



**Ana Maria Timóteo
Félix**

**Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto
de cuidar.**

Tese de Doutoramento



**Ana Maria Timóteo
Félix**

Quem cuida do cuidador? O custo invisível do acto de cuidar.

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, realizada sob a orientação científica da Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Auxiliar com Agregação da Secção Autónoma Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, e sob a co-orientação científica do Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Dedico este trabalho à minha família e aos meus amigos.

o júri

presidente

Prof. Doutor
Artur Manuel Soares da Silva
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof^a. Doutora
Anabela Mota Pinto
Professora Associada com Agregação da Faculdade da Medicina de Coimbra

Prof^a. Doutora
Margarida Maria Baptista Mendes Pedroso de Lima
Professora Associada da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Prof. Doutor
Francisco Manuel Lemos Amado
Professor Associado da Universidade de Aveiro

Prof^a. Doutora
Liliana Xavier Marques de Sousa
Professora Auxiliar com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor
Manuel Teixeira Marques Veríssimo
Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Prof^a. Doutora
Maria Amália da Silveira Botelho
Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

agradecimentos

A todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho muito obrigada.

À Professora Doutora Liliana Sousa, orientadora científica deste estudo agradeço a disponibilidade, a partilha de conhecimentos, o ombro amigo quando a motivação esmorecia e a amizade imensa que me tem dispensado.

Ao Professor Doutor Teixeira Veríssimo, que co-orientou cientificamente este trabalho, agradeço as sugestões e as revisões constantes e atempadas, com que me apoiou nestes anos.

A ambos agradeço de forma muito especial pois souberam ser fundamentais nesta minha fase, de percurso académico.

À Professora Doutora Daniela Figueiredo que no seu entusiasmo me catalisou o cansaço em motivação.

À minha família pelo seu apoio e compreensão constantes.

Aos meus amigos.

Aos meus pais, *in memoriam*, pelo muito que me amaram, motivaram e apoiaram em vida.

Agradeço de forma muito especial a todas as equipas de enfermagem com quem trabalhei e que necessariamente colaboraram activamente numa fase deste trabalho, assim como aos familiares dos idosos dependentes, e a todos aqueles que no desempenho da missão de cuidar aceitaram colaborar.

palavras-chave

Cuidadores informais, idosos, stress, saúde, patologia, sobrecarga, satisfação.

resumo

O envelhecimento da população será um dos fenómenos mais importantes das próximas décadas, afectando as estruturas de apoio aos idosos assim como às suas famílias. É um fenómeno importante porque pessoas de diferentes idades, com diferentes capacidades, interesses e necessidades apresentam diferentes problemas de saúde e necessitam diferentes soluções e abordagens. Assim um cenário denominado de demografia da idade, ou *gray power*, emergiu no último século.

Da literatura emerge a importância da família na resposta às necessidades e dependências de um ente querido idoso. Porém os cuidadores informais envolvem-se totalmente no cuidado sem possuírem o adestramento técnico, o que potencia situações de stress para o cuidador e mesmo para o idoso receptor de cuidados.

Na recolha da amostra, foi utilizada a entrevista e o exame físico na aplicação de inquérito. (81 idosos e 86 cuidadores).

Foi utilizada a análise de conteúdo nas respostas abertas e análise quantitativa de carácter estatístico, descritivo e inferencial, para o tratamento dos dados.

Os resultados sugerem que: a) ambas as amostras manifestam problemas de saúde, porém os idosos apresentam situações mais graves; b) os familiares dos idosos, pelo acto de cuidar possuem elevados padrões de stress; c) os cuidadores informais necessitam de apoio técnico para desempenharem as suas funções.

Como conclusão refere-se que o stress vivido pelo cuidador interfere na sua saúde e qualidade de vida, necessitando em consequência de apoio emocional e institucional; para muitos idosos dependentes existe a real necessidade dos Cuidados Continuados de proximidade e de Cuidados Paliativos.

keywords

aging, family cares, older persons, burden, caregiving.

abstract

The aging of the population will be one of the most important social phenomena of the next decades, affecting age population structures and families. It is an important phenomenon, because people of different ages have different capabilities, interests, needs, and different health problems calling for different solutions. So a field called "the demography of aging" has emerged in the past century.

Literature emphasises that is the family who respond to an old parent's need for personal care usually, caring the relatives with an entire routine of care. Informal caregivers providing hands-on care directly, but without considering the caregiver's ability to provide care can create a stressful and potentially unsafe environment for the caregiver and the care recipient.

In the data collected, in this investigation, it was used the semi-structured interview (in both samples, old dependent persons and their family carers), which was applied to 81 elderly and 86 caregivers. It was used the analysis of content for the treatment of the open questions and quantitative analysis appealed to the descriptive and inferential statistics for the treatment of data.

Main findings suggest that: a) both samples have health problems; however the elderly people poor health status; b) the family carers, giving informal caregiving feels highly burden; c) the caregiver need ability to provide care and the assistance on activities of daily living.

As a conclusion, the caregiving burden interferes adversely with family health status and caring needs emotional and institutional support.

Índice Geral	i
Índice de Quadros	v
Índice de Figuras	vii
Introdução Geral.....	1
Objectivos e pertinência do estudo	3
Parte I- Enquadramento Teórico	5
Capítulo I – Envelhecimento e as suas vertentes	7
1.0 Introdução	9
1.1 Envelhecimento Populacional: Realidade Demográfica	9
1.2 Envelhecimento: Saúde e doença	13
1.2.1 Envelhecimento cronológico	16
1.2.2 Envelhecimento biológico	17
1.2.2.1 Aparelho Cardiovascular	18
1.2.2.2 Aparelho Respiratório	18
1.2.2.3 Aparelho Digestivo	19
1.2.2.4 Sistema Nervoso Central	20
1.2.2.5 Aparelho Excretor.....	20
1.2.3 Envelhecimento Social	21
1.2.4 Envelhecimento Psicológico	22
1.2.4.1 Personalidade e adaptação ao envelhecimento	22
1.2.4.2 Qualidade de Vida e Envelhecimento	23
2.0 Avaliação Multidimensional do idoso	25
Capítulo II – Prestar cuidados: Os cuidadores informais	27
1.0 Introdução	31
1.1 Cuidadores Informais. Conceito e papel	32

1.2 Tornar-se cuidador	34
1.3 Impacto do cuidado no cuidador informal	37
2.0 Cuidador e stress	41
2.1 Stress: Conceito e processo	42
2.2 O stress do cuidador informal	54
2.2.1: Inteligência emocional: emoção, razão e cérebro	55
2.2.2 Empowerment (empoderamento)	55
2.3 Coping e Cuidador informal	57
2.4 Avaliação nutricional de idoso e cuidador	58
Parte II- Estudo Empírico	61
Capítulo III – Objectivos e metodologia de investigação	63
1. 0 Introdução	65
1.1 Enquadramento e objectivos da pesquisa	65
1.2 Do problema à investigação	65
1.3 Objectivos do estudo	67
1.4 O Concelho de Aveiro: Envelhecimento demográfico	68
1.4.1 Centro de Saúde de Aveiro: índices de envelhecimento e dependência	74
2.0 Metodologia	76
2.1 Desenho da Investigação	76
2.2 Tipo de Estudo	78
2.3 Instrumentos: avaliação multidimensional dos idosos	78
2.3.1 Instrumentos : Questionários	80
2.3.1.1 Variáveis contextuais e socio-demográficas	80
2.3.1.2 Estado funcional	81
2.3.1.3 Estado cognitivo	82
2.3.1.4 Estado nutricional	83
2.3.1.5 Estado depressivo	86
2.3.1.6 Satisfação com a vida	86
2.3.1.7 Sentimento de sobrecarga (Cuidador)	87
2.3.1.8 Avaliação de morbilidade	88

Caracterização do grupo por morbilidades- ICPC-2	88
2.4 População em estudo e definição da amostra	90
2.4.1 Procedimentos de recolha de dados	90
2.4.2 Caracterização da amostra	91
2.4.2.1 Idosos	91
2.4.2.2 Cuidadores	93
3.0 Análise de dados	96
Parte III- Análise de Resultados	97
1.0 Resultados	99
1.1 Idosos	99
1.1.2 Dependência e contexto de cuidados	99
1.1.3 Situação Clínica	102
1.1.4 Depressão e satisfação com a vida	105
1.2 Cuidadores	107
1.2.1 Contexto da prestação de cuidados	107
1.2.2 Situação de autonomia e in/dependência	109
1.2.3 Situação clínica dos cuidadores.....	111
1.2.4 Satisfação com a vida	113
1.2.5 Sobrecarga do cuidador.....	113
Parte IV- Discussão e conclusões	117
1.0 Introdução	119
1.1 Idosos.....	123
1.2 Cuidadores	126
Implicações	129
Conclusões	134
Bibliografia	141
Anexo 1 – Pedido de Consentimento Informado.....	
Anexo 2 – Inquérito de avaliação Multidimensional do Idoso.....	
Anexo 3 - Inquérito de avaliação Multidimensional do Cuidador...	

Índice de Quadros

Quadro 1. Pirâmides Populacionais 1950-2050	10
Quadro 2. Pirâmides da população portuguesa 1960-2000.....	11
Quadro 3. Modelo de Stress de Seyle	44
Quadro 4. Relação entre sexos	70
Quadro 5. Relação entre sexos com idade > 75 anos	72
Quadro 6. Utentes Centro Saúde idade > 75 anos.....	73
Quadro 7. Índice de Sunbarg	75
Quadro 8. Índice de Dependência Distrito de Aveiro	76
Quadro 9. Classificação ICPC-2	89
Quadro 10. Distribuição da amostra por sexo e idade	92
Quadro 11. Profissões dos cuidadores antes da reforma	93
Quadro 12. Parentesco com o idoso	94
Quadro 13. Profissões exercidas pelos cuidadores.....	95
Quadro 14. Dependência e contexto de cuidados.....	99
Quadro 15. Reprodutibilidade das queixas	103
Quadro 16. SOAP.....	104
Quadro 17. Depressão e satisfação com a vida.....	105
Quadro 18. Satisfação/depressão e contexto cuidados.....	106
Quadro 19. Tempo cuidado e tarefas desempenhadas.....	107
Quadro 20. Tempo dispendido na prestação de cuidados	108
Quadro 21. Cognição, funcionalidade e nutrição.....	109

Quadro 22. Cognição/ funcionalidade/nutrição/sexo	110
Quadro 23. Número de medicamentos de toma diária.....	111
Quadro 24. Queixas em saúde	112
Quadro 25. Satisfação com a vida, versos tempo e horas/cuidado.	113
Quadro 26. Sobrecarga/Idade/habilitações académicas/Graffar	114
Quadro 27. Sobrecarga e parentesco do cuidador.....	114
Quadro 28. Sobrecarga e estado civil do cuidador	115

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de Maslow	40
Figura 2. Esquema Hipotálamo-Hipófise-Pituitária- Adrenal	47
Figura 3. Esquema de Libertação de Cortisol	48
Figura 4. Esquema de libertação de Glucocorticóides	49
Figura 5. Mecanismo de Allostatic-Load	50
Figura 6. Efeitos de stress no organismo	51
Figura 7. Mapa e Brasão Cidade de Aveiro	68
Figura 8. Pirâmide etária Concelho de Aveiro	71
Figura 9. Pirâmide etária utentes C.S. Aveiro idade>75 anos	73
Figura 10. Relação entre sexos	74

*Aparelhei o barco da ilusão
E reforcei a fé de marinheiro
Era longe o meu sonho,
E traiçoeiro o mar*

*(Só nos é concedida
Esta vida
Que temos;
E é nela que é preciso
Procurar
O velho paraíso
Que perdemos)*

*Prestes, larguei a vela
E disse adeus ao cais, à paz tolhida
Desmedida,
A revolta imensidão
Transforma dia a dia a embarcação
Numa errante e alada sepultura
Mas corto as ondas sem desanimar.
Em qualquer aventura,
O que importa é partir, não é chegar.*

Miguel Torga, 1962

1.0 Introdução Geral

O termo envelhecimento suscita nos seres humanos os mais diversos receios, pois acarreta a noção de declínio gradual e inexorável do ser vivo na sua vertente biológica. Porém, o envelhecimento é um processo natural que ocorre com a idade, e pode conduzir a alterações funcionais, ambientais, psicológicas e sociais, provocando o aumento da morbidade e mortalidade (Ermida, 1999).

A velhice é um estado de privilégio dos seres humanos. No reino animal a senilidade constitui a exceção, predominando os seres jovens e os adultos saudáveis, dominando a interação com o ambiente e aniquilando os mais fracos e mais velhos. Mas o ser humano possui algo de fundamental que o distingue dos outros seres vivos: não é apenas um organismo biológico, mas um ser com dignidade e cultura fruto de gerações humanas que o antecederam (Diniz, 1997). A vida humana é um bem limitado no tempo pela morte (Diniz, 1997: 29). E os idosos são, em simultâneo, as pessoas mais próximas da morte e aqueles que nos são mais queridos: são os nossos pais, os nossos avós ou outras pessoas com as quais temos laços de afectividade que preenchem a nossa vida e cujos problemas, de repente, se transformam nos nossos problemas.

Mercê dos avanços da ciência e melhoria das condições socioeconómicas, foi possível a uma faixa considerável da população atingir a idade da velhice. Isto significa, que foi possível a cada indivíduo ultrapassar dificuldades e desafios nas várias fases da vida. Sendo esta adaptação uma forma de sobrevivência na compreensão essencialmente individual do problema, não pode ser esquecida a vertente multidisciplinar e multidimensional do processo subjacente que apoia e suporta as diversas vertentes humanas, quer sejam estas de índole física, psicológica e mental, quer de carácter social ou económico.

Para Freud, porém, somos antes de tudo um *self* corporal. Este enfoque na vertente biológica é partilhado dolorosamente pelo comum dos mortais. Sendo pessoal a imagem que cada um tem do seu corpo, é a vivência com a aparência física e o funcionamento dos órgãos e sistemas orgânicos, que altera a consciência de cada um sobre a fase ou estágio da sua vida.

O envelhecimento pode ser definido como um processo progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004: 3). Trata-se de um fenómeno inevitável (pelo menos no estado actual dos conhecimentos), inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e de diferenciação (Sousa, 2004). Com uma lentidão alheia ao entendimento, o envelhecimento surge no rosto, penetra nos tecidos e enfraquece os músculos, sem rupturas nem traumatismos. Sendo visível nos outros, é dificilmente percebido em nós, porque é de todas as realidades humanas a que permanece abstracta por mais tempo. Um dia notamos que envelhecemos e, aí, tomamos consciência que o envelhecimento não chega senão uma vez na vida e não conhece, ao contrário da fadiga, qualquer tipo de recuperação (Diniz, 1997).

O envelhecimento foi descrito ao longo dos séculos de formas mais ou menos filosóficas ou pessoais em diversas formas de arte. De Platão a Galeno ou a Gaugin (“quem somos, de onde vimos, para onde vamos”), cada um exprime de forma diversa a arte de encarar a velhice. Porém, inexoravelmente para ambos os sexos e de forma gradual, os sinais de envelhecimento surgem com o embranquecimento do cabelo, a secura da pele e rugas do rosto, a diminuição das acuidades auditivas e visuais ou com o cansaço para esforços antes considerados ligeiros. Posteriormente, e de forma gradual podem surgir as patologias, que se traduzem em doença e sofrimento físico. Para a mulher, a menopausa pode funcionar como barómetro biológico do envelhecimento, traduzindo-se pela perda da capacidade reprodutora e de procriação.

Porém com o avançar dos anos os idosos vivem ou convivem com várias doenças crónicas e calcula-se que 80% dos americanos e europeus ocidentais tenham pelo menos uma doença crónica e os “velhos-velhos” possam ter até dez (Greenblatt, 1982). A saúde neste contexto, seria o silêncio ou equilíbrio do organismo, enquanto a doença evidenciaria a linguagem ou grito dos órgãos e sistemas, traduzindo o seu sofrimento ou disfuncionamento.

1.1 Objectivos e pertinência do estudo

Este estudo tem como objectivo geral a caracterização das pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos e com apoio domiciliário do Centro de Saúde de Aveiro e seus cuidadores informais. As suas principais implicações consistem na organização da informação para que as decisões sobre estes cuidados sejam mais específicas e sustentadas, assim como a ponderação sobre a necessidade do desenvolvimento de unidades de apoio específicas (cuidados continuados ou paliativos integrados) que na região respondam a necessidades sinalizadas no estudo.

Os objectivos específicos são:

- a) Caracterizar a coorte de pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos apoiadas no domicílio por profissionais do Centro de Saúde de Aveiro. Para tal será efectuada uma avaliação integrada com uma perspectiva multidimensional, incluindo: características sócio-demográficas, morbilidade específica por aparelhos (cardiovascular, genito-urinário, digestivo, nervoso, respiratório, músculo-esquelético), estado nutricional, estado funcional, estado cognitivo, depressão e satisfação com a vida.
- b) Caracterizar o cuidador informal principal destes idosos numa perspectiva de avaliação multidimensional, incluindo: características sócio-demográficas, morbilidade por aparelhos (cardiovascular, genito-urinário, digestivo, nervoso, respiratório, músculo-esquelético), estado nutricional, estado funcional, satisfação com a vida e sobrecarga.
- c) Analisar as correlações entre o estado de saúde dos idosos e dos cuidadores e considerar a influência das variáveis sociodemográficas.

Para melhor compreensão metodológica a tese está organizada por capítulos. O capítulo 1 corresponde ao enquadramento teórico do processo de envelhecimento, em termos de expressão demográfica, social e de saúde. O capítulo 2 dará ênfase à problemática e caracterização dos prestadores

informais de cuidados, traçando o seu perfil sócio-demográfico, de saúde e satisfação com a vida, procurando caracterizar as necessidades e o impacto do cuidado, abordando os modelos de stress e sobrecarga decorrentes da tarefa de cuidar. O capítulo 3 corresponde ao estudo empírico, apresentando o enquadramento, objectivos, procedimentos e caracterização da amostra. Neste capítulo são ainda apresentados os instrumentos utilizados e suas características psicométricas. No capítulo 4 procede-se à apresentação e análise de resultados efectuando algumas considerações estatísticas. No capítulo 5 efectua-se a discussão dos resultados de acordo com estudos efectuados em áreas semelhantes e as eventuais limitações deste estudo, assim como perspectivas de pesquisa.

No final, apresentam-se as conclusões da tese, que se pretendem abrangentes e com o objectivo de contribuir para o desenvolvimento de estudos nesta área e para o desenvolvimento de programas adaptados à comunidade.

Parte I
Enquadramento Teórico

Parte I
Capítulo I
Envelhecimento e suas vertentes

Introdução

Uma das realidades mais marcantes do final do segundo milénio é o rápido envelhecimento da população Mundial. Nos países desenvolvidos (mas também um pouco por todos os outros países), os progressos da ciência e da medicina em áreas como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças, conduziram a uma decréscimo acentuado da mortalidade infantil e um incremento do número de indivíduos que atinge idades avançadas. Em Portugal a realidade é semelhante.

Porém, “ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas, (...) mas a complexidade do processo de envelhecimento e a heterogeneidade dos resultados emergem tanto em termos de qualidade de vida, como de outros indicadores psicossociais (Paúl, 2005: 75). Daí que “a partir da segunda metade do século XX, um novo fenómeno surgiu nas sociedades desenvolvidas: o envelhecimento demográfico. Não se trata de uma nova epidemia ou uma nova doença, mas de uma simples constatação quantitativa: a percentagem de pessoas nas idades mais avançadas está a aumentar” (Nazareth, 2007: 118).

