo necessário à obtenção das autorizações devidas para o iniciar, assim como para iniciar a colheita de dados que resultou em grandes atrasos. Por outro lado, não me foi possível emparelhar a pessoa idosa e o seu cuidador, pois conforme descrito na análise de resultados, alguns cuidadores que responderam ao questionário cuidavam de pessoas idosas que eram

incapazes de responder ao mesmo. No que diz respeito à colheita de dados algumas recusas podem ter sido influenciadas pela desconfiança que gera um contacto telefónico pelo facto de não podermos ver a pessoa com quem falamos, sendo que algumas pessoas idosas eram contactadas para números que não eram deles, mas dos filhos que recusaram a participação.

Uma limitação deste estudo diz respeito ao tipo de estudo que não permite inferências e à amostra, pois foi utilizada uma amostra de utentes de uma localidade pertencente ao Aces. Teria sido mais vantajoso se a população para a amostra, correspondesse a toda a região e englobasse todas as unidades funcionais desse Aces, o que poderia permitir a caracterização da pessoa idosa e seu cuidador para um município do Norte do País. Associado a todos os factos descritos foi inicialmente delineado um tipo de estudo para ser realizado, mas que não foi possível cumprir, quer pelo tamanho da amostra quer pelo facto de não ser possível emparelhar a pessoa idosa e o seu cuidador.

Quanto aos objetivos delineados penso que foi possível atingir o estipulado, apesar das dificuldades sentidas e já elencadas, a sua superação não resultou em recursos extra, foi possível caracterizar a pessoa idosa e os cuidadores, quanto às suas vulnerabilidades, condições sociais e de saúde.

Seria interessante replicar este estudo para as pessoas idosas e seus cuidadores familiares utilizadores do serviço das equipas de cuidados continuados integrados do mesmo Aces uma vez que a população de pessoas idosas e seus cuidadores, está bem identificada.

Por outro lado, importa referir que pelo facto deste estudo se encontrar inserido num de maiores dimensões e em realidades distintas permite identificar diferenças ou similitudes, entre pessoas idosas e cuidadores familiares portugueses e brasileiros que podem contribuir para à capacitação da pessoa idosa e seus cuidadores familiares, no sentido de garantir um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, M., Abreu, W., Neri D. & Torres, S. (2012). Cuidar do Cuidador: uma revisão sistemática de instrumentos que avaliam a qualidade do relacionamento familiar. In J. C. Carvalho, M.C. Barbieri-Figueiredo, H. I. Fernandes, A.I. Vilar, L. Andrade, M. R. Santos, M.H. Figueiredo, M. J. Martinho, M. M. Martins & P. Oliveira (Eds.). *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. (pp. 266). Porto: ESEP.
- Agostinho, M. & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32, 6-17.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O., Santos, V. C., Boery, E. N., & Santa Rosa, D. O. (2017). Características de idosos e de seus cuidadores familiares. *Revista de enfermagem UFPE on line*. Recife, 11(3), 1146-1155. [Doi:10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704](https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704)
- Apóstolo, J. L. A., Paiva, S. D., Silva, R. C. G., Santos, E. J. F., & Schultz, J. T. (2018). Adaptação e validação para a língua portuguesa do teste de déficit cognitivo de seis itens (6CIT). *Aging & Mental Health* 22(9), 1190-1195. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.13484737>
- Arango, D. C., Cardona, Á. S., Cardona, A. S., Rodriguez, D. I. M. & Cifuentes, M. C. A. (2019). La felicidad como predictor de funcionalidade familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. *Hacia la promocion de salud* 24(1), 97-111. <https://doi10.17151/hpsal.2019.24.1.9>
- Araújo, F. & Martins, T. (2016). Avaliação dos cuidadores. In T. Martins, M. J. Peixoto, F. Araújo & P. P. Machado, *A pessoa dependente e o familiar cuidador*. (7/pp. 113-130). Porto. Escola Superior de Enfermagem, Lusodidacta.
- Araújo, F., Ribeiro, J. P., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2007). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.). *Atas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 217-220). Lisboa, PT: ISPA

- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch D. & Areosa, R. C., (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 15(2), 482-494. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36231460012>
- Arturo, Y. V. P., Pinzón TO, E. Y. & Acevedo, D. C. A. (2018). Funcionalidad y factores asociados em el adulto mayor de la ciudad San Juan de Pasto, Colombia. *Revista Ciências de la Salud*, 16(1), 114-128. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494>
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Salleti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D., Czeresnia, C. M., Freitas (organizadores). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 117-139). Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C. & Franca Júnior, I. (2009). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ.
- Barbosa, F., Voss G., & Matos, D. (2020). Health impact of providing informal care in Portugal. *BMC Geriatrics*, 20, 440 <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01841-z>
- Bardsley, A. (2016). Uma visão geral da incontinência urinária. *British Journal of Nursing*, 25 (18), S14–S21. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.18.s14>
- Brooke, P., & Bullock, R. (1999). Validação de um teste de comprometimento cognitivo de 6 itens com vistas ao uso da atenção primária. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(11), 936–940. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199911\)14:11%3c936::AID-GPS39%3e3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199911)14:11%3c936::AID-GPS39%3e3.0.CO;2-1)
- Cabral, B. P. A. L. & Nunes, C. M. P. (2015). Percepções do cuidador familiar sobre o cuidado. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 26(1), 118-127. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v26i1p118-127>
- Caldas, C. P. (2013). Promoção do Autocuidado na Velhice. In E. V. Freitas, L. Py, *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 1781-1788). Editora Guanabara Koogan Ltda.

- Cánovas, L. P. L., Fajardo, N. M. L., Cánovas, L. B. L., Díaz, L. R. M., & Del Llano, R. T. (2022). Calidad de vida en cuidadores familiares de adultos mayores frágiles. *Salud Uninort*, 38(1), 129-144. <https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.1.613.044>
- Carrapato, P., Correia, P. & Garcia, B. (2017). Determinante da saúde no Brasil: A procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 676–689. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>
- Carvalho, F. B. G. (2020). Conceitos para a abordagem da síndrome de fragilidade em idosos. Acedido em 25/01/2020. <https://pebmed.com.br/conceitos-para-a-abordagem-da-sindrome-de-fragilidade-em-idosos/>
- Carvalho, L. P. N., Novaes, A. D. C., Gramani-Say, K., Orlandi F. S., Casemiro, F. G. & Santos-Orlandi, A. A. (2020). *Temas sobre envelhecimento - Atividades cognitivas para idosos*. São Carlos: RiMa Editora. [https://www.researchgate.net/publication/348370920_TEMAS_SOBRE_ENVELHECIMENTO -
_Atividades_cognitivas_para_idosos_Titulo_do_Capitulo_Processo_de_Envelhecimento](https://www.researchgate.net/publication/348370920_TEMAS_SOBRE_ENVELHECIMENTO_-_Atividades_cognitivas_para_idosos_Titulo_do_Capitulo_Processo_de_Envelhecimento)
- Carvalho, M. L. G. & Rodrigues-Ferreira, T. (2011). *Qualidade de vida e autonomia das pessoas idosas que vivem sozinhas no domicílio*. [Quality of life and autonomy of elderly people living alone at home] [Comunicação oral]. Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir, Porto, Portugal.
- Ceccon, R. F., Vieira, L. J. E. S., Brasil, C. C. P., Soares, K. G., Portes, V. M., Júnior, C. A. S. G., Schneider, I. J. C. & Carioca, A. A. F. (2021). Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1),17-26. DOI: 10.1590/1413-81232020261.30352020
- Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde [CID11] (versão 02/2022). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1191191920?view=G0>
- Costa, P. M., & Nunes, A. C. (2020). Os cuidadores informais como resposta eficaz no cuidado ao idoso dependente: Condicionantes da sobrecarga, necessidades e empowerment. In C. M. Faria, J. P. Ramalho, A. C. Nunes & A. I. Fernandes, *Visões sobre o envelhecimento* (pp. 65-78). IP Beja Editorial.

- Coutinho, M. C. S. (2015). Cuidadores Formais e Informais. Olhares sobre os Idosos Com Demência (Tese de Mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã. https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6066/1/4388_8455.pdf
- Dadalto, E. V. & Cavalcante, F. G. (2021). O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: Uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1):147-157. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020>
- Damasceno, V. A. M., Menezes, A. L. C., & Orlandi, F. D. S. (2021). Fragilidade e mortalidade em idosos: revisão integrativa da literatura. In Congresso Internacional em Saúde (No. 8/2021). <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19768/18501>
- Dardengo, C. F. R. & Mafra, S. C. T. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: Contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, 8(2).
- Del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C. & Orgeta, V. (2021). Sobrecarga subjetiva do cuidador e ansiedade em cuidadores informais: Uma revisão sistemática e meta-análise. *PLOS ONE* 16(3): e0247143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- Diniz, M. A., Monteiro D. & Gratão, A. C. M. (2016). Educação em saúde para cuidadores informais de idosos. *Saúde e Transformação Social*, 7(1), 9-15.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular. Normativa nº 13/DGCG. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas1.aspx>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2006). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional de saúde – Revisão e extensão a 2020
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025 (Proposta do Grupo de Trabalho

Interministerial (Despacho n.o12427/2016)). <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Dugarova, E. (2017). Ageing, Older Persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development. <https://www.undp.org/publications/ageing-older-persons-and-2030-agenda-sustainable-development>

Eurostat (2020). Envelhecendo a Europa - Observando as vidas das pessoas mais velhas na EU. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_looking_at_the_lives_of_older_people_in_the_EU

Faria, A., Martins, M. M. F. P. S., Laredo-Aguilera, J. A., Ribeiro, O. M. P. L., Fonseca, E. F., & Flores, J. M. (2021). Fragilidade em pessoas idosas residentes no domicílio inscritas numa unidade de saúde do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 4(1), 6–14. <https://doi.org/10.33194/rper.2021.v4.n1.46>

Faria, M. C., Ramalho, J. P., Nunes, A. C., & Fernandes, A. I. (2020). *Visões sobre o Envelhecimento*. Editorial IP Beja. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5193>

Fechine, B. R. A., Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Interscience Place*, 1 (20), 106–132. <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>

Ferreira, P. L. (1998). *A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/9969>

Ferreira, P. L. (2000a). Desenvolvimento da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I. Adaptação cultural e linguística. *Ata medica portuguesa*, 13(1–2), 55–66. <https://doi.org/10.20344/amp.1760>

Ferreira, P. L. (2000b). Desenvolvimento da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II-Testes de validação. *Ata medica portuguesa*, 13(3), 119–127. <https://doi.org/10.20344/amp.1770>

- Ferriolli, E., Moriguti, J. C., & Formighieri, P. F. (2013). O Idoso Frágil. In E. V. Freitas & L. Py, *Tratado de geriatria e gerontologia* (3ª Ed.). Rio de Janeiro; Editora Guanabara Koogan Ltda. ISBN 978-85-277-2054-0
- Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F. & Figueiredo, J. H. C. (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1):77-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
- Figueiredo, M. H. J. S., Martins, M. M. F. P. S., Silva, L. W. S. & Oliveira, P. C. M. (2011). Ciclo vital da família e envelhecimento: Contextos e desafios. *Kairós Gerontologia*, 14, 11- 22.
- Florêncio, R. S., Cestari, V. R. F., Pessoa, V. L. M. P., Silva, M. R. F., Borges, J. W. P., Santiago, J. C. S., Mattos, Azevedo, S. G. V., Pereira, M. L. D. & Moreira, T. M.M. (2021). Significados do conceito de vulnerabilidade em saúde: Uma revisão de escopo. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 12817-12834. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-243>
- Fonseca, R. C. A. & Siqueira, P. T. (2015). Psicomotricidade: Uma proposta de movimento para um envelhecer saudável e autônomo. In Manhães, Fernanda Castro; Istoe, Rosalee Santos Crespo; Souza, Carlos Henrique Medeiros (Orgs.). *Envelhecimento em foco: Abordagens interdisciplinares II*. (pp.118-133) Campos dos Goytacazes: Brasil Multicultural Editora.
- Fortin, M., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusodidacta. ISBN: 978-989-8075-18-5
- Freitas, E. V., & Py, L. (2013). *Tratado de geriatria e gerontologia* (3ª edição). Editora Guanabara Koogan Ltda. ISBN 978-85-277-2054-0
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G. & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A* 56(3), 146–157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>

- Galvão, A. & Gomes, M. J. (2021). O processo de envelhecimento gratificante: Felicidade e afetividade. In J. Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento*. (Vol. I/pp.159-168) Estudos interdisciplinares. <https://doi.org/10.34640/universidademadeira2021galvaogomes>
- George, F. (2011). Sobre determinantes da saúde. Disponível em: <http://bit.ly/2vZqVke>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.
- Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2010). In search of an integral conceptual definition of frailty: Opinions of experts. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5), 338–343. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.09.015>
- Gomes, G. C., Moreira, R. S., Maia, T. O., Santos, M. A. B. & Silva, V. L. (2021). Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: Revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3), 1035-1046. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08222019>
- Gomes, E. C. C., Souza, S. L., Marques, A. P. O & Leal, M. C. C. (2020). Treino de estimulação de memória e funcionalidade dos idosos sem comprometimento cognitivo: Revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2193-2202. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.24662018>
- Gomides, J. E. (2002). A definição do problema de pesquisa a chave para o sucesso do projeto de pesquisa. *Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão - CESUC - Ano IV - nº 06*
- Gutierrez, D. M. D., Sousa G. S., Figueiredo A. E. B., Ribeiro, M. N. S., Diniz, C. X. & Nobre, G. A. S. S., 2021. Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 47-56.
- Haverstock, N. B., Ruthig, J. C. & Chipperfield, J. G. (2020). Primary and secondary control strategies and psychological well-being among familial caregivers of older adults with dementia. *Journal of Social Psychology*, 160(1), 61-74. <https://doi.org/10.1080/00224545.2019.1592095>
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). Estatísticas demográficas: 2019. Lisboa: INE. Disponível em <https://www.ine.pt/xurl/pub/71882686>

- Kaur, S., Bhalla, A., Kumari, S. & Singh, A. (2019). Assessment of functional status and daily life problems faced by elderly in a North Indian city. *Psychogeriatrics*, 19, 419 – 425. <https://doi.org/10.1111/psyg.12406>
- Kobayasi, D. Y., Rodrigues, R. A. P., Fhon, J. R. S., Silva, L. M., Souza, A. C. & Chayamiti, E. M. P. C. (2019). Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances en Enfermería*, 37(2), 140–148. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73044>
- Lana, L. D. & Schneider, R. H. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: Uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (3) 673-680. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>
- Lei nº 95/2019 da Assembleia da República (2019). Diário da República: I Série, nº169. <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html>
- Leyva-López, A., Rivera-Rivera, L., Márquez-Caraveo, M. E., Toledano-Toledano, F., Saldaña-Medina, C., Chavarría-Guzmán, K., Delgado-Gallegos, J. L., Katz-Guss, G. & Lazcano-Ponce, E. (2022). Estudio de la calidad de vida en cuidadores familiares de personas con discapacidad intelectual. *Salud Pública De México*, 64(4, jul-ago), 397-405. <https://doi.org/10.21149/13325>
- Losada, A, Montorio, I, Knight, B. G., Márquez, M & Izal, M. (2006). Explanation of caregivers distress from the cognitive model: The role of dysfunctional thoughts. *Psicología Conductual*, 14(1), 115-128. <https://www.researchgate.net/publication/288751787>
- Luiz, K. K. I., Loreto, M. D. S., Mafra, S. C. T. & Ferreira, M. A. M. (2018). Envelhecimento e velhice: Protagonismo, temporalidade e desafios. In A. P. O. Mauriel, A. A. S. Sousa, M. L. O. Silva, & R. S. Veloso, A construção de um projeto classista de educação e os desafios para o Serviço Social. *Temporalis*, Brasília (DF), n°35, 289-304. <https://doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n35>
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 14, 56-61. https://stopstroke.massgeneral.org/pdfs/barthel_reprint.pdf
- Marconi, M. A. & Lakatos E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª Edição). São Paulo. Editora Atlas S.A.