1.1. Envelhecimento populacional: a realidade demográfica

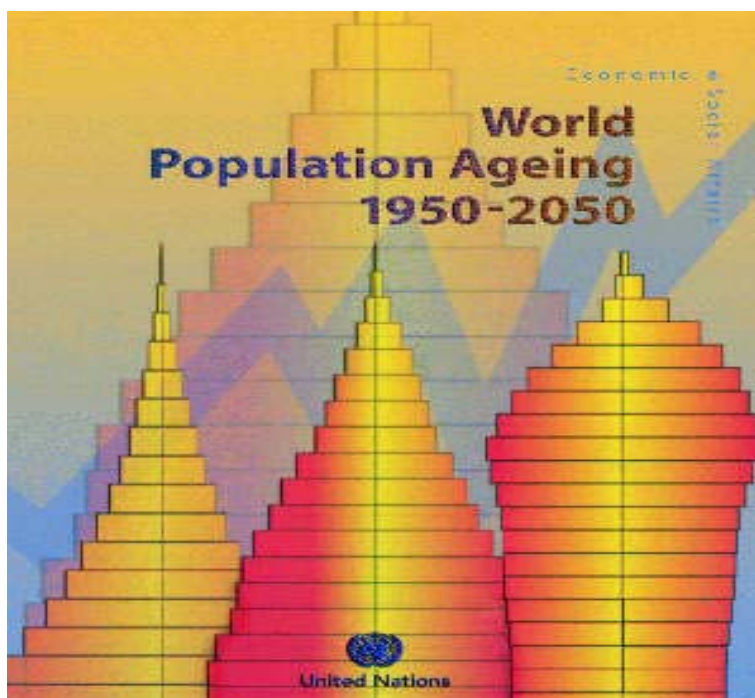
Quantos somos, como somos e onde estamos foi certamente uma questão muito antiga e um problema de Estado. Existem registos de censos rudimentares que remontam por exemplos à Mesopotâmia, Egipto, Índia, China, certamente com objectivos militares, fiscais ou laborais, e por conseguinte, incidindo sobre efectivos jovens. No entanto, o envelhecimento foi desde sempre motivo de reflexão dos Homens na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte (Paúl, 2005). Também filósofos e médicos da antiguidade como Platão, Hipócrates ou Galeno, não ignoraram a passagem dos anos e formularam hipóteses e conjecturas sobre o tema, quer como reflexão filosófica quer como vivência pessoal.

Actualmente a demonstração gráfica e numérica desta realidade torna o envelhecimento populacional um fenómeno universal, a que corresponde uma conquista da Humanidade que é também o seu maior desafio. Esta realidade

acarreta profundas implicações nas políticas sociais e representa um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea (OMS, 2002).

Sob o título *A quel âge est-on âgé?* a OMS (2002) refere que a idade referência para as Nações Unidas são os 60 anos. Presentemente, a nível mundial os escalões etários iguais ou superiores a 60 anos apresentam um maior ritmo de crescimento nos seus efectivos (quadro 1). Para o ano 2050, a OMS (2002) prevê que 1 em cada 5 indivíduos tenha 60 ou mais anos e que 80% destes se concentrem nos países em desenvolvimento.

Quadro 1. Pirâmides populacionais 1950-2050



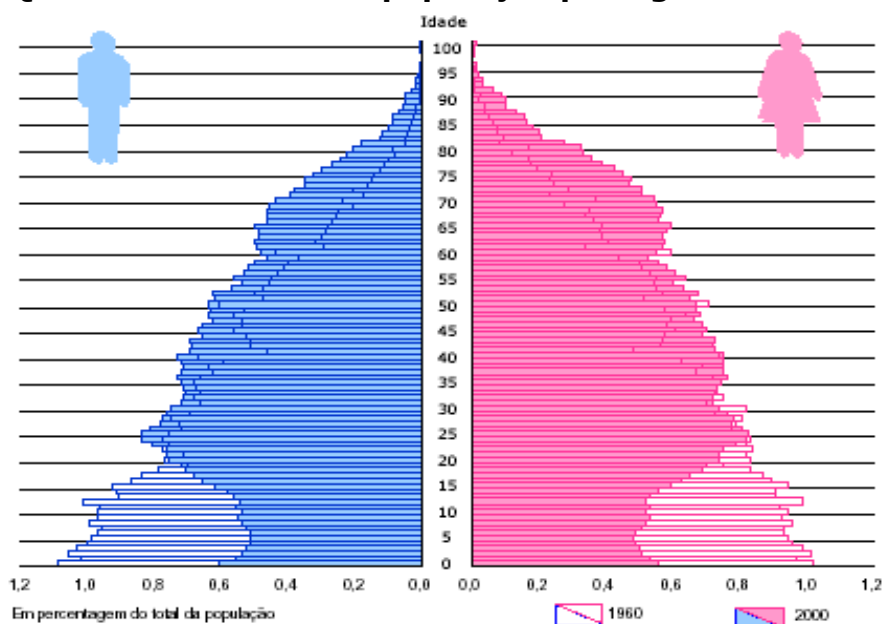
Fonte: "Report by the Population Division of the World Assembly on Ageing, 2002"

Na União Europeia o cenário é semelhante. Já em 1994 o Relatório CEE (1994) referia que, enquanto processo, o envelhecimento das estruturas etárias da população da União Europeia é inelutável. Este facto, deriva do declínio da natalidade e mortalidade aliado ao aumento da esperança de vida (Nazareth, 2007). Em Portugal, a dinâmica natural gerada apenas nos equilíbrios e desequilíbrios entre nascimentos e óbitos, é uma componente fundamental para compreender o crescimento cada vez mais ténue da população portuguesa. "Portugal à semelhança de todos os países europeus, continuará a

ter uma população a evoluir no sentido de um aumento dos idosos e de uma diminuição dos jovens. Este envelhecimento demográfico vai certamente provocar um conjunto considerável de distorções e de rupturas nos equilíbrios sociais existentes: na relação entre activos e inactivos e com o aumento de idosos isolados” (Nazareth, 2007: 44). A ideia fundamental da transição demográfica é a passagem de um estado de equilíbrio, em que a mortalidade e a fecundidade têm elevados níveis, para outro estado de equilíbrio, em que a mortalidade e a fecundidade apresentam níveis baixos, na sequência de um processo de modernização (Nazareth, 2007).

O envelhecimento tem vindo a acentuar-se quer pela base da pirâmide etária, com a diminuição da população jovem, quer pelo topo com o incremento da população idosa. A pirâmide de idades deixou de ser triangular e apresenta um estreitamento na base, como resultado da baixa da fecundidade e um alargamento no topo decorrente da maior longevidade (quadro 2).

Quadro 2-Pirâmide da população portuguesa 1960-2000



Fonte: INE (2006), estimativas da População residente.

O sistema demográfico Português caracteriza-se pelo claro declínio da fecundidade e baixas taxas de natalidade, sendo que os níveis de fecundidade apontam valores próximos de 1 criança por mulher (INE, Censo 2001). O

crescimento populacional foi de 6,9% nos últimos 16 anos. Porém, no grupo etário de 65 e mais anos, o acréscimo foi de 34,6%. O grupo etário da população com 85 e mais anos quase duplicou entre 1991 e 2007 (de 91.058 para 173.164 indivíduos) (Alto Comissariado da Saúde, 2008).

Pelo Censo de 2001 (INE), o Índice de Envelhecimento geral em Portugal (ou seja, a razão entre a população com idade igual ou superior a 65 anos e a população com idade compreendida entre 0-14 anos, multiplicada por 100) era de 102. Este índice, que pretende comparar a população idosa com a população jovem (Nazareth, 2007) era superado em diversos distritos do interior, nomeadamente: Portalegre (194,5), Castelo Branco (193,9), Guarda (185,4). Em 2007, o índice de envelhecimento era de 116 indivíduos com 65 anos ou mais por cada 100 jovens (0-14 anos), podendo atingir 224/100.

O Alto Comissariado para a Saúde (2008) prevê que o Índice de Dependência de idosos (ou seja, a razão entre a população com idade maior ou igual a 65 anos e a população com idade entre 15-64 anos, multiplicada por 100), que era de 26/100 em 2001, passe para 49/100 em 2040. O mesmo relatório refere que a esperança de vida à nascença aumentou 4,5 anos em 15 anos: a esperança de vida passou de 74,2 anos em 1991, para 78,7 anos em 2006.

Este ratio parece ser mais favorável para o sexo feminino. Esta relação no envelhecimento é desequilibrada pelo excedente de óbitos masculinos em relação aos femininos, que se traduz num acentuado desequilíbrio entre géneros, sobretudo no fim da pirâmide das idades (Nazareth, 2007). Este fenómeno conduz à feminização do envelhecimento. Um dos resultados desta evolução é a vulgarização daquilo que outrora se revelava pouco habitual: ser-se septuagenário ou mesmo octogenário, em particular no sexo feminino (Rosa, 1996). As mulheres, tradicionalmente cuidadoras da família, ficam socialmente mais isoladas nesta circunstância. Na União Europeia (OMS, 2002), avaliando os escalões etários com idade igual ou superior a 65 anos, a cada grupo de 1000 mulheres correspondiam 678 homens. Por todo o mundo, as mulheres vivem mais que os homens, mas o maior risco de sofrer situações de pobreza e de incapacidade também lhes corresponde (OMS, 2002).

1.2 Envelhecimento: saúde e doença

Envelhecer não nos torna mais ajuizados, nem mais loucos nem mais neuróticos (Zarit, 2008). Porém atingir a velhice significa que foi possível sobreviver e adaptar-se, com mais ou menos saúde mental e maior ou menor bem-estar, a desafios específicos de outras fases da vida (Paúl, 2005). Para Vaz Serra (2006) envelhecer significa simplesmente ficar com mais idade.

Alguns autores consideram o processo de envelhecimento como um *continuum*, pois uma criança ao nascer já é velha de 9 meses (Lessa, 1991). Nesta lógica, Serra (2006) considera que uma criança ou um adolescente acrescentam, com a passagem do tempo, mais idade à que já têm; não envelhecem num sentido biológico, pois o declínio só começa a ocorrer quando o ser humano atinge a maturidade, na idade adulta. Outros autores consideram todo o processo como uma evolução: o envelhecimento humano seria acompanhado de alterações de carácter físico, social e cognitivo, que poderiam diferir inter e intra indivíduos (Kessler, 2008). Parece assim *normal* considerar que o organismo manifesta sinais de envelhecimento quando decresce a sua vitalidade e quando proporcionalmente aumenta a sua vulnerabilidade (Torres, 1999). O processo que envolve o envelhecimento depende da variabilidade de fenómenos endógenos e exógenos, interagindo com a herança genética, e em equilíbrio dinâmico com factores físicos, psíquicos e sociais (Pinto, 2008); mas também associados com o estilo de vida, os factores culturais e de género e a disponibilidade e acessibilidade a serviços de saúde. A OMS (2002) considera o processo de envelhecimento como sendo o resultado dessa interacção, alicerçado em estratégias de promoção de saúde e de prevenção da doença.

O doente idoso pela sua condição orgânica e funcional é mais vulnerável ao stresse físico e psicológico, tem menos capacidade de adaptação e maior variação face à doença, apresentando um declínio funcional mais acelerado e exigindo mais tempo de recuperação (Ermida, 1997). Porém os conceitos de saúde e doença não se referem a acontecimentos estáticos. Adoecer não é um fenómeno aleatório. Detectar a lógica do equilíbrio (a saúde) e identificar os agentes da sua perturbação (doença) são desafios do trabalho epidemiológico

(Barros, 1997). A OMS, desde sempre atenta ao fenómeno do envelhecimento humano, propõe em 1984, como conceito de Saúde, não a ausência de doença, mas a presença de aportes positivos de promoção de saúde. A saúde seria um bem-estar completo que envolvesse as vertentes bio-psico-sociais. Neste conceito amplo, o estado de doença seria a ruptura em qualquer um ou de todos estes vectores.

Tendo em atenção o envelhecimento populacional e no sentido de uniformizar conceitos e critérios a IIª Assembleia Nacional das Nações Unidas (2002) fixou a idade de 60 anos como marco inicial da velhice e estabeleceu conceitos diferenciados para o envelhecimento, nas vertentes individual e populacional.

O conceito individual refere-se ao Homem como ser biológico, inserido em sociedade e com um perfil psicológico inerente à sua condição de ser único, com experiências de vida e de identidade próprias. Neste sentido, torna-se pertinente conhecer as repercussões do envelhecimento a nível individual, para estabelecer projectos de apoio e protecção às pessoas idosas, suas famílias e seus eventuais cuidadores. O conceito populacional refere-se ao fenómeno demográfico constituído pelo rápido envelhecimento da população e que se traduz na inversão da pirâmide etária ao nível das sociedades industrializadas.

Tendo como ponto de referência estas duas componentes (individual e populacional), a OMS (1995) abordou de forma inédita o problema. Ao promover o conceito de envelhecimento activo (*active aging*) pretendia focar e orientar os objectivos desta fase da vida para a vivência plena das capacidades individuais, desenvolvendo e otimizando potenciais de bem-estar físico, psíquico, social e mental. A dinâmica envelhecimento/saúde, neste modelo, incorpora vertentes de promoção de saúde, prevenção da doença e de empowerment (empoderamento), no sentido de que ser velho não é uma condição, mas uma parte integrada de um ciclo de vida. Como tal, deve ser vivido devendo o indivíduo desempenhar papéis sociais activos em comunidade, tendo em conta especificidades de género, cultura e de coesão inter-geracional, pois viver muitos anos significa a acumulação de variadas experiências de vida que devem ser partilhadas. Contudo, manter o estado de saúde e a exposição a factores de risco pode não ser fácil, pois durante este

ciclo de vida podem surgir alterações no sistema imunitário a que se associa uma menor resistência a infecções, incremento de processos auto-imunes e aumento da vulnerabilidade geral (Llera, 2002).

Nos idosos as doenças tendem a ser crônicas e múltiplas, podendo gerar incapacidades graves, perdurar por vários anos e exigir cuidados permanentes, quer em termos de apoio familiar, quer em termos de serviços de saúde. Um envelhecimento bem sucedido pressupõe uma capacidade de resposta adaptativa aos desafios relacionados com o avanço da idade (Pinto, 2008). Daí que a condição de ser idoso implique abordagens multidisciplinares, capazes de se adaptarem adequadamente a este ciclo de vida. O conhecimento adequado da psicologia do envelhecimento pode contribuir para a compreensão da complexidade de alguns comportamentos vivenciados pelo idoso. De entre todas as alterações desta fase, as cognitivas, de causa orgânica (SNC) ou determinadas por factores genéticos, educacionais, profissionais, de estilo de vida, actividade física e intelectual, apresentam-se como as mais marcantes (Kessler, 2008).

No entanto, a longevidade acarreta adaptação e vivência a uma nova realidade e um olhar pessoal, mais ou menos conformado na aceitação de um *self* diferente. Daí que alguns autores (Rowe & Kahn, 1999) considerem existir três padrões de envelhecimento: i) bem sucedido (*successful*), em que os parâmetros avaliados se aproximam da população adulta não idosa; ii) habitual (*usual*), em que os parâmetros são semelhantes aos da população adulta não idosa; iii) mal sucedidos (*unsuccessful*) em que os parâmetros serão inferiores aos determinados na população mais jovem.

Os determinantes em saúde são importantes em todas as fases da vida e esta não é excepção. Daí que a noção de factor de risco esteja associada a características individuais, estilos de vida e hábitos adquiridos, mas também a indicadores de morbilidade e de mortalidade. A lei de Gompertz, considera a idade como sendo o principal factor de risco de mortalidade e de morbilidade para ambos os sexos.

E refere que sua influência é exponencialmente crescente à medida que avança o tempo. O segundo factor considerado na fórmula, no respeitante à

mortalidade, é o género, verificando-se que com o avançar da idade as taxas de mortalidade são superiores nos homens relativamente às mulheres.

1.2.1 Envelhecimento cronológico

Uma das características da espécie humana é a sua longevidade relativamente aos outros seres vivos. A longevidade dos mamíferos é determinada pela intensidade dos factores exógenos ambientais e o ritmo de envelhecimento endógeno (Correia, 2003). Segundo a OMS (1989) não existe nenhum modelo que explique o mecanismo do envelhecimento, aceitando que se trata de um processo plurifactorial. A longevidade de um indivíduo poderia depender da realização de um programa de desenvolvimento inscrito nos seus genes. Porém com o avançar da idade, é vulgar poderem surgir alterações nos órgãos e sistemas que se podem agrupar em quatro categorias (Correia, 2003): 1) perda total da função; 2) diminuições da função associada à perda de unidades anatómicas, embora as restantes sejam capazes de assegurar a função; 3) incapacidade de manter a função apesar de perdas proporcionalmente escassas de unidades anatómicas; 4) utilização de mecanismos diferentes dos habituais. O envelhecimento nesta vertente poderia ser encarado como um processo decrescente de perda de vitalidade e de crescente incapacidade funcional.

A longevidade, ou seja a longa expectativa de vida do ser humano, é uma das características da espécie, e parece estar associada a uma velocidade intrínseca lenta do envelhecimento dos processos fisiológicos essenciais. Para Torres (2002), depois da fase de máxima capacidade reprodutora, o envelhecimento manifesta-se a partir do momento de máxima vitalidade, que acontece por volta da idade de 30 anos no Homem. Este declive funcional inicia-se com o decréscimo da hormona do crescimento (GH). A máxima vitalidade alcançar-se-ia com o culminar do crescimento e diferenciação, ou seja, quando a taxa de crescimento de GH e os limites sanguíneos de IGF-I (insulin-like growth factor 1) chegam ao seu limite máximo (Torres, 2002). O ser humano tem um elevado potencial energético (life span energy potencial, LSEP), que corresponde ao consumo médio de energia, ao longo da vida por peso de corporal. Mas a longevidade, ou medição da duração da vida, ou

longevidade máxima potencial (maximum life expectancy potencial, MLSP) parece ser bastante constante nas diversas espécies, sendo que no Homem se supõe possa situar-se nos 100 anos (Correia, 2003). Porém a velocidade do envelhecimento de um organismo (aging rate of organism), referindo-se à perda média de saúde e de vigor fisiológico, relaciona-se em sentido inverso com o MLSP. Daí que Cohen (1990) considere que as populações humanas modernas vivem mais tempo envelhecidas, mas não vivem mais tempo como jovens. A avaliação do envelhecimento utilizando a idade e os grupos etários como indicador, tem sido utilizada por ser um parâmetro facilmente mensurável, fiável e comum a toda a espécie.

1.2.2 Envelhecimento biológico

O prolongamento da vida favorece o desenvolvimento de problemas de saúde e de prevalência de multimorbilidade cuja tendência será a cronicidade, e que alguns autores chamam de "pandemia de incapacidade" (Botelho, 2007). Neste contexto, afigura-se primordial a intervenção global, integradora e enquadrada, não só pela perspectiva biomédica adequada aos idosos nos seus aspectos fisiopatológicos, mas também pela perspectiva psicológica, familiar e social (Jordão, 2002).

Ao longo da vida os indivíduos estão sujeitos a um conjunto de pressões ou fenómenos stressores, de carácter interno (fisiológico, cognitivo ou emocional) ou externos (ambientais), que cada ser humano enfrenta com maior ou menor sucesso. A combinação de diversos factores, tais como sentimento de perda, stresse prolongado, cansaço e vulnerabilidade imunológica, podem aumentar o risco de morbi-mortalidade (Schulz, 1999; Chrousos, 1998). Quando um indivíduo é confrontado com acontecimentos da vida sentidos como perturbadores, o seu organismo reage e tenta adaptar-se (Bishop, 1994). Ou seja, tenta reagir através de estratégias cognitivas, comportamentais de ajustamento individual ou de *coping* (Holahan & Moss, 1996). O processo de envelhecimento pode ser considerado um stressor universal por implicar a adaptação progressiva e contínua na vida dos seres humanos (Lazarus, 1984).

No sentido de avaliar o impacto do stress no organismo humano, diversos estudos foram empreendidos desde os anos 1950, de que se destaca o Estudo de Baltimore. Este estudo teve como objectivo perceber a variabilidade do declínio das diversas funções do ser humano (Robert, 1994). Porém, segundo Serra (2006), o declínio destas diversas funções não é uniforme, nem no mesmo indivíduo, nem entre indivíduos, assim como também não é uniforme em todos os órgãos e sistemas.

1.2.2.1 *Aparelho cardiovascular*

A doença cardiovascular é a principal causa de morte a nível mundial. Pode ser considerada uma epidemia para a qual tem contribuído a globalização, o envelhecimento e a urbanização (Gradiz, 2007). Um dos factores determinantes é o envelhecimento da parede vascular e a situação parece estar relacionada de forma directa ou indirecta com a aterosclerose. Esta entidade clínica depende de factores extrínsecos (tais como a nutrição, estilos de vida, consumo de tabaco, stresse) e de outros intrínsecos (tais como a diabetes mellitus e a hipertensão arterial) (Robert, 1994). No entanto, sejam quais forem os mecanismos predisponentes, a aterosclerose pode ser considerada como factor major por conduzir ao endurecimento progressivo das artérias e veias, através da deposição de átomos de cálcio nas paredes vasculares e na elastina dos vasos (Robert, 1994). A circulação sanguínea, em consequência, torna-se cada vez mais difícil pois o sistema é cada vez menos elástico. Assim, a quantidade média de sangue bombeado pelo coração passa de 5 litros por minuto aos 20 anos, para 3,5 litros por minuto aos 75 anos (Serra, 2006).

1.2.2.2 *Aparelho respiratório*

A função respiratória é a função que declina mais rapidamente com a idade. A capacidade vital, ou seja, o volume de ar armazenado aquando de uma inspiração profunda, diminui rapidamente nas pessoas idosas (Robert, 1994). Com o aumento da idade surgem alterações da função pulmonar de que se

destacam: a) diminuição das propriedades elásticas do pulmão; b) aumento da rigidez da parede torácica; c) diminuição da capacidade motora (Correia, 2003). Os pulmões, com o envelhecimento mostram um declínio gradual da capacidade respiratória, que passa de 165 litros por minuto aos 25 anos de idade, para 75 litros aos 85 anos de vida (Serra, 2006).

1.2.2.3 *Aparelho digestivo*

A coordenação do comportamento alimentar e do equilíbrio calórico reside no hipotálamo, com base em sinais neuroendócrinos e metabólicos originados na periferia (Fortunato, 2009). Entre as queixas mais frequentes dos idosos relacionadas o aparelho digestivo surge o desconforto com alterações do apetite, a dificuldade na digestão e na mastigação por perdas dentárias, fragilidade da mucosa oral e as alterações do trânsito intestinal (Saldanha, 2009). De facto, com a idade, as papilas gustativas perdem sensibilidade, modificando a percepção do gosto dos alimentos. Do ponto de vista funcional existe a atrofia da mucosa do tubo digestivo, com a diminuição da secreção das enzimas digestivas, do ácido gástrico e da mucina, cujo papel protector é essencial à mucosa (Robert, 1994). Estas alterações podem conduzir a estados de mal nutrição. Segundo Saldanha (2001), a insuficiência de alimentos de alto valor biológico propicia o envelhecimento patológico e representa uma causa importante de morbidade e de mortalidade.

Alguns autores relacionam esta patologia com taxas plasmáticas insuficientes de oligoelementos, nomeadamente a osteoporose que parece relacionar-se com défices hormonais, falta de exercício e com a ingestão insuficiente de cálcio e de fósforo (Correia, 2003). Porém, segundo Morley (2003), com a idade a perda de peso parece também estar relacionada com a sarcopenia e com alterações massa gorda. Na idade avançada pode surgir anorexia, a que se associa a diminuição do gosto, olfacto e visão e alterações gástricas. Estas alterações conduzem a uma rápida sensação de saciedade e podem estar relacionadas com o aumento da colecistoquinina (Fortunato, 2009). As taxas plasmáticas desta hormona, que regula também os níveis enzimáticos

pancreáticos e biliares, estão aumentadas no sangue dos idosos malnutridos, potenciando a saciedade e eventualmente a malnutrição (Robert, 1994).

1.2.2.4 *Sistema Nervoso Central*

É conhecida a desigualdade dos indivíduos perante o envelhecimento. São conhecidos desempenhos notáveis de pessoas que ultrapassaram largamente a idade da reforma, por exemplo, Manuel de Oliveira já com mais de 100 anos ou Artur Agostinho com 90 anos, que continuam a sua actividade criativa nas áreas do cinema ou da literatura com regularidade notável. Contudo, o aumento da esperança de vida conduz frequentemente ao declinar das capacidades funcionais do cérebro, conduzindo à demência senil (Robert, 1994). Com a idade, as alterações do SNC manifestam-se a nível estrutural, químico e funcional, e com perda de neurónios, diminuição das arborizações dendríticas e diminuição das enzimas e receptores envolvidos na neurotransmissão (Correia, 2003). No envelhecimento "normal" verifica-se uma perda de 10-60% de neurónios, diminuindo também a síntese e libertação da acetilcolina, tal como diminui o número dos receptores colinérgicos e muscarínicos. Estas modificações têm uma importância fundamental, pois a acetilcolina é o neurotransmissor-chave na actividade intelectual, incluindo a memória (Correia, 2003).

Noutras áreas, e em comparação com os jovens, os idosos, mesmo os mais saudáveis e instruídos, apresentam dificuldades nas tarefas que impliquem planejar, executar e avaliar sequências e uma menor capacidade de atenção, muito embora mantenham estável a inteligência (Serra, 2006).

1.2.2.5 *Aparelho Excretor*

O rim é um órgão fundamental na manutenção da homeostasia do meio interno, desempenhando uma importante função excretora e metabólica. Eventuais alterações no seu funcionamento podem comprometer de forma grave a saúde do indivíduo (Rabaça, 2009). Com o avançar da idade o

aparelho excretor apresenta um declínio de 50% na sua capacidade de filtração.

1.2.3 Envelhecimento social

A velhice como problema social surgiu nas sociedades modernas e industrializadas após a segunda Guerra Mundial (século XX). O envelhecimento populacional constitui uma das maiores conquistas da humanidade, pois a longevidade deixou de ser a exceção para se tornar regra. No entanto, estas mudanças demográficas não foram incorporadas de forma equilibrada nas sociedades actuais que valorizam a competitividade, a capacidade para o trabalho, a independência e a autonomia funcional. Muitas destas crenças e valores nem sempre podem ser acompanhados pelos idosos, se forem tidas em consideração algumas mudanças e perdas que frequentemente se associam à velhice.

Parte dessas crenças são construídas em forma de representações. Nesse sentido, Moscovici (1981) considera que a noção de representação social remete para "um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no quotidiano, no decurso de comunicações inter-individuais. São equivalentes, na nossa sociedade aos mitos e crenças das sociedades tradicionais; podem mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum". A função essencial da representação social é tornar aquilo que não é familiar em algo familiar, próximo e prático (Moscovici, 1981).

A passagem à reforma é um marco, muitas vezes forte e stressante, para o indivíduo, que de repente deixa de ter claro e estabelecido o seu papel na sociedade. Quando a produção se desenrolava no núcleo familiar e o conceito de reforma era inexistente, o indivíduo adoptava ao longo da vida as tarefas que podia desempenhar mantendo-se activo e útil (Pereira, 1993). A reforma sendo um produto das sociedades industriais e tecnológicas, que enfocam cada vez mais a produção e o consumo, afastam aqueles que com idades iguais ou superiores a 65 anos, deixam de ter condições para competir (Pereira, 1993). As leis laborais e sociais, neste contexto, têm que suportar socialmente os mais velhos, pois impedem-nos do seu desempenho

profissional, sem considerar a sua vontade e capacidade para produzir ao seu ritmo, dando prioridade à rentabilidade, produção e consumismo.

1.2.4 Envelhecimento psicológico

O Modelo de Pressão-Competência (Lawton & Nahemow, 1973), Philadelphia Geriatric Center, considera que quanto menor é o nível de competência dos indivíduos, maior é a influência dos factores ambientais no seu comportamento, no sentido de que um indivíduo mais competente suporta melhor a pressão do meio. Posteriormente Lawton (1986) reformulou o modelo incluindo a noção de proactividade do indivíduo sobre o meio, ou seja, reconhece a capacidade do indivíduo para alterar o meio a seu favor e não apenas limitar-se às consequências da sua influência. Carp (1987) refere que um resultado favorável da transacção entre pessoa e ambiente é mais provável quando as características da pessoa são congruentes com tudo o que é oferecido pelo ambiente. A congruência é uma condição pessoa-ambiente, sendo provável que possa conduzir mais facilmente ao bem-estar psicológico. A incongruência necessita de estratégias adaptativas que se forem mal sucedidas conduzem a alterações psicológicas, de comportamento e a impactos negativos na saúde.

1.2.4.1 Personalidade e adaptação ao envelhecimento

Também existem ganhos com o envelhecimento. Este é um fenómeno natural, por isso a adaptação a esta fase da vida é um exercício de aceitação de dificuldades. Envelhecer é também prevenir a incapacidade e estar atento às mudanças, procurando corrigir as limitações que vão surgindo nos órgãos dos sentidos e nos sistemas fundamentais do organismo humano (Serra, 2006). Apesar do envelhecimento continuar a ser representado na base de perdas, as pessoas idosas têm capacidades de reserva que tendem a ser inexploradas. Isto é, há ganhos que passam despercebidos e, em consequência, não são valorizados. Cita-se aqui o modelo de envelhecimento bem sucedido de Baltes & Baltes (1987, 1990). Esses autores assinalam que o envelhecimento bem

sucedido necessita de uma avaliação sustentada numa perspectiva multidimensional, na qual factores objectivos e subjectivos sejam considerados dentro de um contexto cultural, que contenha solicitações específicas. Segundo Cohen (2006) o que se pode ganhar consiste em: a) reavaliação da meia-idade; b) um processo de libertação; c) observar a vida no seu conjunto; d) o desejo de tentar de novo.

Em 2000, Berlinck introduz o conceito de envelhecêcia, definindo-o como a arte de viver a velhice, ao requerer muito engenho e empenho, podendo ser, ao mesmo tempo, triste e divertida, animada e desanimada, activa e sem actividade, podendo, enfim, ser como o resto da vida. Mas, como toda a arte, há uma solicitação à estética do corpo, que pode fazer dele um belo elemento, de modo a poder dar muita satisfação ao seu portador e aos que com ele convivem. Nesta época da vida, segundo aquele autor, um discreto charme, uma indisfarçável elegância, uma graça nos movimentos, uma alegria derivada da vida vivida podem fazer toda a diferença entre o envelhecer e a envelhecêcia.

1.2.4.2 *Qualidade de vida e envelhecimento*

O conceito de qualidade de vida no envelhecimento está fortemente associado com o bem-estar, identificado muitas vezes com o nível socioeconómico, os rendimentos, o estado de saúde e a longevidade (Santos, 2006). No entanto, estes elementos devem ser apreendidos de forma global e abrangente, pois resultam de uma perspectiva individual. Daí que o tema tenha suscitado o interesse multidisciplinar na compreensão daquilo que se entende por bem-estar. No domínio da saúde, a qualidade está relacionada com desempenhos e como tal são utilizados instrumentos construídos para avaliarem a capacidade dos indivíduos para o desempenho de tarefas. Segundo Santos (2006), estes instrumentos são utilizados com o objectivo de avaliar o impacto da doença no desempenho quotidiano, nomeadamente: a) avaliar os efeitos globais da doença na vida dos indivíduos (emocionais, físicos e sociais); b) avaliar os efeitos da doença na perspectiva do indivíduo; e c) determinar o apoio social, emocional ou físico necessário no decurso da doença. Esta abordagem

multidimensional aproxima-se da visão preconizada pelo modelo ecológico de qualidade, inserido num contexto social e ambiental amplo da vida dos idosos (Bulboz & Sontag, 1993). Já a OMS em 1946, definira saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.

O conceito de qualidade de vida surgiu na segunda metade do século XX nos Estados Unidos da América, alicerçado em padrões de felicidade e indicadores sociais de bem-estar. Foi abordado pela primeira vez pelo então presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964, que declarou que: *"os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos, só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas"*.

Posteriormente, diversos autores avaliaram vantagens e desvantagens desta abordagem (cf. Baker & Intaglia, 1992; Lehman et al., 1982). De acordo com o modelo de satisfação de Lehman et al. (1982), a qualidade de vida depende de um conjunto de factores, entre os quais se destacam as características pessoais, as condições de vida em vários domínios e a satisfação com a vida nesses domínios. Porém, Bigelow et al. (1982) apresentaram um modelo em que a qualidade de vida estaria relacionada com o preenchimento das necessidades, baseando-se para tal, na pirâmide de Maslow (1954).

A felicidade e a satisfação estariam relacionadas com as condições sociais e ambientais necessárias ao preenchimento de necessidades humanas básicas. Para Calman (1984), a qualidade de vida seria o hiato entre as expectativas do indivíduo e suas conquistas; enquanto que para Hunt e McKenna (1993) qualidade de vida seria a satisfação total das necessidades do indivíduo.

Em 1994, a OMS através do Grupo WHOQOL, definiu qualidade de vida como sendo a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, num contexto de cultura e sistemas de valores, nos quais vive, tendo em atenção os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Com este modelo envolvente emergiu a necessidade de encontrar instrumentos de mensuração adequados. O WHOQOL compreende 26 itens que incidem sobre saúde física e mental, relações sociais e ambiente. Foram ainda desenvolvidos instrumentos relacionando-os com a doença, tais: SIP (Sickness Impact Profile) e MOS SF-

36, avaliam de forma descritiva as alterações de comportamento do indivíduo após uma doença; a QLDL (Quality of Life in Depression Scale), que avalia patologia do foro psicológico/psiquiátrico. Em 2006, Agermeyer e Kilian criaram um modelo dinâmico baseando a qualidade de vida na busca e na manutenção de um nível de satisfação constante apesar das mudanças ambientais.

Da análise de todas estas vertentes parece-nos poder sugerir que a qualidade de vida resulta de um conjunto de determinantes, multidimensionais e multifactoriais, subjectivos (individuais), de auto-avaliação e que podem variar no tempo. A mutabilidade é importante, partindo do pressuposto que a avaliação da qualidade de vida pode mudar em função do tempo, local, pessoa e contexto cultural.

2.0 Avaliação multidimensional do idoso

O funcionamento do organismo humano é mantido à custa de uma série de mecanismos intrínsecos, subjacentes a todos os processos biológicos (Botelho, 2000). Os idosos apresentam problemas e limitações relacionadas com o envelhecimento fisiológico, com patologias banais e com o ecossistema onde estão inseridos. Estes condicionantes conduzem à utilização de métodos e estratégias que permitem uma avaliação correcta e completa, bem como a uma visão global do complexo bio-psico-social que é o idoso (Veríssimo, 2007).

Assim, na avaliação do idoso deve ser respeitada esta vertente integrada, para mais facilmente serem detectados problemas de ordem médica, social ou psicológica. O que importa avaliar é o bem-estar de cada um e a sua capacidade para desempenhar as tarefas que permitam a sua autonomia, pese embora o facto da ausência/presença de doença ou da existência patologia crónica. Em 1984, a OMS considerou a possibilidade de introdução de técnicas que pudessem avaliar o estado de saúde dos idosos e que possibilitassem a avaliação de risco e a tomada de decisões para intervenções adequadas. A avaliação funcional do idoso deve ser uma avaliação multidimensional.

Esta avaliação multidimensional reflecte-se no carácter multidisciplinar e interdisciplinar do envelhecimento, envolvendo metodologias, estratégias e instrumentos só possíveis de aplicar através do trabalho em equipa. Esta estratégia tem como objectivo aumentar a eficiência e a eficácia das intervenções e do diagnóstico, a diminuição o risco iatrogénico, adequação do prognóstico, orientação das condutas preventivas e a intervenção tendente a melhorar a qualidade de vida (Veríssimo, 2006). Por isso, a avaliação multidimensional deve ser enquadrada nos planos físicos e funcional, nutricional, psicológico e social.

Segundo Botelho (2000), o conceito de capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de práticas frequentes e necessárias a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas. Este conceito baseia-se na Classificação Internacional da OMS: 1980, ICIDH-1; 1997, ICIDH-2. Esta classificação descreve três níveis da capacidade funcional: i) deficiência por perda ou anomalia de uma estrutura ou de uma função anatómica, fisiológica ou psicológica; ii) incapacidade ou restrição de actividade, por não poder praticar as actividades consideradas normais para o ser humano em consequência de uma deficiência; iii) desvantagem ou restrição de participação pelo desajustamento entre as limitações surgidas, em consequência de uma deficiência ou incapacidade e os recursos a que o individuo tem acesso, ficando em desvantagem no que se refere ao papel social normal. O conjunto das duas primeiras definições corresponde a actividades básicas da vida ou de autonomia física: AVD. A última definição relaciona-se com a integração do indivíduo no seu ambiente; estas actividades são normalmente avaliadas por escalas de autonomia instrumental ou de actividades instrumentais da vida diária: AIVD. A avaliação da morbidade é efectuada pela prevalência das queixas colhidas na anamnese e ordenadas pela Classificação ICPC (Internacional Classification of Primary Care).

Capitulo II
Prestar Cuidados: Os Cuidadores informais

*"Aqui começa a nova caminhada
Se a levar ao fim, darei louvores a Deus,
Como meu pai, ao despegar
Do dia ganho,
Não por ter chegado
Mas por ter acrescentado,
Um palmo de ilusão
Ao meu tamanho"
(Miguel Torga, 1990).*

1.0 Introdução

O avanço da ciência tem proporcionado ao ser humano um aumento da esperança de vida e o usufruir de uma longevidade nunca antes alcançada. Neste contexto, a inversão das pirâmides etárias reflectindo o envelhecimento da população vieram colocar aos governos, famílias e sociedade desafios para os quais não estavam (e ainda não estão) preparados (PNSPI, 2006). No entanto, ao perspectivar o envelhecimento num duplo eixo histórico e geográfico-cultural, verifica-se que os idosos tanto têm sido venerados como detentores da sabedoria, como são despojados de todo o respeito e vistos como inúteis, um peso para a família e sociedade (Simões, 2006).

A passagem à reforma e o corte com a vida activa podem despoletar uma crise familiar, devido ao stresse originado por esta transição e pela imprevisibilidade que esta mudança acarreta (Alarcão, 2000). Esta quase inevitabilidade, derivando de vários factores assenta na escassa rede de apoio formal e no défice de actuação do Estado, que no nosso país, num contexto de crescente instabilidade social e de insuficiência de respostas credíveis e viáveis ao envelhecimento demográfico, não assume os verdadeiros contornos de Estado Providência (Pimentel, 2005). Deste modo, um Estado Providência fraco é parcialmente compensado pela actuação de uma sociedade rica em relações de inter-conhecimento, na qual pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade (Pimentel, 2005).