- Martins, A. T. (2004). *Dependência funcional, qualidade de vida pós AVC e sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal* (Tese de Doutorado). Faculdade de Psicologia, Porto.
- Mendonça, J. M. B., Abigailil, A. P. C., Pereira, P. A. P., Yuste, A. & Ribeiro, J. H. S. (2021). O sentido do envelhecer para o idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 57-65.
- Minayo, M. C. S. (2021). Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: Por uma política necessária e urgente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 7-15. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>
- Moraes, E. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional da pessoa idosa. In A. P. A. Borges & A. M. C. Coimbra, *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa* 22. ed (pp. 151-174). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância
- Moraes, E., Moraes F. & Lima S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Medicina Minas Gerais*, 20(1), 67-73.
- Moreira, L. T., Torre, R., Rollo, A. C., Silva, H., Duarte, V., & Cruz, M. A. (2018). Prevalência da síndrome de fragilidade na região norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(6), 353-359. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v35i6.12235>
- Neta, E. M. S., Vera, I., Silva, G. C., Lucchese, R., & Pagotto, V. (2021). Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados: Revisão integrativa da literatura. *Temas em Saúde*, 21(3), 185-217. DOI: 10.29327/213319.21.3-8
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2019a). Envelhecimento. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização das Nações Unidas [ONU] (2019b). Perspetivas da população mundial 2019: Destaques. <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1984). Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un grupo científico de la OMS sobre la

epidemiología del envejecimiento. Ginebra.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39141>

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde: Resumo. Genebra: Publicações da OMS. Acedido em 30.11.2020.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf

Organização Mundial da Saúde [OMS] (2021). Década de envelhecimento saudável: relatório de base. Resumo. ISBN 978-92-4-002330-7 acedido em:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>

Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS] (2005). Envelhecimento ativo: Uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo (1ª edição traduzida para o Português). Brasília.

Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS] 2021. Atenção integrada para as pessoas idosas (ICOPE). Diretrizes de intervenções comunitárias para o manejo dos declínios na capacidade intrínseca.
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53357>

Paiva, D. S. (2014). Cognição e Envelhecimento: Estudo de adaptação transcultural e validação do six item cognitive impairment test (6CIT) (Tese de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
<https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorio.esenfc.pt:4526>

Papaléo-Netto, M. 2013. Estudo da velhice: Histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3. ed./pp. 62-75). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Patel, R. M. & Singh, U. S. (2018). Prevalence Study of Cognitive Impairment and its Associated Sociodemographic Variables using Mini-Mental Status Examination among Elderly Population Residing in Field Practice Areas of a Medical College. *Indian Journal of Community Medicine*, 43(2), 113-116. doi: 10.4103/ijcm.IJCM_102_17.

PORDATA, (2021). INE - Estimativas Anuais da População Residente. Consultado em 21/07/2021.
<https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

- Paredes, A.Y. V, Yarce, P. E. & Aguirre, A. D. C. (2020). Condições sociodemográficas e perfil de Revista saúde nos idosos indígenas do departamento de Nariño. *Ciencias de La Salud*, 18(1), 67-81. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edi.co/resalud/a.8764>
- Reis, L. A., Andrade, S. M. B, Marinho, M. S., Santana, E. S., Chaves, R. N. & Oliveira, A. S. (2019). Associação entre os aspetos sociodemográficos, condições de saúde e qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes. *Fisioterapia Brasil*, 20(5), 603-609. <https://doi.org/10.33233/fb.v20i5.2385>
- Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento ativo* (2ª ed.). Lidel-edições técnicas, Lda.
- Risolia e Mendonça, H. M. C., Oliveira, K., Siqueira, L. R., Mendes, M. A., Fava, S. M. C. L. & Dázio, E. M. R. (2017). Vivência do cuidador familiar de homem com traqueostomia por câncer. *ESTIMA*, 15(4), 207-213. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700040004
- Rocha, B. M. P. & Pacheco, J. E. P. (2013). Idoso em situação de dependência: Estresse e coping do cuidador informal. *Ata Paulista de Enfermagem*, 26(1), 50-56. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100009>
- Rocha, M. P. F., Vieira, M. A. & Sena, R. R. (2008). Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(6), 801-808. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000600002>
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I. & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Canadian Medical Association Journal*, 173(5), 489-495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- Rodrigues, A. F., Mora, S. A. S., Gomes, J. A., Moura, I. H., Ferreira, A. C. C., Cirilo, M. V. L., Silva, I. & Formiga, L. M. F. (2020). Avaliação das atividades instrumentais de vida diária dos idosos em inquérito domiciliar. *Revista Salusvita (online)*, 39(3), 719-737.
- Rodriguez, P. (2005). El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencias. *Revista Española de Geriatria e Gerontologia*, 40(2), 1-79. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)75068-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)75068-X)

- Rodriguez-Rodriguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. *Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia*, 40(3), 5-15.
- Sampaio, L. S., Santana, P. S., Silva, M. V., Sampaio, T. S. O. & Reis, L. A. (2018). Qualidade de vida e depressão em cuidadores de idosos dependentes. *Revista APS*, 21(1), 112-121. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16235>
- Santos, F. H., Andrade, V. M. & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10. Acedido em <https://www.scielo.br/j/pe/a/FmvzytBwzYqPBv6x6sMzXFq/abstract/?lang=pt>
- Santos, K. T., Pereira, J. L. & Araújo, F. F. (2020). Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Fisioterapia Brasil*, 21(2), 135-140. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i2.1310>
- Santos, S. M. A. (2003). *O cuidador familiar de idosos com demências: Um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileiras e brasileiras*. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual Campinas.
- Santos-Orlandi, A. A., Brito, T. R. P., Ottaviani, A. C., Rossetti, E. S., Zazzetta, M. S. & Pavarini, S. C. (2017). Idosos que cuidam de idosos: um estudo sobre a Síndrome da Fragilidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(7), 822-829. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0474>
- Saavedra, M. O., Mastrapa, Y. E. & Aguilar, A. E. (2020). Una concepción de cuidador familiar de anciano. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1), 3120. Acedido em <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=48&sid=f526b02c-264a-4e13-961f-1fd484555580%40redis>
- Schneider, R. H. & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Portugal: Lidel.