O envelhecimento demográfico associado a escassas respostas formais, faz o cuidado informal assumir particular importância, evidenciando claramente práticas de solidariedade traduzidas no cuidar de idosos dependentes em ambiente domiciliário. "O cuidado informal em ambiente domiciliário adquire uma crescente importância no apoio às pessoas idosas em situação de dependência, como complemento da acção do Estado, sendo que cerca de 80% dos cuidados dispensados à pessoa idosa são de carácter informal" (Despacho Conjunto nº 407/98 Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, de 18 de Junho). Assim, a recuperação da família por parte das políticas sociais é mais do que uma reivindicação familiar, consiste na

construção da unidade básica de convivência, tratando-se da recriação de um modelo de organização que se identifica com o lar e a vida familiar. A acentuada ênfase nas políticas de desinstitucionalização, tem levado a uma instrumentalização sistemática da família, com vista a aliviar os custos das políticas sociais e de saúde em pontos sensíveis dos cuidados aos idosos (Lage, 2005).

1.1 Cuidadores informais: conceito e papel

O termo cuidador e cuidador informal (*informal caregiver*) não constituem conceitos unânimes. Encerram "uma complexidade dimensional variada, estando envolvidos conceitos éticos, sociais, psicológicos, demográficos, e associando complementarmente aspectos clínicos, técnicos e comunitários. (Sousa,2006:59). A tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros femininos, a responsabilidade de cuidar dos elementos mais idosos e com laços mais chegados. Deste modo, cuidar de parentes idosos apresenta-se como uma extensão dos papéis normais da família, o que aliado a alguma hostilidade para com as instituições pressiona a família no sentido de manter esse papel (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Com o aproximar do final do ciclo de vida as famílias assumem o cuidado dos familiares, assegurando um papel fundamental nas relações de inter-ajuda. Estas redes familiares formadas por laços de parentesco assentam as suas responsabilidades num dever de gratidão, obrigação e reconhecimento perante uma pessoa que foi cuidadora de outros. Reforça-se a ideia de que ser cuidador informal é ser alguém que presta cuidado, com uma componente essencial de gratuitidade, cabendo em primeiro lugar à rede familiar ser o prestador fundamental destes cuidados (Sousa, 2006).

O conceito de cuidador informal refere-se a elementos da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos ou colegas) que prestam cuidados regulares não remunerados (Lage, 2005). Neste núcleo os cuidadores familiares são aqueles que merecem maior destaque, pois são em número claramente superior e assumem o papel, normalmente, por períodos mais longos, exercendo mais tipos de cuidados (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2006). Mas, ao contrário da

prestação de cuidados às crianças (ajudá-las a conquistar a sua autonomia), cuidar de idosos envolve uma dependência crescente, que advém do facto deste cuidado ser cada vez mais exigente, por agravamento das dependências e por estas se desenrolarem durante um tempo indeterminado.

Todavia, prestar ajuda a alguém que, pela idade ou por doença, manifesta dificuldades em manter a sua completa autonomia, transforma-se necessariamente com o tempo em cuidado, quando as limitações ou incapacidades se manifestam. A partir de algum momento cuja fronteira pode ser ténue, a ajuda permanente instala-se transformando-se em cuidado e o familiar solícito em cuidador.

As funções e desempenhos dos prestadores de cuidado informal em domicílio são impostos muitas vezes pela dinâmica familiar, através de um "*slipping into it*"; isto é, de repente, quase sem saber e sem um processo consciente de decisão, os mais próximos ou mais solidários, assumem a responsabilidade do cuidado, enquanto que outros, também potenciais cuidadores, se afastam (*slipping out of it*) (Mendes, 1998, in Figueiredo, 2006). Assim, o cuidador assume uma responsabilidade para a qual não estava preparado. No entanto, com o objectivo de responder às necessidades das pessoas idosas, têm vindo a ser gradualmente implementadas políticas públicas de envelhecimento no âmbito da Saúde Pública, que têm em consideração a heterogeneidade e as diversas vertentes do envelhecimento e respeitam vectores como a solidariedade e tem emergido o apoio à família e a inserção social (INE, 1999). Nesse sentido, o INE (1999) aponta estratégias de apoio numa realidade que se configura muito próxima, de que se destacam: i) prevenir situações que conduzam à degradação do processo de envelhecimento; ii) promover condições favoráveis à integração socio-familiar, económica e cultural das pessoas idosas, evitando a sua exclusão/marginalização; iii) fomentar a autonomia da pessoa idosa, através da participação activa na comunidade; iv) reconhecer o valor da pessoa idosa na família; v) redescobrir o valor positivo das pessoas idosas como detentoras de saberes e de cultura; vi) apoiar os prestadores informais de cuidados no apoio às pessoas idosas; vii) articular os serviços implicados na resolução dos problemas das pessoas idosas, em

especial a Saúde e a Segurança Social; viii) promover a solidariedade entre gerações como regra básica da coesão social.

1.2 Tornar-se cuidador

Não é vulgar perspectivar um percurso profissional ou pessoal nesta vertente. Ser cuidador normalmente “acontece” como uma carreira acidental (“unexpected career”). Segundo Collière (1999), a palavra “care” (cuidado) envolve cuidados de sustentação e de manutenção de vida, que sejam permanentes e quotidianos, não tendo outra função senão sustentar o ser humano na sua natureza afectiva e psicossocial. Nesse sentido, torna-se necessário compreender o conceito subjacente à ideologia que motiva o cuidador informal. Martin (2000, citando Lawton et al., 1989), operacionaliza o conceito baseando-se em quatro motivações: i) retribuição de apoio; ii) tradição familiar; iii) princípios religiosos; iv) modelo a seguir pelos filhos.

Em âmbito familiar, alguém desempenha o papel de cuidador informal primário. Este conceito é definido por diversos autores como a pessoa que realiza mais de metade das tarefas, sejam relativas ao transporte do idoso, às lides domésticas, à preparação de refeições, ao tratamento de roupa, aos cuidados pessoais e de suporte financeiro. Os factores facilitadores da assunção desta função são (Martin, 2000): i) relação familiar; ii) co-residência; iii) género do cuidador e do receptor de cuidados; iv) condicionantes dos descendentes.

As redes de cuidado informal são sobretudo verticais (Shanas, 1979), ou seja quem assume em primeiro lugar essa tarefa é o cônjuge e na sua ausência ou impossibilidade serão os filhos e só posteriormente outros familiares. A consanguinidade assume uma importância relevante. No entanto, na hierarquia do cuidado o descomprometimento ou impossibilidade de filhos/as, pode fazer surgir uma rede da solidariedade familiar. Esta é desenvolvida através de laços de residência (coabitação com a pessoa idosa), comensalidade (partilha de consumo) e/ou através de laços de coesão intergeracional, com genros ou noras e mais raramente com netos. A hierarquia familiar do cuidado retracta a visão longitudinal do ciclo de vida,

permitindo identificar as mudanças no estado e nos papéis de cada membro e o conhecimento das necessidades de cada prestador informal, visando a sua protecção e promoção da saúde. Martin (2000) baseando-se em estudos de Wolf et al. (1997) complementa a sua análise concluindo que cada filho dispõe de uma curva de oferta, no esforço de cuidar dos pais dependentes, sendo esta menor no caso daqueles que têm também filhos ao seu cuidado. Numa visão despojada, pode esta vertente ser encarada como o "slipping out of it", no sentido de perder ou de se envolver o mínimo possível nesta tarefa.

Neste contexto surge a feminização do cuidado (Rosa, 1996). Tradicionalmente eram as filhas solteiras a viver com os pais e sem papel laboral que assumiam todas estas obrigações. As alterações demográficas emergentes, traduzidas num crescente número de indivíduos que atingem a idade da velhice, aliados a crescentes alterações sociais das quais a modificação do papel da mulher na sociedade não será alheia, vieram alterar esta premissa. A mulher passou em escassas décadas de *fada do lar* a agente económico e social, e esta mudança pode dificultar o desenvolvimento da rede informal em que assentava a inter-ajuda intergeracional. Segundo Paúl (1997), mesmo nos casos em que o trabalho supostamente seja indexado aos filhos varões, na prática muitas vezes é prestado pelas noras. Esta realidade evidencia a lateralização ou feminização do cuidado, caracterizado pela ênfase quantitativa das solidariedades femininas na prestação de cuidados informais ao idoso (Sousa & Figueiredo, 2002).

Este processo tem sido encarado como natural, pois o cuidado sendo desenvolvido em ambiente doméstico está associado ao conceito de que este espaço é tradicionalmente e por excelência das mulheres (Hespanha, 1987). Este grupo de cuidadores informais é maioritariamente constituído pelas esposas, o que em muito contribui para a feminização do cuidado informal (OMS, 2002). A vertente da lateralização do cuidado no respeitante ao sexo pode ser explicada pelas taxas de mortalidade geral, que apresentam valores superiores para o sexo masculino, quando comparadas com o sexo feminino (INE, 1999; OMS, 2002).

Noutra vertente, o aumento da esperança de vida e a baixa taxa de natalidade são variáveis que podem explicar ainda que de forma parcial, o processo de

envelhecimento demográfico. Mas são factores determinantes para que os prestadores de cuidado informal sejam, cada vez mais, idosos (Gil, 1999; Valente, 2006). Mesmo quando o cuidado informal não envolve consanguinidade ou laços de parentesco, são normalmente amigas ou vizinhas viúvas, que de forma solidária se envolvem nesta ajuda de prevalência matriarcal. Nalguns casos constata-se a existência, ainda que de forma minoritária, de cuidadores muito jovens normalmente netos, cuja actividade profissional conciliam com o cuidado ou mais vulgarmente, sem actividade laboral concreta.

Normalmente os prestadores informais de cuidado ou são idosos e já estão aposentados, ou estando num escalão etário mais jovem não possuem qualquer actividade profissional reconhecida (caso da mulher, nora ou filha doméstica). Outros simplesmente foram obrigados/as, a abandonar (ou diminuir o investimento) a carreira profissional para cuidar de um ente querido. Existe ainda um pequeno grupo que consegue conciliar a profissão e o cuidado. Esta situação define a "geração sanduíche", por ser obrigada a assumir os deveres de apoio à pessoa idosa, conciliando-os com deveres familiares e de carreira (Mckibbin, Génereaux & Séguin-Roberge, 1996).

Nesta realidade está muitas vezes envolvida a mulher como sendo uma "serial caregiving", ou cuidadora em série. Desdobra-se em prestação de cuidados sucessivos ou parcialmente justapostos a filhos, pais, sogros e marido, ao longo da sua vida. A mulher assume como uma predestinação ser o "expected career", assumindo o cuidado de forma global; isto é, suporte às actividades básicas diárias, apoio emocional, interacção com redes formais e servindo muitas vezes sustentação económica. O homem, excepcionalmente, pode de repente ver-se a braços com uma carreira inesperada no sentido de "unexpected career".

Avaliando o cuidado quanto à idade do cuidador diversos estudos apontam para uma média etária entre os 45-60 anos, sendo que quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

A família nesta vertente, como em muitas outras, desenvolve um papel fundamental pois apoia tarefas variadas sem compromisso temporal. A

coabitação com a pessoa dependente permite o socorro imediato em caso de necessidade. Nesta situação são os cônjuges que detêm esta primazia (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004). Quando o idoso é viúvo ou vive sozinho, são os familiares mais próximos que aceitam a partilha da habitação (filhos, netos ou sobrinhos).

Martin (2005), baseando-se no estudo de Matthews (1989), refere que quando uma filha está desempregada e geograficamente próxima, acaba por assumir a responsabilidade do cuidado (*slipping into it*), podendo outras filhas empregadas, desenvolver apoio em horário pós-laboral e a totalidade das tarefas. A complexidade das tarefas de apoio estão relacionadas com (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004): AVD que envolvem cuidados de higiene pessoal, vestir, alimentar, mobilidade; e AIVD que incluem transporte, compras, actividades domésticas, preparação de refeições, administração e gestão financeira, administração de medicamentos.

A presença da mulher no mundo do trabalho condiciona a disponibilidade para o desempenho do cuidado. Porém, este binómio (maior longevidade versus menor disponibilidade) poderá conduzir ao estabelecimento de medidas por parte do Estado que possam assegurar a continuidade das famílias como cuidadores informais; ou assumir-se como responsável desse cuidado, tal com é equacionado noutros países do Norte da Europa.

1.3 Impacto do cuidado no cuidador informal

A figura de cuidador está baseada no conceito de que o ser humano tem o inato direito de poder funcionar ao seu melhor nível e o cuidador deve promover a independência da pessoa a seu cargo, ao nível físico, intelectual, emocional e espiritual. Muitos cuidadores envolvem-se no cuidado pela preocupação de não recorrer à institucionalização dos seus parentes, sendo esta preocupação partilhada por idosos e familiares. O idoso entende a institucionalização como um abandono, como a família a *desfazer-se de um inútil ou um estorvo*. A família assume os cuidados, nalguns casos, para dar o exemplo aos filhos (“filho és pai serás”) ou para contornar a crítica social. A opção pelo internamento num lar de idosos é difícil (Pimentel, 2005): por um

lado, existe toda uma pressão social que condiciona negativamente essa opção; e, por outro, a consciência individual é confrontada com o dever de reciprocidade e de solidariedade. O apoio informal pode revestir-se, além do mais, de uma valorização económica importante pela componente de gratuidade que envolve, e que não será desprezível consoante a situação económica da família.

No fim da vida, a casa onde cada pessoa tem histórias de vida e cada objecto desempenha uma função familiar, podem ser os únicos bens que o idoso possui e que de alguma forma lhe dão equilíbrio e qualidade de vida. No entanto, o ambiente domiciliário como espaço de desenvolvimento de cuidado informal envolve um contexto complexo entre o idoso, o cuidador e outros agentes (nomeadamente os cuidadores formais, tais como médico e enfermeiro).

As situações de dependência nos idosos podem ser temporalmente arrastadas, e ao adicionarem-se às responsabilidades do cuidado, podem alterar as relações entre o idoso e o cuidador, e entre ambos e a restante família. Esta situação associa-se a vários factores, a que não será alheia a matriz emocional e psicológica e/ou psiquiátrica do doente. Por exemplo: a solidão e sensação de invasão do seu espaço; ocupação de espaços estranhos quando coabitando com filhos; síndromes depressivos e demências. Esta envolvência pode fazer desencadear padrões de stresse no cuidador, como resultado das horas dispendidas com o cuidado e da dificuldade em conciliar esta tarefa com horas de lazer e com a sua vida pessoal.

Alguns autores (Baumgarten, 1994; Luders & Storani, 1999) alertam para as necessidades sentidas decorrentes do acto de cuidar, por poder ser desvalorizado e poder comprometer a independência do cuidador. Este passa a viver a vida do idoso, preterindo a sua vida. Esta situação pode conduzir a distúrbios comportamentais, sobretudo quando o cuidado é desenvolvido no apoio a idosos com alterações psiquiátricas (demências). O cuidador neste contexto, pode tornar-se vulnerável, o que pode dar origem a patologia do foro cognitivo e comportamental. Estas situações conduzem com frequência a dificuldades no desempenho das tarefas quotidianas e a necessidade de ajustamento psicológico, social e laboral.

Muitas destas dificuldades advêm do facto da maioria dos cuidadores informais não possuírem formação específica que lhes permita garantir a qualidade dos cuidados que prestam. Nestas circunstâncias, o esforço suplementar que suportam torna-se excessivo. Para além disso, não estão com frequência emocionalmente preparados para o cuidado e para a deterioração sofrida pelo ente querido que têm a seu cargo. Daí que o cuidador possa viver períodos de grande ansiedade, por ter grande dificuldade em aceitar a degradação física do doente, o sentimento de impotência face à degradação e o peso das actividades diárias (Cerqueira, 2005).

Cuidar em ambiente domiciliário obriga a redistribuir ou a acumular funções. Porém quando o acto de cuidar não significa necessariamente curar, pode conduzir a sentimentos de frustração, revolta e impotência, resultantes da impossibilidade de devolver ao ente querido a sua anterior autonomia. Esta envolvimento pode desenvolver necessidades específicas que podem ser enquadradas em diversas categorias (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004): i) materiais (recursos financeiros, ajudas técnicas, utilização de serviços), ii) emocionais (suporte emocional, grupos de apoio); iii) informativas (ministrar cuidados, adaptações ambientais e arquitectónicas na envolvimento do doente, direitos, deveres). Maslow (1954) delineou estas necessidades e esquematizou-as no diagrama (figura 1).

O diagrama descreve necessidades básicas, que variam necessariamente com o indivíduo. Esta pirâmide esquematizada em patamares por Abraham Maslow hierarquiza as necessidades e define que as de nível mais baixo devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto. Cada indivíduo deve satisfazer por etapas uma hierarquia que tem por objectivo atingir a auto-realização. Maslow define assim um conjunto de cinco necessidades: i) fisiológicas como a fome, sede, sono, sexo; ii) de segurança, que vão da simples necessidade de sentir-se seguro dentro de uma casa a formas mais elaboradas como um emprego estável, vida social reconhecida; iii) sociais ou de amor e afecto; iv) de estima, que passam por duas vertentes, o reconhecimento das capacidades pessoais (auto-estima) e o reconhecimento pelos outros; v) de auto-realização, em que o indivíduo procura tornar-se

naquilo que pode ser. O topo poderá significar que: "what humans can be, they must be; they must be true to their own nature!"

Figura 1. Diagrama da hierarquia de necessidades de Maslow



Fonte: adaptada de Sørensen (2006)

Torna-se assim necessário, reconhecer que as necessidades nos indivíduos são diferentes, também quanto à sua intensidade (Cerqueira, 2005). Na relação interpessoal do cuidador com o idoso é fundamental conseguir que esta relação seja um verdadeiro encontro entre seres humanos, situação nem sempre fácil, pois é muitas vezes geradora de conflitos.

Apoiar os cuidadores neste contexto é uma tarefa fundamental. É sabido que as perturbações psicológicas podem provocar patologias. É claro que as nossas avós conheciam bem o assunto: diziam-nos que o sofrimento, a preocupação obsessiva, o mau humor e assim por diante, podiam estragar a pele e tornar-nos mais atreitos às infecções (Damásio, 1994).

Damásio (1994) demonstrou a impossibilidade de separar a racionalidade das emoções, mas também a ligação entre as emoções e o desenvolvimento de patologia orgânica. Cuidar de uma pessoa idosa pode comprometer a independência de quem cuida, pois o cuidador passa a viver em função das necessidades do idoso. Esta situação pode originar para quem cuida, o isolamento social, conflitos laborais, conflitos familiares (entre familiares próximos ou mais afastados), alterações psicológicas e comportamentais (Luders & Storani, 1999). Os cuidadores deparam-se muitas vezes com o intenso conflito resultante do binómio constituído pelo dever de cuidar e os seus problemas e ambições. Diversos estudos têm sido dirigidos no sentido da mensuração do cuidado diário, tentando operacionalizar as suas diversas vertentes e assim permitir equacionar o esforço dispendido. Ser cuidador, nestas circunstâncias pode conduzir a fragilidades, sentimentos de desencanto, angústia ou de doença; e constitui só por si um factor de risco para a saúde com potenciais consequências nefastas ao nível físico e psicológico (Kroenke, 2004). Existe um largo consenso de que cuidar de uma pessoa dependente é um processo stressante e disruptor que pode contribuir para o desenvolvimento de patologia psiquiátrica (Schulz, 1999).