- Smilkstein G., Ashworth G. & Montano D. (1982). *Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function*. *Journal of Family Practice*. 15 (2), 303-311. Acedido em [https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1982-volume 14-15/JFP_1982-08_v15_i2_validity-and-reliability-of-the-family-a.pdf](https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/jfp-archived-issues/1982-volume%2014-15/JFP_1982-08_v15_i2_validity-and-reliability-of-the-family-a.pdf)
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia [SBGG] (2020). Síndrome de fragilidade e suas especificações. Acedido em 25/01/2022. <https://sbgg.org.br/sindrome-da-fragilidade-e-suas-especificacoes/#:~:text=A%20S%C3%ADndrome%20da%20Fragilidade%20%C3%A9,atividades%20do%20dia%20a%20dia.>
- Sousa, C. H., Mota, M. S., Machado, A. L. G., Sousa, E. B., Araújo Filho, F. J., Sousa, M. E. & Moura, I. H. (2020). Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: Frequência e correlação com a dependência do idoso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 32(3), 26-32. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Sousa, F. J. D, Oliveira, C. R., Pinto, A. M., Rodrigues, V., Gonçalves, L. H. T. & Gamba, M. A. (2021). Qualidade de vida de idosos brasileiros e portugueses: Uma análise comparativa. *Revista Cuidarte*, 12(1), e1230. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1230>
- Sousa, G. S., Silva R. M., Reinaldo, A. M. S., Soares, S. M., Gutierrez, D. M. D. & Figueiredo, M. L. F. (2021). “A gente não é de ferro”: Vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 27-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30172020>
- Sousa, M. J. & Baptista, C S. (2014). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios – segundo Bolonha* (5ªed.). Lisboa: Pactor.
- Sousa, P. K. R., Miranda, K. C. L. & Franco, A. C. (2011). Vulnerabilidade: Análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(2), 381-384. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200026>
- Sousa, S. M. L., Ferreira, D. F., Gonçalves, L. H. T., Polaro, S. H. I. & Fernandes D. S. (2020). Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. *Enfermagem Brasil*, 19(3), 246-252. <http://doi.org/10.33233/eb.v19i3.3081>

- Tarlov, A. R., Ware, J. E., Greenfield, S., Nelson, E. S., Perrin, E. & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study: An application of methods for monitoring the results of medical care. *Journal of the American Medical Association*. 262, 925-930. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/notes/2009/N3038.pdf>
- Toffoletto, M. C. & Reynaldos-Grandón, K. L. (2019). Determinantes sociales de salud, sobrecarga familiar y calidad de vida de cuidadores familiares de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. *Revista de Salud Pública*, (21)2, 154-160. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n2.76845>
- Velásquez, V., López, L. & Barreto, Y. (2014). Cuidadores familiares campesinos: carga de cuidado, tiempo de cuidado y grado de funcionalidad. *Investigacion en enfermeria imagen y desarrollo*, 16(2), 65-80. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.IE16-2.cfcc>
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 30, 473-483.
- Ware, J.E., Snow K. K., Kosinski M. & Gandek B. (1993). SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, Mass. The Health Institute, New England Medical Center. Disponible em https://www.researchgate.net/publication/247503121_SF36_Health_Survey_Manual_and_Interpretation_Guide
- World Health Organization [WHO] (2020). Decade of healthy ageing baseline report. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338677>

ANEXOS

Anexo I - Questionário da pessoa idosa

A PESSOA IDOSA E OS SEUS CUIDADORES FAMILIARES - Idoso

No âmbito do 2º ano do curso de Mestrado em Saúde Comunitária, encontra-se a ser desenvolvido um estudo cujo título é "A pessoa idosa e os seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais", com o objetivo de caracterizar sociodemograficamente a pessoa idosa e seu cuidador, explorar o grau de dependência para a realização de atividades de vida necessárias ao dia a dia, avaliar a funcionalidade familiar e caracterizar o estado de saúde de ambos, estou desta forma a contactá-lo(a) para solicitar a sua colaboração e participação neste estudo.

Poderá a qualquer momento interromper e solicitar esclarecimentos. Os dados recolhidos serão utilizados apenas no âmbito deste estudo, sendo registado apenas o conteúdo das suas respostas motivo pelo qual em nenhuma circunstância será identificado.

Caso tenha compreendido o objetivo, estando de acordo com o solicitado e caso concorde em participar, darei início à colocação das questões, agradecendo desde já a sua disponibilidade.

*Obrigatório

1. Concorda em participar no estudo que lhe foi apresentado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Caracterização
Sociodemográfica

As questões que se seguem permitem retratar os participantes do estudo com base em factores sociais e demográficos.

2. Qual a unidade de saúde familiar ou centro de saúde a que pertence? *

3. Qual a sua idade? (Anos) *

7. Identifique a sua situação profissional. *

Marcar apenas uma oval.

- Reformado (a) por idade
- Reformado (a) por invalidez
- Empregado
- Desempregado (a)
- Estudante
- Outra: _____

8. Se se encontra empregado indique qual a sua profissão.

9. Qual a sua fonte de rendimento mensal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Reforma
- Atividade profissional extra
- Rendimento mínimo nacional
- Atividade profissional
- Subsídios ou apoios sociais
- Outra: _____

10. Identifique o seu tipo de família. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 individuo
- Casal com filhos
- Casal sem filhos
- Monoparental
- Outra: _____

11. Pretende continuar *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Caracterização
Clínica

O grupo de questões que se seguem permitem-nos perceber se apresenta doença crónicas e quais.

12. Tem alguma doença? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Desconhece

13. Se respondeu sim na questão anterior, diga qual ou quais.

14. Pretende continuar *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Desempenho
cognitivo

Teste de declínio cognitivo de 6 itens (6CIT)

O grupo de questões que se seguem, possibilitam-nos compreender o seu desempenho cognitivo.

15. Em que ano estamos? *

16. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

Correto - 0

Incorrecto - 4

17. Em que mês estamos? *

18. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

Correto - 0

Incorrecto - 3

Por favor memorize a frase que lhe vou dizer.

Abel Silva nº 42, Rua da Sofia, Coimbra

19. Que horas são (aproximadamente)? (margem de erro de 1 hora) *

20. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

Correto - 0

Incorrecto - 3

21. Conte na ordem inversa de 20 para 1. *

22. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

Correto - 0

1 erro - 2

>1 erro - 4

23. Diga os meses do ano na ordem inversa. *

24. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

- Correto - 0
- 1 erro - 2
- >1 erro - 4

25. Repita por favor a frase de endereço que lhe disse anteriormente - Abel Silva n^o 42, Rua da Sofia, Coimbra. *
-

26. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

- Correto - 0
- 1 erro - 2
- 2 erros - 4
- 3 erros - 6
- 4 erros - 8
- Tudo errado - 10

27. Pretende continuar *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Funcionalidade
Básica (ABVD)

Índice de Barthel

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as atividades básicas de vida diária. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

28. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal: *

Marcar apenas uma oval.

1. Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho
0. Precisa de ajuda para o cuidado pessoal

29. Atualmente, consegue tomar banho: *

Marcar apenas uma oval.

1. Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro
0. Não consegue tomar banho sozinho

30. Atualmente, consegue vestir-se: *

Marcar apenas uma oval.

2. Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)
1. Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar)
0. Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir

31. Atualmente, consegue alimentar-se: *

Marcar apenas uma oval.

2. Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho
1. Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.
0. Não consegue alimentar-se sozinho

32. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho: *

Marcar apenas uma oval.

3. Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade
2. Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)
1. Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira
0. Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio

33. Atualmente, consegue subir e descer escadas: *

Marcar apenas uma oval.

2. Consegue subir e descer escadas
1. Precisa de ajuda para subir e descer escadas
0. Não consegue subir ou descer escadas

34. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se: *

Marcar apenas uma oval.

3. Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.)
2. Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa
1. Consegue andar sozinho em cadeira de rodas
0. Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas

35. Atualmente, tem controlo na função intestinal: *

Marcar apenas uma oval.

2. Controla bem esta função
1. Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes
0. Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister

36. Atualmente, controla a função urinária: *

Marcar apenas uma oval.

2. Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos
1. Perde urina acidentalmente
0. Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos

37. Atualmente, consegue ir à casa de banho: *

Marcar apenas uma oval.

2. Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho
1. Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho
0. Não consegue ir à casa de banho sozinho

38. Pretende continuar *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Funcionalidade
instrumental
(AIVD)

Escala de Lawton e Brody

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as atividades instrumentais de vida diária. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

39. Capacidade para usar o telefone: *

Marcar apenas uma oval.

- 3. Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números
- 2. É capaz de marcar alguns números familiares
- 1. Atende o telefone mas não marca números
- 0. Não é capaz de usar o telefone

40. Fazer compras: *

Marcar apenas uma oval.

- 3. Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias
- 2. Realiza sozinho(a) as compras pequenas
- 1. Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra
- 0. Totalmente incapaz de ir às compras

41. Preparação da comida: *

Marcar apenas uma oval.

- 3. Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha
- 2. Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos
- 1. Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada
- 0. Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

42. Cuidado com a casa: *

Marcar apenas uma oval.

- 4. Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)
- 3. Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama
- 2. Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza
- 1. Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa
- 0. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

43. Lavar a roupa: *

Marcar apenas uma oval.

- 2. Lava sozinho(a) toda a sua roupa
- 1. Lava sozinho(a) apenas peças pequenas
- 0. Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa

44. Usar os meios de transporte: *

Marcar apenas uma oval.

- 4. Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro
- 3. É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte
- 2. Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém
- 1. Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros
- 0. Não viaja

45. Responsabilidade com a sua medicação: *

Marcar apenas uma oval.

2. É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa
1. Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente
0. Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação

46. Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos: *

Marcar apenas uma oval.

2. Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias)
1. Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco...
0. Incapaz de gerir o dinheiro

47. Pretende continuar *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Funcionalidade
Familiar

Apgar Familiar

As próximas questões permitem avaliar a sua percepção quanto ao funcionamento da sua família.

48. Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa? *

Marcar apenas uma oval.

- Quase Sempre - 2
 Algumas vezes - 1
 Quase nunca - 0

49. Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema? *

Marcar apenas uma oval.

- Quase Sempre - 2
 Algumas vezes - 1
 Quase nunca - 0

50. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida? *

Marcar apenas uma oval.

- Quase Sempre - 2
 Algumas vezes - 1
 Quase nunca - 0

51. Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor? *

Marcar apenas uma oval.

- Quase Sempre - 2
 Algumas vezes - 1
 Quase nunca - 0

52. Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família? *

Marcar apenas uma oval.

- Quase Sempre - 2
 Algumas vezes - 1
 Quase nunca - 0

53. Pretende continuar *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Caracterização
do estado de
saúde do idoso

MOS SF-36v2

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

54. Em geral, diria que sua saúde é: *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente -1
 Muito Boa - 2
 Boa -3
 Razoável - 4
 Fraca - 5

55. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual: *

Marcar apenas uma oval.

- Muito Melhor -1
- Com algumas melhoras - 2
- Aproximadamente igual - 3
- Um Pouco Pior - 4
- Muito Pior - 5

56. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim, muito limitado/a - 1	Sim, um pouco limitado/a - 2	Não, nada limitado/a - 3
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantar ou pegar nas compras de mercearia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir vários lanços de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir um lanço de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar mais de 1 Km	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar várias centenas de metros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar uma centena de metros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar banho ou vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sozinho/a

57. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico? *
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre - 1	A maior parte do tempo - 2	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas... *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre - 1	A maior parte do tempo - 2	Algum tempo - 3	Pouco tempo - 4	Nunca - 5
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas? *

Marcar apenas uma oval.

- Absolutamente nada - 1
- Pouco - 2
- Moderadamente - 3
- Bastante - 4
- Imenso - 5

60. Durante as últimas 4 semanas teve dores? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhumas - 1
- Muito fracas - 2
- Ligeiras - 3
- Moderadas - 4
- Fortes - 5
- Muito fortes - 6

61. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)? *

Marcar apenas uma oval.

- Absolutamente nada - 1
- Pouco - 2
- Moderadamente - 3
- Bastante - 4
- Imenso - 5

62. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

*

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre - 1	A maior parte do tempo - 2	Algum tempo - 3	Pouco tempo - 4	Nunca - 5
Se sentiu cheio/a de vitalidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu muito nervoso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu com muita energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu deprimido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu estafado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu cansado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

63. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre - 1
- A maior parte do tempo - 2
- Algum tempo - 3
- Pouco tempo - 4
- Nunca - 5

64. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Absolutamente verdade - 1	Verdade - 2	Não sei - 3	Falso - 4	Absolutamente falso - 5
Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha saúde é óptima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo II - Questionário do cuidador familiar

A PESSOA IDOSA E OS SEUS CUIDADORES FAMILIARES - Cuidador

No âmbito do 2º ano do curso de Mestrado em Saúde Comunitária, encontra-se a ser desenvolvido um estudo cujo título é "A pessoa idosa e os seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais", com o objetivo de caracterizar sociodemograficamente a pessoa idosa e seu cuidador, explorar o grau de dependência para a realização de atividades de vida necessárias ao dia a dia, avaliar a funcionalidade familiar e caracterizar o estado de saúde de ambos, estou desta forma a contatá-lo(a) para solicitar a sua colaboração e participação neste estudo.

Poderá a qualquer momento interromper e solicitar esclarecimentos. Os dados recolhidos serão utilizados apenas no âmbito deste estudo, sendo registado apenas o conteúdo das suas respostas, motivo pelo qual em nenhuma circunstância será identificado.

Caso tenha compreendido o objetivo, estando de acordo com o solicitado e caso concorde em participar, darei início à colocação das questões, agradecendo desde já a sua disponibilidade.

*Obrigatório

1. Concorda em participar no estudo que lhe foi apresentado? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Caracterização
Sociodemográfica

As questões que se seguem permitem retratar os participantes do estudo com base em factores sociais e demográficos.

2. Qual a unidade de saúde familiar ou centro de saúde a que pertence? *

3. Qual a sua idade? (Anos) *

4. Indique o seu sexo. *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

5. Indique o seu estado civil. *

Marcar apenas uma oval.

Solteiro

Casado

União de facto

Divorciado

Separado

Viúvo.

6. Qual o seu nível de escolaridade? *

Marcar apenas uma oval.

Sem escolaridade

Primeiro Ciclo (1-4º Ano de escolaridade)

Segundo Ciclo (5-6º Ano de escolaridade)

Terceiro Ciclo (7-9º Ano de escolaridade)

Secundário (10-12º Ano de escolaridade)

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

7. Identifique a sua situação profissional. *

Marcar apenas uma oval.

- Reformado (a) por idade
- Reformado (a) por invalidez
- Empregado
- Desempregado (a)
- Estudante
- Outra: _____

8. Se se encontra empregado indique qual a sua profissão.

9. Qual a sua fonte de rendimento mensal? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Reforma
- Atividade profissional extra
- Rendimento mínimo nacional
- Atividade profissional
- Subsídios ou apoios sociais
- Outra: _____

10. Identifique o seu tipo de família. *

Marcar apenas uma oval.

- 1 individuo
- Casal com filhos
- Casal sem filhos
- Monoparental
- Outra: _____

11. Qual o vínculo que tem com a pessoa de quem cuida? *

Marcar apenas uma oval.

- Cônjuge
- Filho (a)
- Familiar
- Vizinho
- Outra: _____

12. Se respondeu familiar na questão anterior especifique.

13. Esta pessoa é a única de quem cuida? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

14. Se respondeu não na questão anterior, diga quantas pessoas tem ao seu cuidado, qual o vínculo e a idade.

15. Há quanto tempo cuida desta pessoa (anos e meses). *

16. Quanto tempo despende para os cuidados que presta a esta pessoa? *

Marcar apenas uma oval.