2.0 Cuidador e stress

O organismo humano responde a estímulos internos e externos, produzindo mediadores neuro-hormonais que activam as células e os tecidos, coordenando respostas fisiológicas adequadas a estímulos quotidianas (McEwen, 1999). A combinação de diversos factores, tais como sentimento de perda, *stress* prolongado, cansaço e vulnerabilidade imunológica, podem aumentar o risco de morbi-mortalidade (Schulz, 1999; Chrousos, 1998). O desgaste do cuidador não afecta apenas o próprio, mas reflecte-se na pessoa a cuidar e no núcleo familiar próximo. A intensidade deste processo depende naturalmente de características intrínsecas do cuidador, tais como a auto estima e auto-eficácia, e quanto mais for o seu nível de competência e adestramento menor será a sobrecarga (Sequeira, 2002). Daí que na ausência de um de enquadramento equilibrado do processo, a saúde possa vir a ser

afectada por alterações fisiológicas, cognitivas ou imunológicas (Stroebe, 1996).

2.1. Stress: conceito e processo

Actualmente o conceito de stresse é definido como uma ameaça à homeostasia, ou seja, o equilíbrio do meio interno apesar das múltiplas agressões (Figueira, 2009). Porém, muitas vezes a palavra stresse é utilizada para referir acontecimentos biológicos, que correspondem a reacções espontâneas e a aspectos da actividade diária normal, do estilo de vida e dos comportamentos. O termo deriva do latim *stringere* e significa apertar, cerrar, comprimir. O conceito surgiu e desenvolveu-se com Hans Seyle, em 1956, relacionando-o com o desgaste provocado pelo decorrer da vida (stress of life). Serra e Ramalheira (1988) definem *stress* como a adaptação do organismo perante agressões exteriores.

Diversos autores definem *stresse* como a relação, real ou percebida, entre as solicitações ambientais e a capacidade individual de adaptação (Lazarus, 1984). Ou seja, " o stresse define uma relação de desajustamento entre o mundo e a pessoa, mais precisamente entre as exigências do mundo e as capacidades de resposta da pessoa; e provoca no organismo uma resposta global, fisiológica e psicológica" (Ramos, 2005: 29). No entanto, nem todos gerem de forma semelhante as mudanças psicológicas, ambientais e físicas a que estão sujeitos (McEwen & Seeman, 1999). Os seres humanos sobrevivem adaptando-se constantemente a mudanças ocorridas no seu quotidiano (life events).

Teoricamente o stresse tem sido caracterizado em várias vertentes: ambiental (exposição prolongada a temperaturas extremas); física ou fisiológica (doença grave); psicológica (trauma ou choque emocional); ou espiritual (incluindo o sentimento de inutilidade perante a vida). No entanto, para que o stress se torne patológico, deve incluir factores de cronicidade, intensidade, complexidade e de incontabilidade (Paterson & Neufeld, 1989; Averill, 1973). O stress contínuo e excessivo tem sido relacionado como factor

desencadeante de diversas patologias tais como ansiedade, depressão, fadiga crónica, insónia, comportamentos aditivos, alterações gastrointestinais, diabetes mellitus e imunodepressão (Elenkov & Chrousos, 1999; McEwen, 2000).

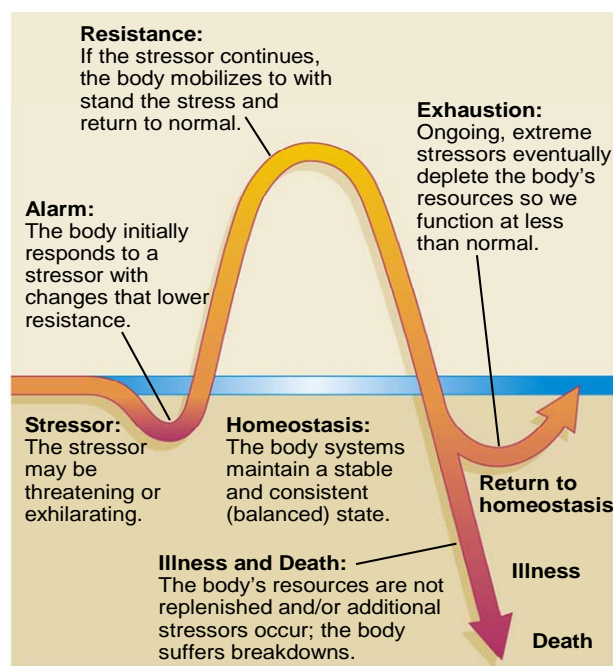
Em termos de impacto o stresse tem sido definido em três vertentes fundamentais: i) estudo das respostas do indivíduo ao nível biológico, psicológico e/ou social; ii) estudo dos factores sociais, psicológicos e/ou biológicos potencialmente indutores de stresse; iii) numa perspectiva transaccional em que o indivíduo desenvolve estratégias para lhe fazer face (Mendes, 2002).

O stresse também tem sido interpretado como resposta (quadro 3), com base na teoria de Seyle (citado por Figueiredo, 2006), segundo a qual o stresse é uma resposta fisiológica provocada por uma agressão. Esta resposta tem o seu início quando o cérebro é capaz de reconhecer um factor (positivo ou negativo) que pode gerar uma reacção fisiológica. Nesse sentido, Seyle atribuiu duas dimensões ao stresse: o distress em que o factor é de impacto negativo para o organismo, podendo provocar alterações no indivíduo; ou eustress, o impacto positivo, como optimização do funcionamento adaptativo perante situações problemática.

Seyle (1984) elaborou o modelo trifásico de explicação do stress a que denominou Síndrome Geral de Adaptação e que compreende três fases (quadro 3): 1) fase de alerta quando o organismo é mobilizado para uma situação de fuga ou de luta; 2) a fase de resistência na continuidade do agente stressor em que seria necessário canalizar uma grande quantidade de energia; 3) a fase de exaustão em que o organismo deixa de ter capacidade mobilizar os seus mecanismos adaptativos e se torna susceptível a agressões, doença ou morte. No Quadro 3 pode ser visualizada esquematicamente os mecanismos descritos para o Síndrome Geral de Adaptação ao stress.

Quadro 3. Modelo de stress de Selye

General Adaptation Syndrome (GAS)



Fonte: adaptado de Owusu (2008)

Para responder ao stress o organismo envolve três sistemas fisiológicos: o sistema nervoso, o sistema endócrino e o sistema imunitário, no sentido de regulação das funções orgânicas e da protecção do organismo (Ramos, 2005). Toda esta neuroregulação é desencadeada no hipotálamo que estimula o sistema simpático e as glândulas supra-renais que segregam as hormonas do stress (Carrageta, 2010). Neste mecanismo de "luta ou fuga", as pupilas dilatam-se, a tensão arterial e a frequência cardíaca sobem para dar mais força aos músculos, as artérias contraem-se e o sistema de coagulação é activado para estancar qualquer eventual hemorragia (Carrageta, 2010). Porém, na base está o sistema nervoso autónomo que regula as funções viscerais do organismo, sendo esta activação efectuada em centros localizados na medula espinal, tronco cerebral e hipotálamo, através de reflexos, que mais não são que respostas a sinais sensoriais provenientes de receptores nervosos periféricos (Mendes, 2002). Quando o organismo se encontra perante uma situação que considera de ameaça, este sistema é estimulado, provocando a activação do sistema nervoso simpático, que vai preparar o

organismo para um maior gasto de energia e do sistema nervoso parasimpático, que ajuda o organismo a conservar a energia. Este equilíbrio é obtido à custa da acetilcolina segregada pelas fibras pré-ganglionares do sistema simpático e pós-ganglionares do para-simpático (colinérgicas), e da noradrenalina segregada pelas terminações pós-ganglionares, (adrenérgicas) (Mendes, 2002).

Se o organismo necessita de mais energia para lidar com o aumento de actividade e este mecanismo decorre em duas etapas (McEwen, 2003). O eixo adrenomedular simpático estimula as supra-renais na libertação de norepinefrina e de epinefrina, que são libertadas na corrente sanguínea (Steptoe, 1987). A epinefrina ou adrenalina que acorre à corrente sanguínea provoca a reacção de luta/fuga ao *stress*, provocando a aceleração do pulso e do ritmo cardíaco com objectivo de: conduzir mais sangue aos músculos e órgãos, à dilatação dos pulmões para maior absorção de oxigénio, à contracção dos vasos sanguíneos da pele e libertação de fibrinogénio com objectivo de suportar uma eventual hemorragia, à libertação de ácidos gordos e de glicose para maior aporte de energia, e libertação de endorfinas para actuarem como analgésico natural (McEwen, 2003).

A noradrenalina aumenta o débito cardíaco induzindo o aumento da tensão arterial, e como consequência pode contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares quando o stress se torna crónico, nomeadamente pela vasoconstrição periférica e hipertensão arterial que provoca (Figueira, 2007). A adrenalina actuando sobre o metabolismo da glicose disponibiliza energia necessária ao organismo. "Estes mecanismos reguladores asseguram a sobrevivência (...) e a activação pode ser desencadeada a partir do interior «visceral» (um baixo nível de açúcar no sangue), do exterior (uma ameaça) ou do interior «mental» (a percepção de que está eminente uma catástrofe) (Damásio, 1994: 132).

Noutra vertente neuroendócrina está envolvido o hipotálamo, a glândula pituitária e o córtex supra-renal constituindo o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (HPA), controla a resposta neuro-endócrina do cérebro ao stress. O hipotálamo situa-se no centro do sistema enviando sinais caudalmente, para o tronco cerebral, cefalicamente para o cérebro e para a glândula da hipófise

anterior e posterior (Mendes, 2002). Esta glândula tem um contacto directo com o hipotálamo através da pituitária posterior, sendo através da sua rede vascular que os mediadores químicos são transportados das células hipotalâmicas para a glândula pituitária anterior (Greenstein, 2005). A hipófise anterior segrega: i) hormona do crescimento- somatotrofina(GH); ii)tiriotrofina- controla a função tiroideia(TSH); iii)corticotrofina- regula as supra-renais(ACTH) de entre outras (Mendes, 2002).

O hipotálamo controla a produção de ACTH (*adrenal corticotropic hormone*), pela libertação de (CRH- *corticotrophin releasing hormone*) para o córtex, como resposta a estímulos indutores de stress. Por sua vez a CRH, faz com que as células da hipófise anterior produzam e libertem ACTH (corticotrofina), que por sua vez estimula o córtex da supra-renal a libertar cortisol. (Mendes, 2002). Esta hormona é responsável pelo restabelecimento basal de todo o circuito, liberta a energia que equilibra o organismo e suprime a resposta inflamatória e imunitária (Ramos, 2005). Esta supressão inflamatória e imunitária faz com que o indivíduo fique mais vulnerável ao desenvolvimento de infecções e de patologias nesta fase (Mendes, 2002).

O hipotálamo rege um conjunto de funções involuntárias, tais como a respiração, tensão arterial, ritmo cardíaco, dilatação e contracção dos vasos sanguíneos e dos bronquíolos. São dependentes deste, o sistema nervoso simpático, que simplistamente detecta perigos potenciais para o organismo, e o sistema nervoso parassimpático que "acalma" o organismo após o perigo ter passado (McEwen, 1998). A vasopressina também libertada neste circuito, é um péptido com capacidade de potenciar a acção da hormona libertadora da corticotrofina (CRH) na libertação de ACTH (Greenstein, 2005), conduzindo a um efeito vasopressor (Figueira, 2007). Quando o organismo não tem capacidade de recuperação imediata assiste-se à depleção das catecolaminas e do cortisol podendo conduzir o circuito à fase de exaustão (Seyle, 1956). A excessiva concentração de glucocorticóides (cortisol) na corrente sanguínea por períodos de stresse prolongado conduz a patologias tais como a depressão, diabetes, hipertensão, imunossupressão e síndrome de Cushing (Ramos, 2005; McEwen, 2003).

Assim a regulação do stress envolve: SNC, o sistema endócrino e o sistema imunológico (Carrasco & Van de Kar, 2003). Estes três sistemas utilizam neurotransmissores e hormonas para regulação da hemostase. A hemostase é o processo que regula o equilíbrio interno do organismo, em funções tais como a temperatura, pH, glicemia ou a concentração do oxigénio no sangue (Schulkin, 2003), mantendo o organismo em "allostase" e restabelecendo o equilíbrio após mudanças súbitas e inesperadas (Sterling & Eyer, 1988; McEwen, 2003). De forma anatomicamente esquematizada pode ser ilustrado o mecanismo descrito, nos esquemas apresentados nas figuras seguintes (Figura 2,3 e 4).

Figura 2-Hipotálamo – Pituitária – Adrenal (HPA)

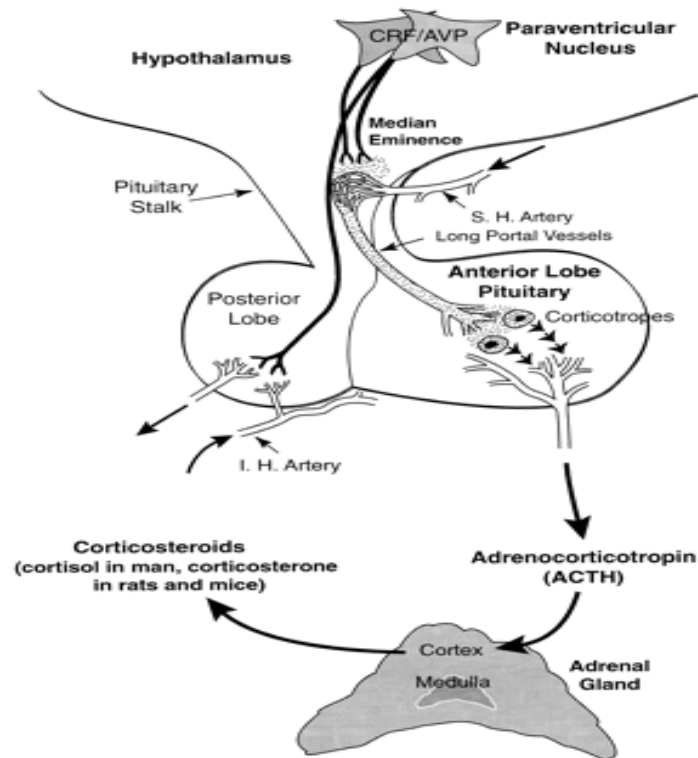


Figura adaptada de Physiol. Rev. 79: 1-71, 1999.

Este esquema representa a libertação de hormona adenocorticotrófica (ACTH).

Figura 3: Eixo Hipotálamo-pituitária-cortex adrenal, liberação de cortisol e efeitos nos órgãos alvo

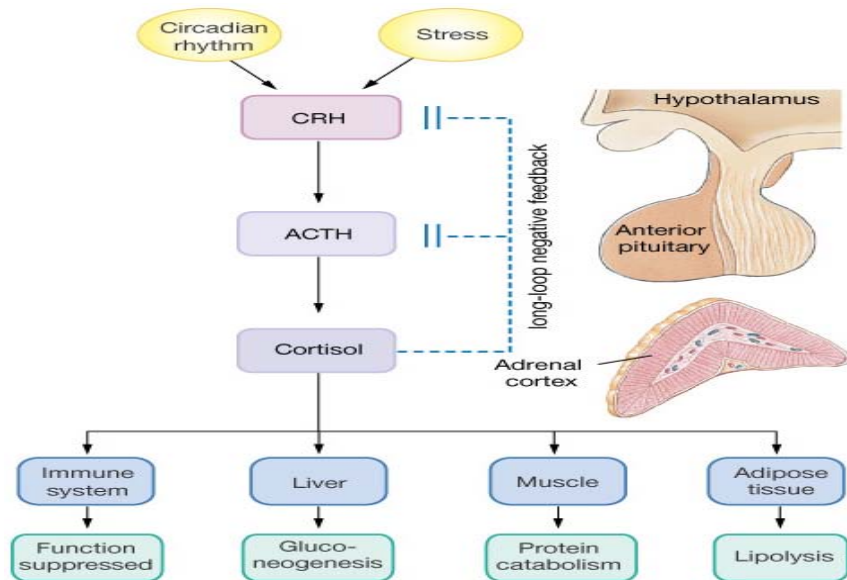


Figura adaptada de Human Physiology; Howard e Booth; 3º edition, cap. 23, 2004

Este esquema representa a liberação de hormona adenocorticotrópica (ACTH) e a sua acção nos órgãos alvo.

Figura 4. Controlo da Secrecção de glucocorticóides pelo córtex adrenal e de catecolaminas pela medula adrenal

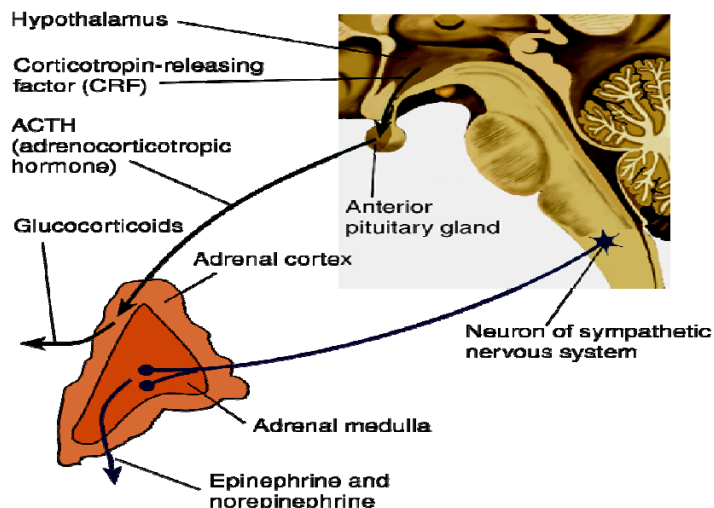


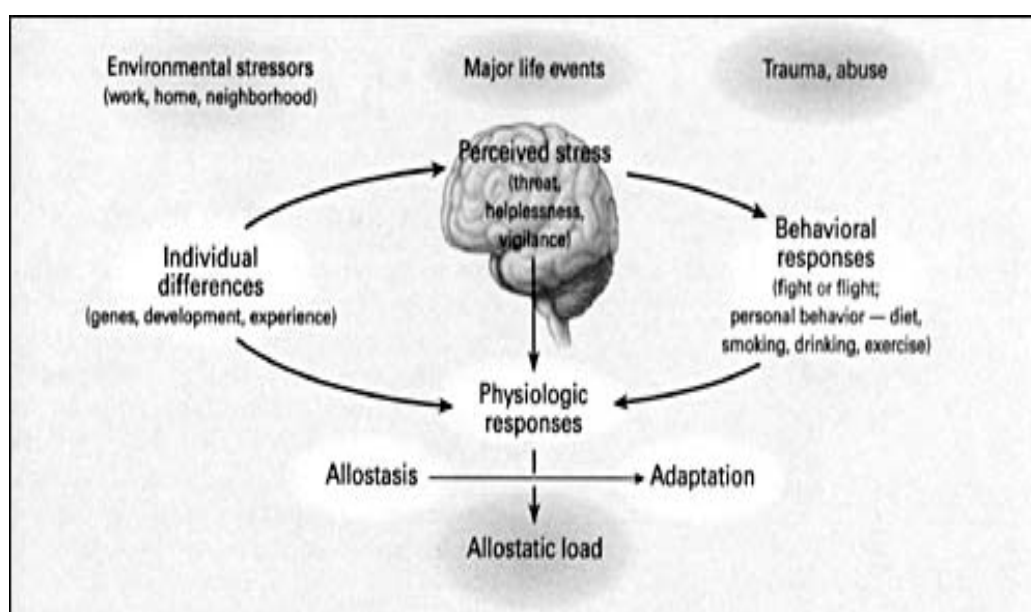
Figura retirada de www.uta.edu/biology(30-01-2010)

Estas hormonas estimulam a actividade periférica, o que pode conduzir a ineficiente controlo das respostas fisiológicas (McEwen, 2000). Perante acontecimentos inesperados o organismo desenvolve respostas adaptativas. O cérebro activa o sistema nervoso autónomo, que regula duas hormonas, o cortisol produzido no córtex e a adrenalina produzida na medula (McEwen, 1998).