- Diário
- Semanal
- Mensal
- Ocasional

17. Se respondeu diário na questão anterior, diga quantas horas por dia.

18. Se respondeu semanal na questão anterior, diga quantas vezes por semana.

19. Se respondeu mensal na questão anterior, diga quantas vezes por mês.

20. Recebe apoio emocional, financeiro ou instrumental na prestação de cuidados? *

Marcar apenas uma oval.

- Não
- sim

21. Se respondeu sim na questão anterior, por favor especifique, que apoio.

22. Que tipo de cuidado presta? *

Marcar tudo o que for aplicável.

- Fazer compras
- Garantir alimentação
- Higiene da roupa
- Cuidados de higiene da habitação
- Cuidados de higiene pessoal
- Gestão do regime terapêutico (aquisição e administração de medicação)
- Acompanhamento á realização de exames e consultas nas instituições de saúde
- Apoio emocional
- Apoio de lazer
- Outra: _____

23. Sente dificuldades no desempenho do papel de cuidador(a)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

24. Se respondeu sim na questão anterior, por favor especifique as suas dificuldades.

25. Pretende continuar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Caracterização
Clínica

O grupo de questões que se seguem permitem-nos perceber se apresenta doença crónicas e quais.

26. Tem alguma doença? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Desconhece

27. Se respondeu sim na questão anterior, diga qual ou quais.

28. Pretende continuar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Desempenho
cognitivo

Teste de declínio cognitivo de 6 itens (6CIT)

O grupo de questões que se seguem, possibilitam-nos compreender o seu desempenho cognitivo.

29. Em que ano estamos? *

30. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

- Correto - 0
 Incorrecto - 4

31. Em que mês estamos? *

32. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

- Correto - 0
 Incorrecto - 3

Por favor memorize a frase que lhe vou dizer.
Abel Silva nº 42, Rua da Sofia, Coimbra

33. Que horas são (aproximadamente)? (margem de erro de 1 hora) *

34. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

- Correto - 0
 Incorrecto - 3

35. Conte na ordem inversa de 20 para 1. *

36. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

Correto - 0

1 erro - 2

>1 erro - 4

37. Diga os meses do ano na ordem inversa. *

38. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

Correto - 0

1 erro - 2

>1 erro - 4

39. Repita por favor a frase de endereço que lhe disse anteriormente - Abel Silva nº 42, Rua da Sofia, Coimbra *

40. Assertividade da resposta anterior. *

Marcar apenas uma oval.

- Correto - 0
- 1 erro - 2
- 2 erros - 4
- 3 erros - 6
- 4 erros - 8
- Tudo errado - 10

41. Pretende continuar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Funcionalidade
Básica (ABVD)

Índice de Barthel

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as atividades básicas de vida diária. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

42. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal: *

Marcar apenas uma oval.

1. Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho
0. Precisa de ajuda para o cuidado pessoal

43. Atualmente, consegue tomar banho: *

Marcar apenas uma oval.

1. Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro
0. Não consegue tomar banho sozinho

44. Atualmente, consegue vestir-se: *

Marcar apenas uma oval.

2. Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)
1. Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar)
0. Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir

45. Atualmente, consegue alimentar-se: *

Marcar apenas uma oval.

2. Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho
1. Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.
0. Não consegue alimentar-se sozinho

46. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho: *

Marcar apenas uma oval.

3. Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade
2. Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)
1. Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira
0. Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio

47. Atualmente, consegue subir e descer escadas: *

Marcar apenas uma oval.

2. Consegue subir e descer escadas
1. Precisa de ajuda para subir e descer escadas
0. Não consegue subir ou descer escadas

48. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se: *

Marcar apenas uma oval.

3. Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc.)
2. Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa
1. Consegue andar sozinho em cadeira de rodas
0. Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas

49. Atualmente, tem controlo na função intestinal: *

Marcar apenas uma oval.

2. Controla bem esta função
1. Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes
0. Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister

50. Atualmente, controla a função urinária: *

Marcar apenas uma oval.

2. Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos
1. Perde urina acidentalmente
0. Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos

51. Atualmente, consegue ir à casa de banho: *

Marcar apenas uma oval.

2. Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho
1. Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho
0. Não consegue ir à casa de banho sozinho

52. Pretende continuar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

Funcionalidade
instrumental
(AIVD)

Escala de Lawton e Brody

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as atividades instrumentais de vida diária. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

53. Capacidade para usar o telefone: *

Marcar apenas uma oval.

3. Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números
2. É capaz de marcar alguns números familiares
1. Atende o telefone mas não marca números
0. Não é capaz de usar o telefone

54. Fazer compras: *

Marcar apenas uma oval.

- 3. Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias
- 2. Realiza sozinho(a) as compras pequenas
- 1. Precisa ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra
- 0. Totalmente incapaz de ir às compras

55. Preparação da comida: *

Marcar apenas uma oval.

- 3. Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha
- 2. Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos
- 1. Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada
- 0. Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

56. Cuidado com a casa: *

Marcar apenas uma oval.

- 4. Mantém a casa arrumada, sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)
- 3. Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama
- 2. Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza
- 1. Precisa de ajuda em todas as tarefas da lida da casa
- 0. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

54. Fazer compras: *

Marcar apenas uma oval.

- 3. Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias
- 2. Realiza sozinho(a) as compras pequenas
- 1. Precisa ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra
- 0. Totalmente incapaz de ir às compras

55. Preparação da comida: *

Marcar apenas uma oval.

- 3. Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinho
- 2. Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos
- 1. Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada
- 0. Precisa que lhe preparem e sirvam as refeições

56. Cuidado com a casa: *

Marcar apenas uma oval.

- 4. Mantém a casa arrumada, sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados)
- 3. Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama
- 2. Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza
- 1. Precisa de ajuda em todas as tarefas da casa
- 0. Não participa em nenhuma tarefa doméstica

57. Lavar a roupa: *

Marcar apenas uma oval.

- 2. Lava sozinho(a) toda a sua roupa
- 1. Lava sozinho(a) apenas peças pequenas
- 0. Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa

58. Usar os meios de transporte: *

Marcar apenas uma oval.

- 4. Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro
- 3. É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte
- 2. Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém
- 1. Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros
- 0. Não viaja

59. Responsabilidade com a sua medicação: *

Marcar apenas uma oval.

- 2. É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa
- 1. Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente
- 0. Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação

60. Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos: *

Marcar apenas uma oval.

- 2. Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias)
- 1. Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco...
- 0. Incapaz de gerir o dinheiro

61. Pretende continuar? *

Marcar apenas uma oval.

Sim

Não

Funcionalidade
Familiar

Apgar Familiar

As próximas questões permitem avaliar a sua percepção quanto ao funcionamento da sua família.

62. Está satisfeito (a) com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o (a) preocupa? *

Marcar apenas uma oval.

Quase Sempre - 2

Algumas vezes - 1

Quase nunca - 0

63. Está satisfeito (a) pela forma como a sua família discute assuntos de interesse comum e partilha consigo a solução do problema? *

Marcar apenas uma oval.

Quase Sempre - 2

Algumas vezes - 1

Quase nunca - 0

64. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida? *

Marcar apenas uma oval.

- Quase Sempre - 2
 Algumas vezes - 1
 Quase nunca - 0

65. Está satisfeito (a) com o modo como a sua família manifesta afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor? *

Marcar apenas uma oval.

- Quase Sempre - 2
 Algumas vezes - 1
 Quase nunca - 0

66. Está satisfeito (a) com o tempo que passa com a sua família? *

Marcar apenas uma oval.

- Quase Sempre - 2
 Algumas vezes - 1
 Quase nunca - 0

67. Pretende continuar? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não

Caracterização
do estado de
saúde do idoso

MOS SF-36v2

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada.

68. Em geral, diria que sua saúde é: *

Marcar apenas uma oval.