Este conjunto de mecanismos envolvendo activação neural, neuro-endócrina e imunológica foi denominada por Sterling and Eyer (1988) de "*allostasis*", o que significa a estabilidade através da mudança. Quando este sistema adaptativo não é solicitado com frequência o organismo consegue reagir à mudança sem consequências. Em 2003, McEwen, considera que se o cortisol continuar a ser produzido após o estímulo inicial, transforma a alostase em carga alostática e pode causar dano ao organismo. Esta situação surge como consequência de adaptações prolongadas ao stresse. Este conceito definido em 1993 por McEwen and Stellar é conhecido de "*allostatic load*" ou seja o "*wear-and-tear*" correspondendo a repetidas agressões e ineficiente controlo psicológico das respostas (Chrousos & Gold, 1998; McEwen, 2000).

Existem factores epidemiológicos envolvidos na génese do *stress*, de que se destacam os factores ambientais e individuais, condicionando a percepção dos estímulos externos a que podem corresponder reacções fisiológicas de adaptação (allostasis) ou de ruptura (allostatic load). A importância dada ao stress é cada vez maior por se perceber que o seu envolvimento com doenças como a hipertensão arterial, úlcera péptica, enfarte de miocárdio. (Figueira, 2009). No esquema da figura 5 pode ser ilustrado o processo descrito.

Figura 5. Mecanismo de resposta desenvolvimento ao stress (allostatic load)



Fonte: Bruce McEwen et al. 1999

[www.macses.ucsf.edu/.../Allostatic/.../allostatic\(02-02-2010\)](http://www.macses.ucsf.edu/.../Allostatic/.../allostatic(02-02-2010))

Numa segunda via, o stress contínuo pode conduzir a comportamentos disruptivos de carácter alimentar (privação ou excesso na ingestão de alimentos), abuso de drogas, desinteresse pessoal ou comportamentos aditivos. Estes processos podem conduzir a doença cardíaca (Kannel, 1993), alterações metabólicas e a diabetes mellitus (Vitalino, 1996); défice imunológico (Navaie-Waliser, 2002); problemas psicológicos e psiquiátricos,

tais como depressão, insónia, comportamentos antagónicos (agressividade ou apatia) (Baumgarten, 1994); cancro da mama (Kroenke, 2004) ou hipertensão arterial. Pelo exposto se infere que o stresse pode apresentar uma ampla capacidade de incidir em diversos órgãos e sistemas do organismo. A figura 6 pretende ilustrar alguns desses impactos.

Figura 6. Efeitos do stress no organismo humano

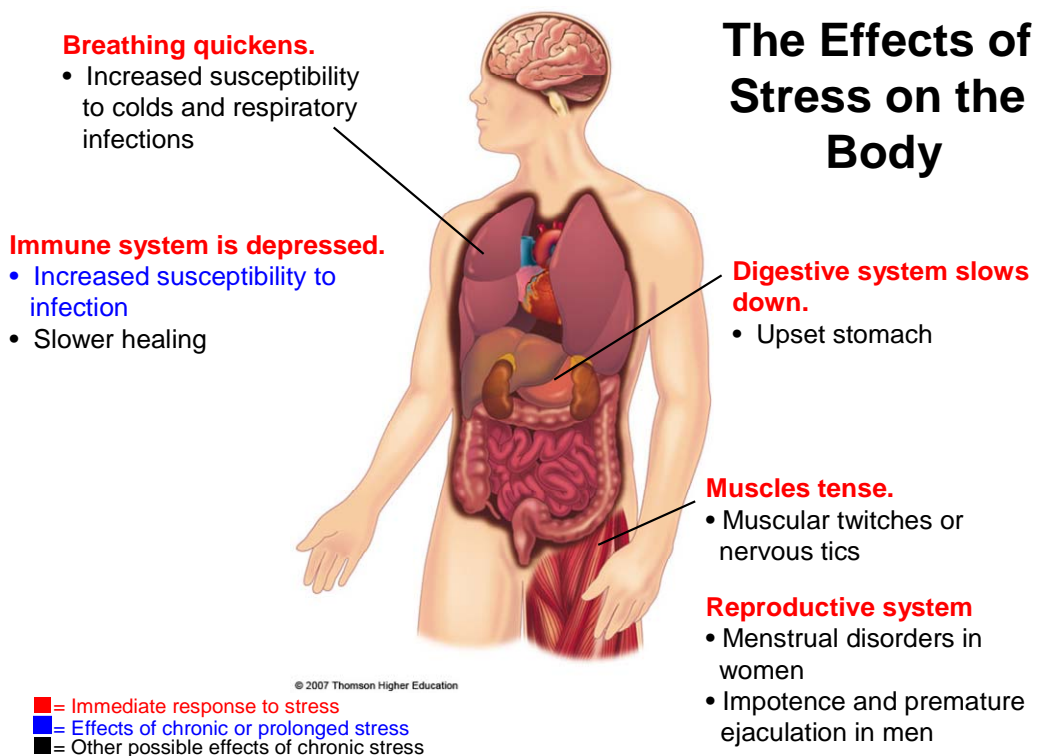


Figura adaptada de Owusu,A.,2008

A resposta disruptora ao stresse pode conduzir à depressão do sistema imunológico, à maior vulnerabilidade a infecções, úlceras gastroduodenais, hipertensão arterial, enfarte de miocárdio e alterações psicológicas tais como: apatia, indiferença, lapsos de memória, crises de ansiedade, redução da libido (Figueira, 2009). Para Link (1998), o stresse pode ter percebido a quatro níveis: *cognitivo* (dificuldades de concentração, distúrbios de memória, pensamentos descoordenados, memória em branco), *emocionais* (medo,

pânico, raiva, irritabilidade, insegurança), *vegetativos* (boca seca, taquicardia, taquipneia, lágrimas/choro) e *musculares* (tremores, ombros tensos, ranger de dentes, tamborilar os dedos).

Outras perspectivas avaliam e relacionam os acontecimentos da vida como sendo factores indutores de stresse no ser humano. A vida confronta-nos com acontecimentos que perturbam o funcionamento normal da rotina quotidiana. E os factores indutores de stress quotidiano, tanto podem ser tragédias pessoais ou próximas que fazem de repente “cair o mundo em cima” ou episódios profissionais e/ou familiares com significado pontual. Estes factores ou stressores quotidianos são microstressores crónicos, que ao contrário dos acontecimentos da vida, pautam-se pela ausência de mudança, sendo exemplo os problemas financeiros e de saúde. Pelo contrário, os problemas de saúde próprios ou de terceiros são um poderoso stressor crónico (Ramos, 2005). A falta ou falha na realização das expectativas da vida fazem surgir outro tipo de stressores crónicos relacionados com situações de não concretização. Constituem os não-eventos que funcionam como stressores crónicos por desmotivação e desalento.

Porém, no processo de envelhecimento e/ou do cuidado pode revelar um condensado de stressores, experimentados ao longo da vida e durante a qual o indivíduo, combate ou foge (*fight or fly*) às situações difíceis do quotidiano. Seyle (1978) assenta a teoria de stress nesta condição da homeostase, enquadrando no modelo neuroendócrino e biomédico. Assim, saúde/doença seria o resultado de diversas agressões a que o indivíduo estaria exposto ao longo da vida, quer fossem de natureza social, ambiental ou de estilos de vida desadequados. O resultado destas agressões poderia conduzir à ruptura do equilíbrio homeostático.

Em 1987, Antonovsky desenvolve o modelo salutogénico, em oposição ao modelo patogénico, pretendendo demonstrar que os conceitos saúde/doença não devem ser avaliados de forma dicotómica, mas enquadrados em vertentes complementares e com limites de funcionalidade ou de disfuncionalidade. Enquanto o modelo homeostático da saúde possui as vertentes do paradigma patogénico (determinantes que conduzem a estados patológicos), no modelo salutogénico, saúde/doença são integrados numa sequência disfuncionalidade

/funcionalidade máxima, progredindo ou regredindo em relação aos extremos (Antonovsky, 1987). Assim a saúde centrar-se-ia numa vertente entrópica, resultado de uma gestão estratégica de cada indivíduo sobre a sua vida, no sentido da negantropia ou seja diminuição da desordem, neste caso da doença. Antonovsky (1987) faz evoluir o modelo biomédico da homeostase para o modelo da heterostase e senelescência, dando relevo às condições genéticas e hereditárias, não esquecendo as adquiridas ao longo da vida, de que se destacam as comportamentais, como susceptíveis de conduzir a perturbações de saúde. Passar-se-ia assim de um modelo imunológico/microbiológico para um modelo patogénico e comportamental, explicativo porém das causas de doença ou de morte (Matarazo, 1984).

Em 1997, a OMS define o conceito de coerência interno, onde a vida fosse vivida de forma compreensível, enquadrável e com sentido sendo geradora de saúde e de equilíbrio para o indivíduo. A saúde seria um estágio em que o indivíduo estaria consciente de que a vida faz sentido emocionalmente, e que cada um possui os recursos adequados para a orientar (psicológicos, físicos, emocionais, sociais e materiais) e com eles conseguisse ultrapassar os desafios do quotidiano.

Contudo, os acontecimentos da vida (normativos ou não), esperados (reforma) ou inesperados (acidentes), contínuos (solidão), interiores (hábito de dormir pouco ou muito) ou exteriores (mudança de casa), para poderem ser encarados como “normais” devem estar alicerçados em estratégias pessoais capazes de enfrentar as dificuldades. Holmes-Rahe (1967) considera que podem existir vários tipos de estratégia e de resposta: i) tipo comportamental ou seja a fuga ou a resignação indiferente; ii) tipo emocional ou afectiva essencialmente interna; iii) ou tipo cognitivo a partir das percepções intra-psíquicas. O sucesso, segundo este autor, depende da capacidade de cada indivíduo saber mobilizar cada um destes tipos de resposta em seu favor.

2.2. O Stresse do Cuidador informal

Lage (2005) considera cuidado informal a prestação de cuidados a pessoas dependentes e que é efectuado pela família, amigos, vizinhos ou outros grupos de pessoas sem retribuição económica. Nesta função e no que respeita ao cuidador importa encontrar o equilíbrio possível entre: obrigação de cuidar e a necessidade de viver a própria vida; necessidade de apoiar um parente dependente e manter a estabilidade pessoal. O acto de cuidar pode ser vivido pelo cuidador como um factor de sobrecarga (negativa) ou pode ser encarado como um elemento de satisfação pessoal e assim constituir um factor positivo. Estes reforços positivos do acto de cuidar, podem traduzir-se na satisfação pela realização dessa tarefa e por sentimentos de contentamento. Cuidar não é necessariamente uma experiência penosa ou stressante. Sendo frequentemente encarado como uma obrigação e um dever, pode gerar sentimentos de gratidão, de experiência de vida e de cumplicidade com a pessoa idosa. Sommerhalder (2002) considera que estes aspectos podem ser positivos no sentido do crescimento pessoal e relacionamento interpessoal, mas também nos sentimentos de orgulho decorrentes da realização das tarefas, no enfrentar os desafios, prazer obtido pelo sentimento de satisfação do dever cumprido. Claro que, subjacente a este processo poderão existir competências pessoais capacitadoras da gestão das emoções pelas quais se evitam ou contornam os problemas através de estratégias pessoais.

O Modelo de Dois Factores (*Two Factors Model*, Lawton, 1991), pretende estudar o impacto deste cuidado pela possibilidade de avaliação da dicotomia (positiva/negativa) do impacto do cuidado. Importa pois avaliar o risco, como probabilidade de ocorrência de um evento nefasto, associada ao cuidador e decorrente do acto de cuidar. Este modelo conceptualizado de forma multidimensional avalia o impacto sob a forma da percepção da sobrecarga e sob a forma de benefício, sentidos pelo cuidador decorrente do acto de cuidar. Como objectivo associado pretende-se a valorização das capacidades intelectuais e das competências sociais e emocionais, como estratégias de adaptação e de enfrentamento das experiências quotidianas mais difíceis.

2.2.1 Inteligência emocional (emoção, razão e cérebro)

A teoria da inteligência emocional adquiriu popularidade com Goleman (2003), dando relevo à capacidade adaptativa individual no processamento das emoções e associando a assertividade e o controlo de impulsos na gestão das experiências quotidianas e a sua influência sobre o sucesso na solução dos problemas da vida diária. Ryff (1989) considera que esta capacidade de bem-estar subjectivo é uma competência do *self*. Sendo que *self* para Damásio (1994: 234) “é um estado biológico constantemente reconstituído; não é um infame homúnculo dentro do cérebro que contempla o que se passa”.

Ryff (1989), seguindo o conceito de eudaimonia de Aristóteles, considera que esta competência de bem-estar subjectivo não surge como uma motivação central na busca do prazer, mas desenvolve-se tentando atingir a excelência pessoal. Assim, este autor delineou um modelo de seis dimensões integrando: i) autonomia, a capacidade de realizar auto-avaliações baseada em critérios pessoais e aptidão para seguir objectivos; ii) propósito de vida, possuir objectivos de vida com metas determinadas, integrando o passado e o presente; iii) domínio do ambiente com capacidade para integrar desafios pessoais, profissionais e familiares; iv) crescimento pessoal no sentido de abertura a novas experiências, maximizando as potencialidades; v) auto-aceitação das limitações pessoais e dos outros; vi) capacidade de estabelecer relações positivas, tais como a confiança, afectividade e assertividade. No processo complexo de cuidar cada indivíduo desenvolve estratégias de enfrentamento pessoais, tentando equilibrar o desempenho, ajustando o esforço no apoio à pessoa idosa e equacionando as suas necessidades.

2.2.2 Empowerment (empoderamento)

O termo *empowerment* pode ser encarado como um conceito único ou como um conjunto de conceitos que podem ser analisados em separado (Gaventa, 1980): em-power-ment. O prefixo *em* pode significar o reforço do adjectivo que se segue (integrar ou ir no sentido de); *power* ou poder é uma variável contextual, que pode significar a capacidade de alguns se fazerem seguir por

outros; o sufixo *ment*, que em inglês, significa acção. Os três conceitos reunidos num termo podem conduzir à definição do Cornell Empowerment Group (1989), que considera empowerment um processo dinâmico e intencional, centrado na comunidade, envolvendo respeito mútuo e reflexão crítica. Ou seja, alguém com capacidade de liderança e com assertividade, que consegue mobilizar vontades de outros ou a própria comunidade na mudança de comportamentos, tendentes a atingir objectivos comuns. Porém o conceito de *empowerment* aplica-se a metodologias de adaptação e de reestruturação permanente, de modo a poderem ser obtidos ganhos em saúde. Daí que possa ser encarado como um determinante em saúde, pela capacidade de desenvolvimento de competências individuais tendentes à mudança nomeadamente na adopção de comportamentos saudáveis (Glanz, 1990). Podendo ter uma abordagem individual se aplicada ao indivíduo (por exemplo, o cuidador), assenta em valores de natureza psicológica, fisiológica, sociocultural e espiritual que conduzem ao desenvolvimento de determinantes em saúde (Zimmerman, 2000).

Empowerment tem sido considerado um conceito dinâmico que utiliza mecanismos proactivos entre a família, cuidadores e doentes no sentido de obter ganhos em saúde e proporcionar melhor qualidade de vida aos doentes crónicos (OMS, 2006). Neste pressuposto recupera-se o modelo holístico da saúde no sentido global veiculado pela Carta de Otawa e envolvendo a promoção da saúde e a prevenção da doença, capacitando cada indivíduo na escolha e na mudança de comportamentos e estilos de vida (Ziglio, 1997).

O indivíduo neste contexto não se comporta como mero espectador, mas actua como um agente dinâmico na interacção e ajustamento ao meio social sendo o resultado, simultaneamente, causa e consequência da energia aplicada. Numa perspectiva de ganhos em saúde para o idoso e de redução do stresse do cuidador, o processo de *empowerment* funciona como ferramenta de motivação individual e de envolvimento comunitário, revestindo-se de grande importância na ligação entre os cuidadores informais e outros parceiros (formais ou sociais).

Este processo não é necessariamente simples e de carácter puramente intrapessoal. A sua base individual poderá estar alicerçada num conjunto de

crenças e de valores, que podem orientar e dimensionar a motivação individual do cuidador. A envolvimento na dinâmica de interacção com outros agentes (família, instituições, comunidade) exige um conjunto de estratégias ou de processos, envolvendo mecanismos de motivação e participação no acto multidimensional de cuidar, tendentes a atingir resultados. Este conceito incorpora também a interacção entre a pessoa e o seu ambiente.

Numa abordagem comunitária tem por objectivo primordial influenciar os determinantes na promoção da saúde e na prevenção da doença, de que se apontam os factores socioeconómicos, culturais e de estilos de vida. Esta vertente encerra a essência das reflexões Cornell Empowerment Group (1989), alicerçadas em estratégias baseadas na inter-ajuda de comunidades que podem ser encaradas como estratégias de promoção da inclusão.

Segundo Zimmerman (2000), a operacionalidade do conceito envolve competências e comportamentos pró-activos individuais, organizacionais e comunitários. Ao ser aplicado numa perspectiva de ganhos em saúde para o cidadão dependente, o seu cuidador ou prestador informal de cuidados deve dispor do apoio de serviços da comunidade, tais como cuidados continuados ou apoio domiciliário. Nesta perspectiva a comunidade deverá ainda ser capaz de capacitar o prestador informal no desenvolvimento das suas aptidões e de apoiar a sua valorização pessoal e o seu suporte emocional (Mckibbin, Génereux & Séguin-Roberge, 1996).

2. 3. *Coping* e cuidador informal

O *coping* é uma estratégia de adaptação ao stress. Entre as diversas estratégias de que o organismo dispõe para lidar com o stress apontam-se: i) confrontar o problema; ii) contornar as emoções; iii) evitar, minimizar ou distanciar do problema; iv) atenção selectiva; v) busca de apoios sociais. Todas estas acções visam diminuir o sofrimento emocional e cada pessoa lida com o problema de forma diferente (Ramos, 2005).

Para responder ao stress o organismo envolve três sistemas fisiológicos: o sistema nervoso, o sistema endócrino e o sistema imunitário, no sentido de regulação das funções orgânicas e da protecção do organismo (Ramos, 2005).

Toda esta neuroregulação é desencadeada no hipotálamo que estimula o sistema simpático e as glândulas supra-renais que segregam as hormonas do stress (Carrageta, 2010). Daí que Rosenman (1966) tenha estabelecido a relação do stress com determinados tipos de personalidade. As personalidades de cariz competitivo, hostis e impacientes (denominadas de tipo A), parecem ser aquelas que apresentem maior prevalência de patologias relacionadas com o stress de que se destaca o enfarte de miocárdio. A par deste componente biológico existem outros de igual importância, nomeadamente o componente cognitivo.