- Excelente -1
- Muito Boa - 2
- Boa -3
- Razoável - 4
- Fraca - 5

69. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual: *

Marcar apenas uma oval.

- Muito Melhor -1
- Com algumas melhoras - 2
- Aproximadamente igual - 3
- Um Pouco Pior - 4
- Muito Pior - 5

70. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sim, muito limitado/a - 1	Sim, um pouco limitado/a - 2	Não, nada limitado/a - 3
Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantar ou pegar nas compras de mercearia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir vários lanços de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir um lanço de escada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar mais de 1 Km	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar várias centenas de metros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andar uma centena de metros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar banho ou vestir-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

sozinho/a

71. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico? *
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre - 1	A maior parte do tempo - 2	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

72. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)? Quanto tempo, nas últimas quatro semanas... *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre - 1	A maior parte do tempo - 2	Algum tempo - 3	Pouco tempo - 4	Nunca - 5
Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fez menos do que queria?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

73. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas? *

Marcar apenas uma oval.

- Absolutamente nada - 1
- Pouco - 2
- Moderadamente - 3
- Bastante - 4
- Imenso - 5

74. Durante as últimas 4 semanas teve dores? *

Marcar apenas uma oval.

- Nenhumas - 1
- Muito fracas - 2
- Ligeiras - 3
- Moderadas - 4
- Fortes - 5
- Muito fortes - 6

75. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)? *

Marcar apenas uma oval.

- Absolutamente nada - 1
- Pouco - 2
- Moderadamente - 3
- Bastante - 4
- Imenso - 5

76. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas... *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Sempre - 1	A maior parte do tempo - 2	Algum tempo - 3	Pouco tempo - 4	Nunca - 5
Se sentiu cheio/a de vitalidade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu muito nervoso/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu com muita energia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu deprimido/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu estafado/a?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sentiu cansado/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

77. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)? *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre - 1
- A maior parte do tempo - 2
- Algum tempo - 3
- Pouco tempo - 4
- Nunca - 5

78. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Absolutamente verdade - 1	Verdade - 2	Não sei - 3	Falso - 4	Absolutamente falso - 5
Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A minha saúde é ótima	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo III - Pedido de autorização à comissão de ética e saúde da ULS

Exmo.(a) Sr^(a) Presidente da Comissão de Ética e Saúde

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

Eu, Marlene Cristina dos Santos Cavadas, aluna do 2º Ano de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio solicitar autorização para recolha de dados, com o propósito de realização do estudo intitulado “A pessoa idosa e seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais”, orientado pela Professora Doutora Margarida Abreu e coorientado pela Professora Doutora Maria José Cardoso.

Os objetivos deste estudo são: avaliar as condições de saúde das pessoas idosas quanto ao desempenho cognitivo, fragilidade social e funcional, funcionalidade familiar, qualidade de vida e indicadores sociais; e identificar as necessidades de saúde das pessoas idosas dependentes e seus cuidadores familiares. Assim os participantes deste estudo são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, inscritas no ACES de uma Unidade Local de Saúde (ULS) e residentes numa das freguesias abrangentes da ULS, que tenham um cuidador familiar.

Neste estudo serão utilizados vários instrumentos, que permitirão a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e seus cuidadores, nomeadamente, o teste de declínio cognitivo de seis itens (Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)), a Escala de funcionalidade de Barthel, a escala de funcionalidade de Lawton e Brody, a escala da funcionalidade familiar (o APGAR Familiar) e a Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)), para todas as escalas serão utilizadas as versões Portuguesas. Foi solicitada a devida autorização de utilização aos seus autores.

A aplicação do instrumento de colheita de dados, será realizado por contacto telefónico, o preenchimento do questionário sucede à devida autorização das pessoas idosas e seus cuidadores para participação no estudo, sendo dada a oportunidade a todos os participantes de esclarecimento de qualquer questão que entendam necessário assim como a possibilidade de desistir em qualquer momento desta investigação.

A todos os participantes será garantido o anonimato e todos os dados serão tratados de forma confidencial e apenas no âmbito deste estudo.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Marlene Cavadas

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS HOSPITAL PEDRO HISPANO	INFORMAÇÃO	Nº [REDACTED] Data: 16-06-2021
--	------------	---------------------------------------

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética para a Saúde da [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "A pessoa idosa e seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais "

INFORMAÇÃO

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética para a Saúde apreciou – Pedido de autorização para realização de estudo intitulado "**A pessoa idosa e seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais Cirúrgico**", cuja investigadora é a aluna Marlene Cristina dos Santos Cavadas, [REDACTED], no âmbito do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na ESEP Porto.

A Comissão de Ética para a Saúde da [REDACTED] deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos

[REDACTED]

[REDACTED]

Anexo IV - Pedido de autorização ao conselho de administração da ULS

Exmo. Sr Presidente do Conselho de administração

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

Eu, Marlene Cristina dos Santos Cavadas, aluna do 2o Ano de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio solicitar a sua autorização para realização de estudo intitulado “A pessoa idosa e seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais”, orientado pela Professora Doutora Margarida Abreu e coorientado pela Professora Doutora Maria José Cardoso.

Os objetivos deste estudo são; avaliar as condições de saúde das pessoas idosas quanto ao desempenho cognitivo, fragilidade social e funcional, funcionalidade familiar, qualidade de vida e indicadores sociais; e identificar as necessidades de saúde das pessoas idosas dependentes e seus cuidadores familiares. Assim os participantes deste estudo são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, inscrito no ACES de uma Unidade Local de Saúde (ULS) e residentes numa das freguesias abrangentes da ULS, que tenham um cuidador familiar.

Neste estudo serão utilizados vários instrumentos, que permitirão a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e seus cuidadores, nomeadamente teste de declínio cognitivo de seis itens (Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT), a Escala de funcionalidade de Barthel, a escala de funcionalidade de Lawton e Brody, a escala da funcionalidade familiar (o APGAR Familiar) e a Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)), para todas as escalas serão utilizadas as versões Portuguesas. Foi solicitada a devida autorização de utilização, aos seus autores.

A aplicação do instrumento de colheita de dados, será realizado por contacto telefónico, o preenchimento do questionário sucede à devida autorização do participante para participação no estudo, sendo dada a oportunidade a todos os participantes de esclarecimento de qualquer questão que entendam necessário assim como a possibilidade de desistir em qualquer momento desta investigação.

A todos os participantes será garantido o anonimato dos dados e todos os dados serão tratados de forma confidencial e apenas no âmbito deste estudo.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Marlene Cavadas

Anexo V - Pedido de autorização aos coordenadores de unidade de saúde

Exmo.(a) Sr(a) Coordenador (a) da Unidade de Saúde Familiar

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

Eu, Marlene Cristina dos Santos Cavadas, aluna do 2o Ano de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, venho por este meio solicitar autorização para recolha de dados, com o propósito de realização do estudo intitulado “A pessoa idosa e seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais”, orientado pela Professora Doutora Margarida Abreu e coorientado pela Professora Doutora Maria José Cardoso.

Os objetivos deste estudo são: avaliar as condições de saúde das pessoas idosas quanto ao desempenho cognitivo, fragilidade social e funcional, funcionalidade familiar, qualidade de vida e indicadores sociais; e identificar as necessidades de saúde das pessoas idosas dependentes e seus cuidadores familiares. Assim os participantes deste estudo são pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, inscritas no ACES de uma Unidade Local de Saúde (ULS) e residentes numa das freguesias abrangentes da ULS, que tenham um cuidador familiar.