A capacidade de lidar com o fenómeno traduz-se no nível de bem-estar obtido (Lazarus & Folkman, 1984). Neste mecanismo parecem estar envolvidas diversas competências pessoais tais como a aprendizagem, a cultura e o nível socioeconómico. A capacidade de aprendizagem obtida pela vivência social e educação parece ter influência na forma como cada indivíduo reage a situações de stress quotidiano, como as integra e como as resolve. A cultura e a sociedade têm um papel importante no enfrentar e encaminhar fenómenos stressantes, pois cada ambiente cultural os encara diferenciadamente (Colby, 1987).

As transacções entre cognição e aprendizagem e os mecanismos biológicos e fisiológicos desempenham papéis no paradigma teórico da relação entre desencadear de stress e estratégias de *coping*. Quando as estratégias de *coping* se tornam ineficazes o resultado pode conduzir ao enfraquecimento dos comportamentos adaptativos e à incapacidade do indivíduo resolver os seus problemas.

2.4. Avaliação nutricional de idoso e de cuidador

É fácil diagnosticar a grande desnutrição, ou a grande sobrecarga ponderal, mas torna-se difícil identificar a subnutrição, quando se instala de forma progressiva e insidiosa, como resultado das pequenas carências quotidianas, levando à degradação física e mental (Saldanha, 1991). Nenhum organismo sobrevive sem energia, daí que a alimentação seja o combustível fundamental para cumprir este objectivo seja qual for a idade. A quantidade de energia que

o Homem necessita para se manter vivo tem sido até aos nossos dias impossível de avaliar com precisão, pois varia com a idade, raça, sexo e exercício físico (Saldanha, 1999).

O estado nutricional do idoso é o resultado de vários factores. Não será alheio o percurso do organismo ao longo da vida, em termos nutricionais, envelhecimento (fisiológico ou patológico), alterações metabólicas, patologia aguda e crónica, funcionalidade, polimedicação e situação socioeconómica. Daí que a dieta desta fase da vida deva ser equilibrada e deva manter uma ingestão calórica e proteica suficiente, pois a redução pode conduzir à desnutrição calórico-proteica e conseqüente perda de massa muscular.

Sendo nutrição um conceito a que está implícita a noção de uma alimentação saudável, consequência de uma dieta equilibrada, o conceito de malnutrição envolve um processos patológicos de grande complexidade. Com o passar dos anos é natural assistir-se à deterioração das capacidades funcionais nos idosos. Porém é a inadequada alimentação na velhice que pode influenciar de forma evidente o agravamento da morbilidade, da mortalidade e, sobretudo, da qualidade de vida. Daí que se deva ter em consideração os factores ambientais, nomeadamente os relacionados com o meio social e psico-afectivo, as deficiências imunitárias e o abuso de fármacos (Saldanha, 1991). A maioria das interacções com fármacos parece envolver o processo de absorção, em virtude da superfície intestinal estar reduzida, o pH gástrico aumentado e a motilidade intestinal diminuída (Saldanha, 2009). Nas pessoas idosas é frequente instalarem-se processos de malnutrição de etiologia variada e muitas vezes insidiosa. A etiologia mais frequente relaciona-se de forma multifactorial com alterações fisiológicas, psicológicas, sociais e económicas, a que se associam situações de pluripatologia.

A OMS (1995) aponta diversos factores que contribuem para uma má alimentação nos idosos e carências nutricionais. Destacam-se: i) causas sociais (solidão, isolamento, viuvez); ii) económicas (carência de recursos ou de suporte social); e iii) neuropsicológicas (síndromes depressivos, demências, anorexia). Assim, a identificação precoce de um desvio nutricional é muito importante, pois pode conduzir ao estabelecimento de medidas correctoras a nível alimentar tendentes a obter uma melhor qualidade de vida. Por seu

turno, a malnutrição associada a politatologia, imobilização ou diminuição de movimentos, vão permitir o aparecimento de úlceras de pressão, que são favorecidas e mantidas pela má nutrição (Rebelo, 2007).

Parte II
Estudo Empírico

Capitulo III – Objectivos e metodologia de investigação

1.0 Introdução

Neste capítulo apresentam-se as características que definem o modo como foi desenhado o estudo empírico, o seu enquadramento e os objectivos que norteiam a investigação. É efectuada a descrição da metodologia utilizada na selecção da amostra e na recolha de dados, dando enfoque à caracterização dos instrumentos utilizados. A caracterização da amostra é apresentada com as suas características essenciais quer em termos de recolha dos dados, quer dos factores de inclusão e exclusão. Também se procede à apresentação da metodologia de análise dos dados da amostra.

1.1 Enquadramento e objectivos da pesquisa

1.2 Do problema à investigação

O século XX, sob ponto de vista demográfico, foi um século em que o Homem aprendeu a controlar o seu destino. Depois de ter conseguido dominar a morte, atirando-a para idades mais avançadas, acabou por dominar a vida escolhendo o número de filhos segundo os seus desejos (Nazareth, 2007). Esta realidade traduziu-se demograficamente na inversão da pirâmide etária, pois o declínio da mortalidade e o baixo nível de fecundidade conduziu à sua alteração gráfica. Em consequência, a sociedade actual foi compelida a adoptar procedimentos tendentes à integração de um cada vez maior número de pessoas idosas.

Numa sociedade globalizada, onde cada vez mais os espaços de relacionamento humano se desenvolvem numa dimensão em que o ser individual se dilui nas decisões e nas opções tendencialmente generalizantes e despersonalizadas, torna-se imperativo reflectir sobre o espaço que as solidariedades primárias e informais ocupam nas necessidades de apoio aos idosos (Pimentel, 2005).

O fenómeno é também um problema de saúde. Os progressos da ciência têm permitido usufruir de uma longevidade impensável há décadas. Mas existe uma correlação positiva entre a idade e a doença, isto é o aumento dos anos

associa-se ao aumento o número de doenças, pressionando os serviços de saúde (Simões, 2006).

De facto o Homem ocupa uma posição invejável relativamente às outras espécies. Segundo Nazareth (2007) o Homem é um ser ubiqüitário, pois pode habitar qualquer região do Planeta e ser uma espécie heterotrófica, com capacidade de comunicar e conseguir construir ambientes de grande complexidade, e daí, poder sobreviver durante mais tempo. Uma das consequências mais evidentes no processo de envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo a factores de stresse internos e externos, podendo levar a uma limitação progressiva das capacidades do indivíduo para satisfazer as suas necessidades (Figueiredo, 2006).

A família continua a ser, tal como foi ao longo dos séculos, o pilar fundamental da sociedade. Noutros tempos nela assentava a unidade económica de produção em que os ofícios passavam de pais para filhos e cada membro desempenhava uma função de acordo com a idade e a sua aptidão. Na sociedade contemporânea, devido à expansão de trabalho assalariado, a actividade económica torna-se exterior à família (Imaginário, 2004). E a família como unidade fundamental da sociedade não consegue permanecer imune a todas as alterações sofridas no ambiente em que se insere, sendo a sua dinâmica actual uma consequência dessa realidade.

Sendo inicialmente um fenómeno biológico de conservação e produção, a família é actualmente um fenómeno social (Imaginário, 2004), e desempenha ainda um papel importantíssimo no apoio instrumental ao idoso. O cuidado a idosos dependentes na família poder vir a causar aos cuidadores, problemas de stresse, saúde física e mental, pelo conflito emotivo causado pela sobrecarga de olhar para um idoso dependente, pelo qual se sente um afecto profundo ou obrigação (Paúl, 1997).

Cuidar pode ser encarado de forma muito simples como o prestar assistência a alguém com necessidade. Na nossa sociedade a tarefa de cuidar recai, tradicionalmente sobre o elemento feminino mais próximo (Sousa et al., 2004). O cuidador mais frequente é o cônjuge e obviamente a idade dos cuidadores é influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, isto é quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador

(Sousa et al., 2004). Uma consequência destas circunstâncias é a existência de cuidadores tão idosos como os receptores de cuidados, com necessidades específicas de apoio, a que se juntam situações de sobrecarga, falta de conhecimentos sobre as técnicas de cuidar, dos recursos da comunidade e o lidar com o stress (Paúl, 1997).

A questão central que orienta esta pesquisa relaciona-se com a sobrecarga do cuidador na vertente da prestação de cuidados a um idoso dependente. Esta temática agrupa um conjunto de problemas subjacentes, conduzindo à formulação de hipóteses de trabalho traduzidas em objectivos do estudo.

1.3 Objectivos do estudo

Este estudo tem como objectivo geral a caracterização das pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos, dispendo de apoio domiciliário por profissionais do Centro de Saúde de Aveiro e seus cuidadores. De entre a população inscrita no Centro de Saúde de Aveiro o grupo com idade igual ou superior a 75 anos, correspondente à faixa dos idosos e grandes idosos e tem uma magnitude de 6000 utentes. Daí que a preocupação com estes utentes e seus cuidadores, muitas vezes também idosos, seja uma prioridade.

Como objectivo deste estudo, pretende-se colher e sistematizar informação, que seja útil aos serviços na tomada de decisão sobre estes cuidados, no sentido de que os programas e projectos a implementar sejam mais específicos e sustentados.

Neste contexto se insere a ponderação sobre a necessidade do desenvolvimento de unidades de cuidados continuados integrados ou outros que, na região respondam às necessidades existentes para a população de idosos e outras na vertente complementar de apoio aos seus cuidadores.

Os objectivos específicos são:

- a) Caracterizar as pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos apoiadas no domicílio por profissionais do Centro de Saúde de Aveiro numa perspectiva de avaliação multidimensional, que incluem: características sócio-demográficas, morbidade por aparelho (cardiovascular, genito-urinário, digestivo, nervoso, respiratório,

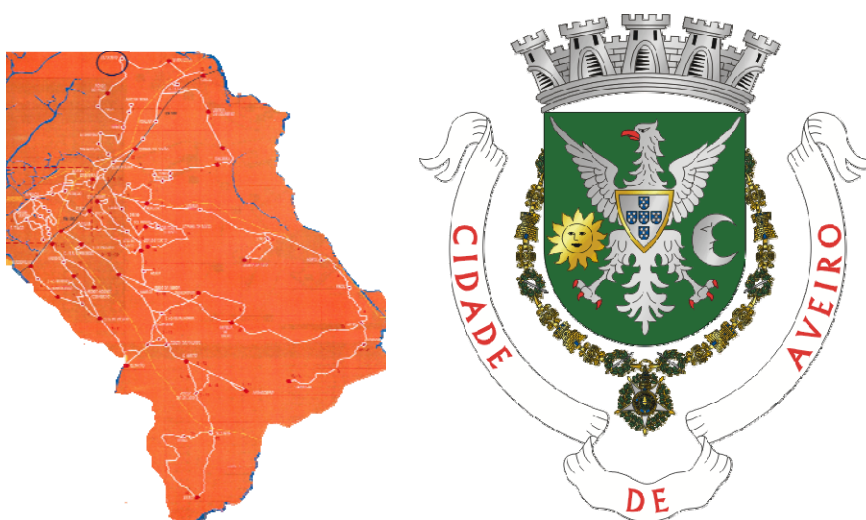
músculo-esquelético), estado nutricional, estado funcional, estado cognitivo, depressão e satisfação com a vida.

- b) Caracterizar o cuidador informal principal destes idosos numa perspectiva de avaliação multidimensional, incluindo: características sócio-demográficas, morbilidade por aparelho (cardiovascular, genito-urinário, digestivo, nervoso, respiratório, músculo-esquelético), estado nutricional, estado funcional, satisfação com a vida e sobrecarga.
- c) Analisar as necessidades sentidas e reais, das duas amostras atendendo aos resultados encontrados.

1.4 O concelho de Aveiro: envelhecimento demográfico

O Concelho de Aveiro situa-se numa região denominada de Baixo Vouga pertencente ao Distrito de Aveiro. Pelo Censo de 2001 tem uma população residente de 73335 habitantes, distribuídos por 14 freguesias (Aradas, Cacia, Eirol, Eixo, Esgueira, Glória, Nariz, Nossa Senhora de Fátima, Oliveirinha, Requeixo, Santa Joana, São Bernardo, São Jacinto e Vera Cruz (figura 7).

Figura 7. Mapa e Brasão da cidade de Aveiro



Nesta realidade insere-se o Centro de Saúde de Aveiro, integrando a filosofia de prestação de cuidados de saúde no âmbito dos Cuidados Primários. O Centro de Saúde de Aveiro *"é uma unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade. O Centro de Saúde deve privilegiar de modo especial, a personalização da relação entre os profissionais de saúde e os utentes"* [Despacho Normativo nº 97/83 de 22 de Abril].

Sendo que, de acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978):

"Os Cuidados de Saúde Primários são cuidados essenciais fundados em métodos e técnicas práticas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a todos os indivíduos e famílias da comunidade com a sua participação e a um custo que a comunidade possa assumir em espírito de auto-responsabilidade e de auto-determinação.

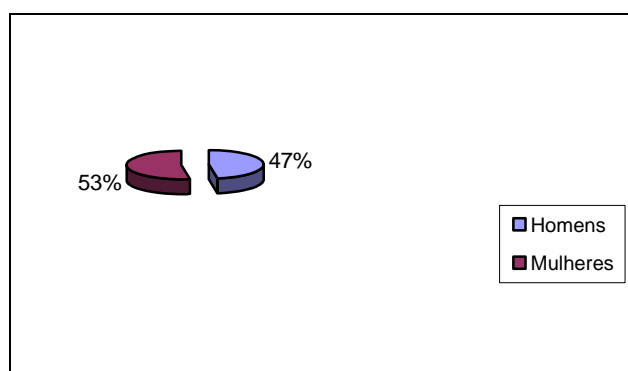
Os cuidados de saúde primários fazem parte integrante tanto do sistema de saúde nacional do qual são a peça chave e núcleo principal, como do desenvolvimento económico e social do conjunto da comunidade.

São o primeiro ponto de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde nacional e constituem o primeiro elemento de um processo de protecção sanitária que deve aproximar o mais possível os cuidados de saúde dos locais onde as pessoas vivem e trabalham".

Sendo o primeiro ponto de contacto entre os indivíduos, a comunidade e o Serviço Nacional de Saúde, o Centro de Saúde tem um número de inscrições nos seus ficheiros clínicos superior ao número de recenseados do Concelho. Pelo Censo de 2001, o Concelho tinha 73335 residentes recenseados. Em Janeiro de 2007, o número de inscrições com médico de família atribuído correspondiam a 79595 utentes, sendo o total de inscrições superiores a

100.000 (por exemplo, contactos esporádicos). A este total correspondem 47,97% de homens e 52,03% de mulheres (quadro 4).

Quadro 4. Relação entre sexos dos utentes inscritos Centro de Saúde de Aveiro



Efectuando uma análise mais aprofundada destes dados através da distribuição da população inscrita em ficheiro por idades, representação denominada de pirâmide etária, podem obter-se indicadores importantes e que completam a análise anterior.

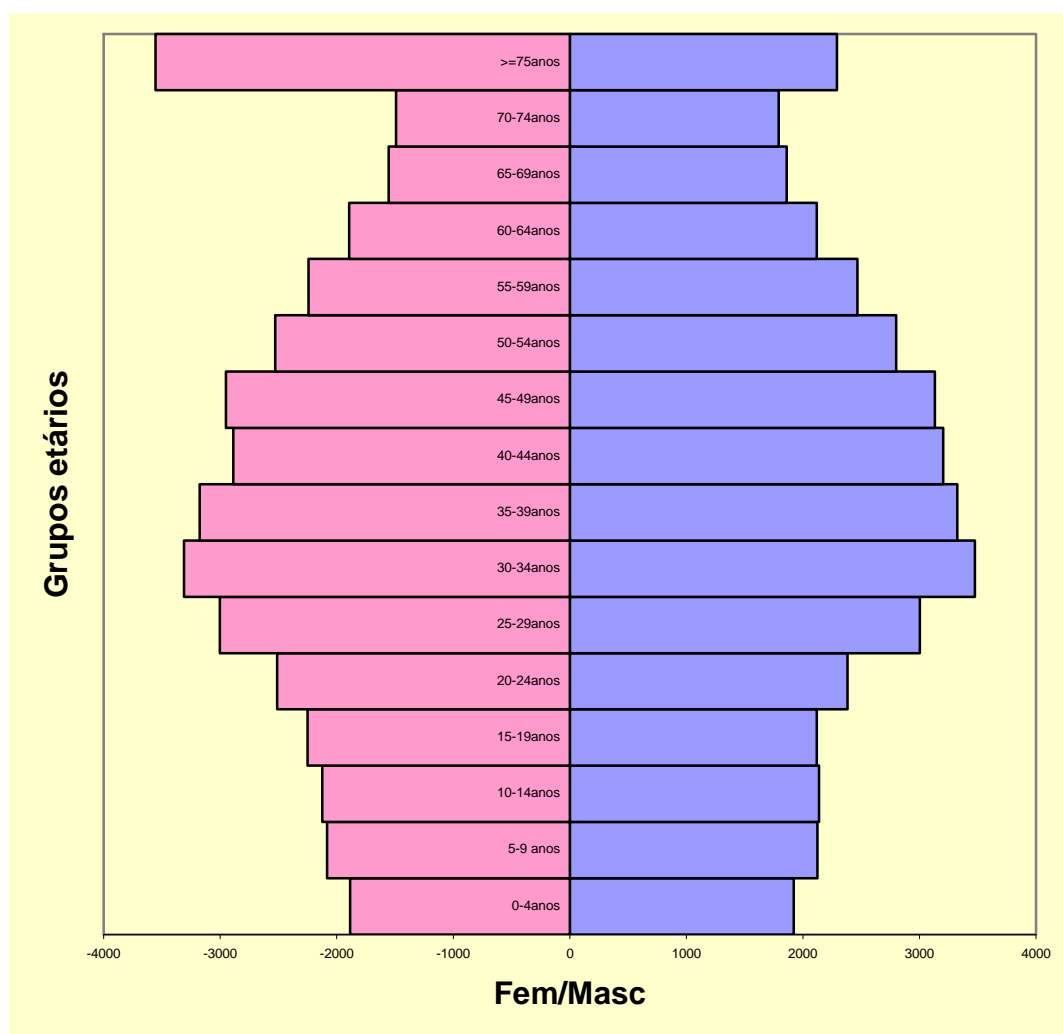
Assim no eixo das ordenadas distribuem-se os efectivos por idades (idades agrupadas por escalão etário, com intervalo de classe de 5 unidades, por exemplo, 0-4 anos, 4-9 anos, até à última classe aberta que corresponde ao somatório das idades iguais ou superiores a 75 anos). No eixo das abcissas encontram-se os efectivos de cada classe, isto é, representam em números, o total de inscritos para cada agrupamento de idades, estando o eixo dividido igualmente por sexos. O sexo feminino ocupa uma hemi-pirâmide e sexo masculino a hemi-pirâmide complementar (figura 8 e Quadro 5). De uma forma geral, pode ser observado de forma dinâmica através destas representações, como se comportaram os indivíduos inscritos, relativamente às saídas (óbitos, transferências de ficheiro) e entradas (nascimentos e novas inscrições).

Em cada ano, uma classe de indivíduos, representada por rectângulos horizontais, "salta" para o degrau superior desta escala. Assim, o último rectângulo perde sempre alguns efectivos, por morte/transferência, e o

primeiro degrau deveria “recrescer” todos os anos com o número de nascimentos que naturalmente ocorrem.