Neste estudo serão utilizados vários instrumentos, que permitirão a caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes e seus cuidadores, nomeadamente, o teste de declínio cognitivo de seis itens (Six Item Cognitive Impairment Test (6CIT)), a Escala de funcionalidade de Barthel, a escala de funcionalidade de Lawton e Brody, a escala da funcionalidade familiar (o APGAR Familiar) e a Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36)), para todas as escalas serão utilizadas as versões Portuguesas. Foi solicitada a devida autorização de utilização aos seus autores.

A aplicação do instrumento de colheita de dados, será realizado por contacto telefónico, o preenchimento do questionário sucede à devida autorização das pessoas idosas e seus cuidadores para participação no estudo, sendo dada a oportunidade a todos os participantes de esclarecimento de qualquer questão que entendam necessário assim como a possibilidade de desistir em qualquer momento desta investigação.

A todos os participantes será garantido o anonimato e todos os dados serão tratados de forma confidencial e apenas no âmbito deste estudo.

Agradecendo, desde já, a atenção dispensada

Com os melhores cumprimentos

Marlene Cavadas

Anexo VI - Autorização para realização do estudo pelas comissões da ULS

Pedido de autorização para realização de estudo

seq. 13/12/2021 15:22

2 anexos (947 KB)

Parecer CES.pdf; Parecer CLPSI.pdf;



Boa tarde,

Em resposta à solicitação de V/Exa., relativamente ao pedido de autorização para realização do estudo intitulado, "*A pessoa idosa e seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais*", venho informar que o pedido foi autorizado pelo Conselho de Administração em 02 de Dezembro de 2021, depois de parecer favorável da Comissão de Ética, e da Comissão Local de Protecção e Segurança da Informação.

Deve ser dado conhecimento da produção científica sob a forma de artigos, conferências, livros, teses, relatórios de livre acesso, etc., devendo ser depositado um exemplar no Serviço do Conhecimento/ Biblioteca, sempre que possível em suporte electrónico.

Em anexo: Parecer da Comissão de Ética da ULSM
Parecer da Comissão Local de Protecção e Segurança da Informação

Com os melhores cumprimentos,



[Serviço de Gestão do Conhecimento](#)
[Biblioteca](#)


PENSE ANTES DE IMPRIMIR

Anexo VII - Consentimento informado da pessoa idosa e cuidador familiar

No âmbito do 2º ano do curso de Mestrado em Saúde Comunitária, encontra-se a ser desenvolvido um estudo cujo título é “A pessoa idosa e os seus cuidadores familiares: vulnerabilidades e condições sociais”, com o objetivo de caracterizar sociodemograficamente a pessoa idosa e seu cuidador, explorar o grau de dependência para a realização de atividades de vida necessárias ao dia a dia, avaliar a funcionalidade familiar e caracterizar o estado de saúde de ambos, estou desta forma a contactá-lo(a) para solicitar a sua colaboração e participação neste estudo

Poderá a qualquer momento interromper e solicitar esclarecimentos. Os dados recolhidos serão utilizados apenas no âmbito deste estudo, sendo registado apenas o conteúdo das suas respostas motivo pelo qual em nenhuma circunstância será identificado.

Caso tenha compreendido o objetivo, estando de acordo com o solicitado e caso concorde em participar, darei início à colocação das questões, agradecendo desde já a sua disponibilidade.

Anexo VIII - Pedido de autorização para utilização da escala Barthel e Lawton e Brody

Exma. Sra. Professora Doutora Fátima Araújo

O meu nome é Marlene Cristina dos Santos Cavadas, sou aluna do 2o Ano do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No âmbito da minha Tese cujo título é “A PESSOA IDOSA E OS SEUS CUIDADORES FAMILIARES: VULNERABILIDADES E CONDIÇÕES SOCIAIS”, orientada pela Professora Doutora Margarida da Silva Neves Abreu e Coorientada pela Professora Doutora Maria José da Silva Peixoto de Oliveira Cardoso, com o intuito de estudar as vulnerabilidades e condições sociais, condições de saúde e necessidades dos idosos e seus cuidadores familiares, revela-se de vital importância a utilização das escalas Barthel, Lawton e Brody traduzida e validada para a população portuguesa por sua excelência, assim, e por este meio, solicito a sua autorização para a utilização destas escalas assim como o envio das matrizes de cada uma delas.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Ao dispor de V/Exa.

Atenciosamente

Marlene Cristina dos Santos Cavadas



Gmail - Pedido de autorização de utilização de escalas BARTHEL, LAWTON E BRODY.pdf

Anexo IX - Pedido de autorização para utilização da escala MOS SF-36 v2

Exmo. Sr. Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

O meu nome é Marlene Cristina dos Santos Cavadas, sou aluna do 2o Ano do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No âmbito da minha Tese cujo tulo é “A PESSOA IDOSA E OS SEUS CUIDADORES FAMILIARES: VULNERABILIDADES E CONDIÇÕES SOCIAIS”, orientada pela Professora Doutora Margarida da Silva Neves Abreu e Coorientada pela Professora Doutora Maria José da Silva Peixoto de Oliveira Cardoso, com o intuito de estudar as vulnerabilidades e condições sociais, condições de saúde e necessidades dos idosos e seus cuidadores familiares, revela-se de vital importância a utilização da escala Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) traduzida e validada para a população portuguesa por sua excelência, assim, e por este meio, solicito a sua autorização para a utilização dessa escala.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Ao dispor de V/Exa.

Atenciosamente

Marlene Cristina dos Santos Cavadas



Gmail - Pedido de autorização de utilização de Escala MOS SF 36.pdf

Anexo X - Pedido de autorização para utilização da escala Apgar Familiar

Exmo. Sr Doutor Luís Rebelo

O meu nome é Marlene Cristina dos Santos Cavadas, sou aluna do 2o Ano do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No âmbito da minha Tese cujo título é “A PESSOA IDOSA E OS SEUS CUIDADORES FAMILIARES: VULNERABILIDADES E CONDIÇÕES SOCIAIS”, orientada pela Professora Doutora Margarida da Silva Neves Abreu e Coorientada pela Professora Doutora Maria José da Silva Peixoto de Oliveira Cardoso, com o intuito de estudar as vulnerabilidades e condições sociais, condições de saúde e necessidades dos idosos e seus cuidadores familiares, revela-se de vital importância a utilização da escala Apgar Familiar de Smilkstein traduzida e validada para a população portuguesa por sua excelência, assim, e por este meio, solicito a sua autorização para a utilização dessa escala.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Ao dispor de V/Exa.

Os meus cumprimentos

Marlene Cavadas.



Gmail - Re_ Autorização de utilização do APGAR FAMILIAR.pdf

Anexo XI - Pedido de autorização para utilização da escala de diminuição cognitiva de 6 itens

Exmo. Sr Professor Doutor João Apóstolo

O meu nome é Marlene Cristina dos Santos Cavadas, sou aluna do 2o Ano do Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

No âmbito da minha Tese cujo título é “A PESSOA IDOSA E OS SEUS CUIDADORES FAMILIARES: VULNERABILIDADES E CONDIÇÕES SOCIAIS”, orientada pela Professora Doutora Margarida da Silva Neves Abreu e Coorientada pela Professora Doutora Maria José da Silva Peixoto de Oliveira Cardoso, com o intuito de estudar as vulnerabilidades e condições sociais, condições de saúde e necessidades dos idosos e seus cuidadores familiares, revela-se de vital importância a utilização da escala de seis itens de diminuição cognitiva traduzida e validada para a população portuguesa por sua excelência, assim, e por este meio solicito a sua autorização para a utilização dessa escala e se possível o envio da matriz da escala traduzida.

Agradeço desde já a sua atenção e disponibilidade.

Ao dispor de V/Exa.

Os meus cumprimentos

Marlene Cavadas.



Gmail - Autorização de utilização da escala de diminuição cognitiva de seis itens.pdf