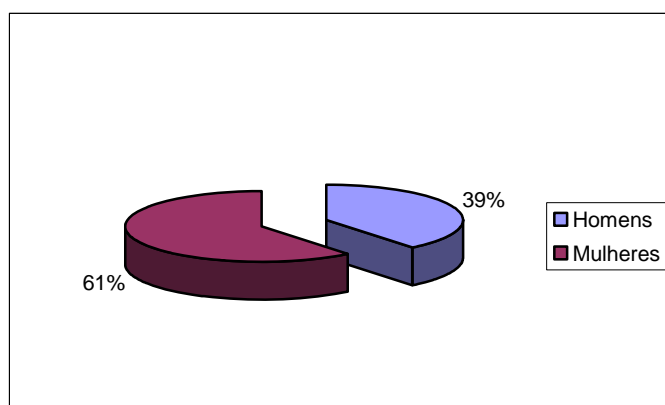
A pirâmide 2007 (figura 8) apresenta uma estrutura que se assemelha a uma ânfora de base superior. Verifica-se pelo gráfico, que a última classe ultrapassa a primeira no número total de efectivos, nomeadamente no sexo feminino. Esta realidade traduz o envelhecimento progressivo da população, completada com uma redução da natalidade e uma maior longevidade da população do sexo feminino. Uma distribuição representando uma população “jovem”, seria caracteristicamente uma pirâmide alargada de base e de estreitamento progressivo para o topo (em triângulo).

Figura 8. Pirâmide etária do Concelho de Aveiro/2007



No entanto, estas representações gráficas permitem-nos verificar também a predominância de efectivos noutros grupos etários, nomeadamente na faixa dos 15-50 anos (idade activa), isto é pessoas com capacidade produtiva. Esta realidade é comum nas regiões peri-urbanas do nosso país. A predominância verificada nesta faixa etária é equilibrada e equiparada em ambos os sexos. Incidindo a análise desta pirâmide na faixa etária com idade superior a 75 anos verificamos, que o número de efectivos do sexo feminino é muito superior aos do sexo masculino (quadro 5).

Quadro 5: Relação entre sexos e idade ≥ 75 anos



Apesar de percentualmente este escalão etário representar 7% do total de população inscrita, verifica-se que o cálculo da relação entre sexos se alterou relativamente à população total inscrita. Na análise global, verificava-se uma relação de 53% de mulheres para 47% de homens. Nestas idades extremas porém, a relação alargou-se e a 61% de mulheres corresponde pouco mais de metade do efectivo em homens (39%)

Efectuando esta dissociação por Unidades de Saúde verificamos a uniformidade da relação anterior entre homens/mulheres (quadro 6, figuras 9 e 10). Destaque nesta análise para a Sede, a que correspondem as freguesias urbanas (Glória, Vera-Cruz) e a um maior número de inscritos, seguidas das freguesias peri-urbanas (Aradas, Oliveirinha e Cacia).

Quadro 6. Utentes do Centro de Saúde de Aveiro ≥ a 75 anos

	Sexo masculino	Sexo feminino
	N	N
Sede	851	1441
S. Jacinto	23	35
Santa Joana	124	182
Requeixo	44	68
Mamodeiro	56	68
Eirol	54	86
Nariz	46	68
Esgueira	112	215
Aradas	245	337
Eixo	108	164
S. Bernardo	101	141
Oliveirinha	210	309
Cacia	268	356
Total	2242	3470

Figura 9. Pirâmide idade ≥ 75 anos

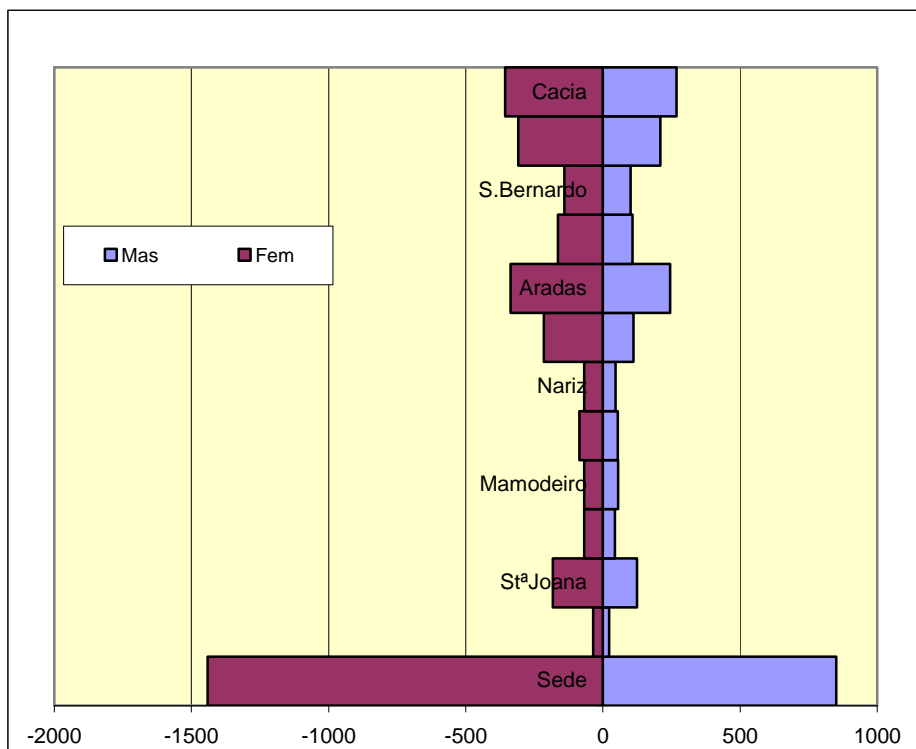
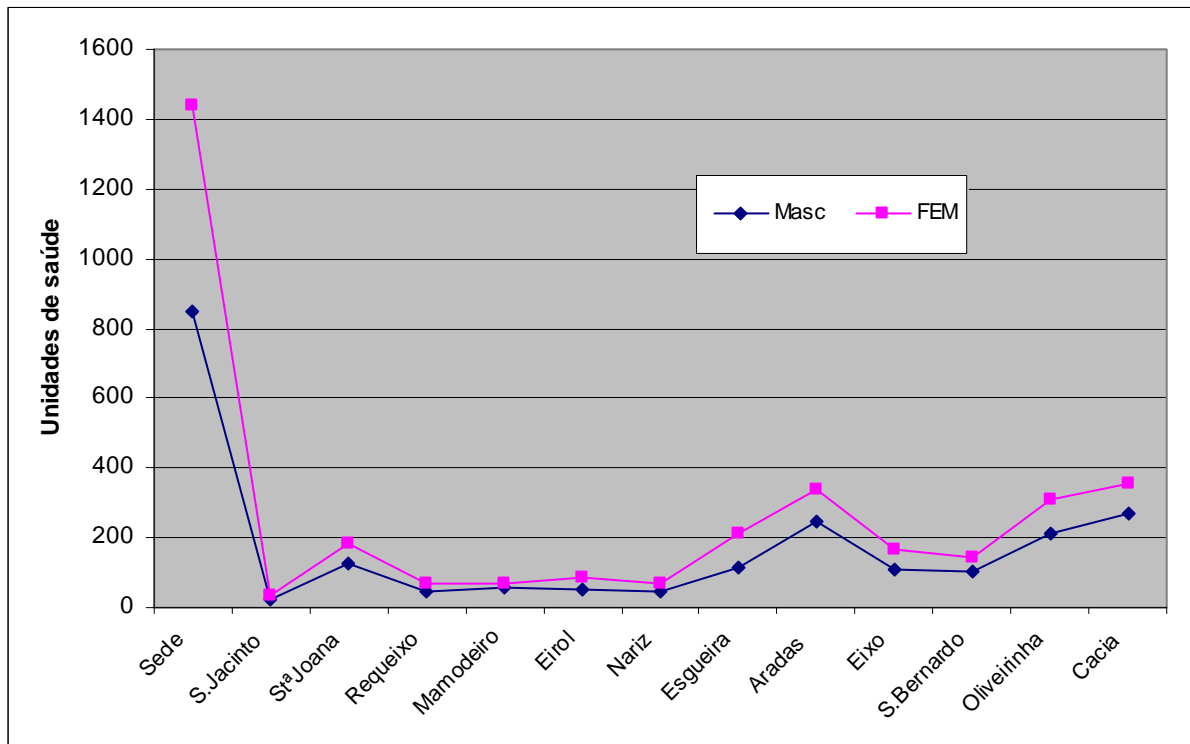


Figura 10. Relação entre sexos. Utentes inscritos no Centro de Saúde Aveiro, idade ≥ 75 anos (por unidade de saúde)



1.4.1 Centro de Saúde de Aveiro: índices de envelhecimento e dependência

Além da análise anterior é necessário caracterizar uma população relativamente ao Índice de Envelhecimento, Índice de Sunbarg, Índice de Burgdöger, Índice de Fritz, Índice de Dependência dos Jovens, Índice de Dependência dos Idosos e Índice de Dependência Total. Apesar destes índices serem calculados para populações mais jovens (50 e 65 anos), constituem índices demográficos internacionais tornando-se importante o seu cálculo para o conhecimento da população no seu conjunto, para avaliar o envelhecimento demográfico relativo e poder estabelecer comparações com taxas nacionais.

O índice de envelhecimento (IE) calcula-se pela fórmula: população com idade \geq a 65 anos/população total x 100. Em 2007 o valor deste índice é de 16% (12543/79595x100).

O Índice de Sunbarg (IS) é um indicador que separa toda a população em três partes, consoante as faixas etárias consideradas. Assim, a primeira classe utiliza a faixa etária dos 0 aos 14 anos; a segunda classe usa a faixa dos 15 aos 50 anos; e a terceira utiliza a faixa etária superior aos 50 anos. Considera-se uma população como: i) progressiva, se a primeira classe é superior à terceira; ii) estacionárias se são similares; e iii) regressiva, se o grupo dos mais idosos é superior ao dos jovens.

Quadro 7. Índice de Sunbarg, Distrito de Aveiro, 2007

	População 0-14 anos	População 15-50 anos	População \geq 51 anos	Tipo população
2007	10979	40657	25443	Progressiva

Fonte: Plano de Actividades 2008 da Sub-Região de Saúde de Aveiro

No Distrito de Aveiro (quadro 7) o primeiro grupo é muito superior ao terceiro, por isso, a população é progressiva. Para o Distrito de Aveiro a taxa calculada para o primeiro grupo etário é de 16.6%. Por outro lado, a população com idade superior a 65 anos, representa uma média de 16% do total de inscritos, e corresponde a igual taxa obtida para o Distrito.

O Índice de Fritz (IF) é semelhante ao anterior e compara duas faixas etárias: uma extrema e outra na idade activa. A fórmula de cálculo é: população 0-20 anos/população 30-50 anos x 100. Do IF resultam três possíveis classificações: IF > 160 = população jovem; IF < 160 = população envelhecida; IF entre 60-160 = população madura. Em 2007 o IF na população do Concelho de Aveiro é de 56, classificando a população como madura, pois a população em idade activa é superior à mais jovem.

O Índice de Burgdöger (IB) é um indicador de cálculo semelhante ao anterior, comporta-se de uma forma dinâmica pois avalia duas faixas etárias extremas, pela razão calculada entre o número de efectivos, dos escalões mais novos e os mais velhos. O índice anterior colocava em denominador, uma faixa etária

adulta mas jovem. Neste caso as faixas etárias consideradas são: 6-15 anos e 45-65 anos. Em 2007 o IB na população do Concelho de Aveiro é de 49,8%, classificando a população como estacionária.

Os Índices de dependência (ID) (quadro 8) indicam que a população dependente começa a aproximar-se percentualmente e em número de efectivos à população economicamente activa.

Quadro 8. Índices de dependência (ID), Distrito de Aveiro, 2007

	ID – Jovens		ID – Idosos	%	ID – Total	%
Cálculo	0-14 anos/>15- 64anos	%	≥65anos/>15<6 5anos		ID jovens + ID Idosos	
2007	12273/56623	22	12543/56623	22	607/1130	44

Fonte: Plano de Actividades 2008 da Sub-Região de Aveiro.

2.0 Metodologia

2.1. Desenho da Investigação

Foi efectuada uma investigação quantitativa, de tipo exploratório. Foi utilizada a entrevista para recolha da história clínica e aplicação de questionários, numa perspectiva de observação descritiva. Seguiu-se esta metodologia pois permite avaliar e estudar o indivíduo na sua ambiência natural (Bogdan & Biklen, 1994). Este tipo de investigação possui cinco características: i) a fonte directa de informação é o ambiente natural e o entrevistador é o instrumento fulcral na recolha de dados; ii) os dados são descritivos; iii) a entrevista centra-se no processo; iv) a análise é feita de forma indutiva; v) o investigador tenta compreender o significado do processo para quem o vive. Pretende-se assim que a operacionalização da recolha de informação tenha uma abordagem aberta (overt approach) e com um estilo cooperativo (cooperative style) em que os interesses do investigador fossem compreendidos pelo sujeito alvo, de

modo a aceitar cooperar na investigação (Bogdan & Biklen, 1994). Os indicadores quantitativos (antropométricos, clínicos) foram efectuados por exame médico no domicílio do idoso (Rebelo, 2007).

Nesta fase há que ter em conta o ambiente familiar e o seu contexto global, ajustando a abordagem a cada caso. Cuidar de um familiar dependente é penoso e potencialmente gerador de angústias. Os doentes, bem como os seus familiares e cuidadores aspiram frequentemente a relações simples onde as mentiras e os discursos devem dar lugar a autenticidade (Cerqueira, 2005). Entra-se num espaço familiar alterado no seu equilíbrio e nas suas forças estruturantes. Há que respeitar a individualidade, pois “as famílias felizes parecem-se todas; as famílias infelizes são-no cada uma à sua maneira” (Tolstoi *in* Anna Karenina). Daí que o estudo foi focalizado no ambiente familiar para permitir a capacidade de adaptação individualizada, aberta à realidade (Yin, 2001).

Para o prosseguimento da investigação foi necessário utilizar diversos instrumentos de recolha de dados visto que se pretende efectuar a caracterização multidimensional do idoso dependente, assim como do seu cuidador informal em contexto familiar. O acesso ao espaço de investigação foi uma fase essencial pois iria decorrer no domicílio do idoso. Este pré-requisito era essencial para que a investigação se pudesse realizar e os dados a obter tivessem qualidade, isto é fossem válidos e fiáveis.

O estudo foi formalmente autorizado pelo Coordenador da Sub-Região de Saúde de Aveiro em 27-11-2006. Em seguida foi necessário envolver aqueles que Bogdan & Biklen (1994) considera de informadores privilegiados. Assim, foram integrados os profissionais com maior experiência neste contexto: os enfermeiros responsáveis pelas equipas de apoio domiciliário. Foi possível seleccionar os casos com os critérios de inclusão (idade maior ou igual a 75 anos e residente concelho de Aveiro) definidos para o estudo. A selecção e amostragem consistiram na totalidade de utentes apoiados pelas equipas domiciliárias durante o período determinado (ano 2007). Nesse sentido, procede-se à descrição e justificação dos métodos utilizados no estudo para caracterização da amostra, assim como para a selecção.

2.2. Tipo de estudo

Pretende-se que esta pesquisa seja um estudo de coorte de base populacional e que possibilite a realização de uma avaliação do estado de saúde de dois grupos populacionais. Um grupo será constituído por idosos dependentes, com apoio domiciliário e o outro pelos seus cuidadores informais principais. As informações foram obtidas por meio de entrevista, aplicação de inquéritos e avaliação clínica.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes segundo questionários adaptados. Quando o entrevistado estava impossibilitado de responder às questões colocadas (normalmente o idoso) por patologia orgânica ou prejuízo cognitivo, um familiar próximo/cuidador respondeu a perguntas de carácter geral (por exemplo, idade, estado civil, profissão, número de medicamentos ou morbilidade). Mas não respondeu a perguntas que envolvessem o julgamento do entrevistado. O estudo pretende ter um carácter observacional, pois o inquiridor não interfere nas variáveis em estudo e de carácter transversal, pois a avaliação é efectuada num determinado horizonte temporal (2007).

2.3. Instrumentos: avaliação multidimensional dos idosos

O processo de envelhecimento condiciona alterações de multipatologia, que inseridos em ambiências socioeconómicas frágeis, estilos de vida sedentários, deveriam conduzir a avaliações multidimensionais, desenvolvidas em complementaridade com equipas multidisciplinares. Segundo a Carta de Ottawa (1986) a nova Saúde Pública combina abordagens ambientais e medidas de prevenção individuais com intervenções terapêuticas apropriadas, partindo do pressuposto de que muitos dos actuais e futuros problemas de saúde deverão ser considerados como problemas sociais, no sentido da sua relação com estilos de vida e com o ambiente, mais do que com problemas de saúde.

Este conceito surge na linha da envolvência e do bem-estar bio-psico-social que a OMS veiculara em 1984, conferindo ao conceito de saúde uma maior abrangência, que difere da simplicidade inicial do conceito que a ausência de doença conferia na definição de saúde (WHO, 1948). No entanto, apesar de

existirem diversos níveis de cuidados de saúde (primários, diferenciados e de saúde mental), estes carecem muitas vezes de interligação e de complementaridade. Essa preocupação é bem evidente no Plano Nacional de Saúde (2004-2010: 151) e na necessidade de estratégias de articulação de cuidados:

"Há falta de estratégia de integração efectiva dos diversos níveis de cuidados. Não está definida uma estratégia de integração efectiva entre o funcionamento das redes hospitalares e a prestação de cuidados de saúde primários, condição sine qua non para o aumento da eficácia e eficiência do Sistema de Saúde. [...] Não se conhecem com rigor as necessidades reais dos idosos na comunidade. Existe uma resposta insuficiente dos serviços face ao aumento da população idosa e dos cuidados que a mesma requer, de forma a integrar os aspectos biopsicossociais numa abordagem global. O Censo Psiquiátrico de Novembro de 2001, revelou nos idosos uma predominância de casos de depressão na consulta externa, urgência e internamento; de esquizofrenia e de oligofrenia no internamento e de alterações associadas ao consumo de álcool na urgência."

E esta necessidade de interdisciplinaridade é mais acutilante quando se pretende efectuar a avaliação funcional e multidimensional de idosos. Para que a avaliação do estado de saúde e do bem-estar seja válida, deve apresentar determinadas características, tais como: i) ser claramente definida e avaliada, universalmente aplicável; ii) de uso prático no reconhecimento das pessoas em risco e das medidas de intervenção adequadas; iii) e possibilitar tomadas de decisão e aferição da eficácia de intervenções (WHO, 1986). Por este motivo a escolha de uma avaliação desta natureza aplicada a idosos deverá incluir a sua capacidade funcional (Botelho, 2000). No entanto, convém definir os conceitos a aplicar. Para tal adopta-se a definição da CIF (2004) (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS). A capacidade funcional está relacionada com autonomia das funções do corpo para desempenhar actividades, correspondendo estas à execução de tarefas ou de acção. As deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do

corpo que de alguma forma podem ser limitantes de actividade ou de restrições de participação em situações de vida real (CIF, 2004). O conceito de dependência funcional, sendo consequência de uma deficiência e/ou de uma incapacidade/restricção de actividade, constitui uma desvantagem social/restricção de participação, que leva à necessidade do auxilio de terceiros para a execução de determinadas actividades (Botelho, 2000).

Na avaliação multidimensional de idosos, pretende-se que sejam estudadas as áreas que possam evidenciar a capacidade de cada um se manter autónomo e independente. Assim o estudo incide também nas seguintes variáveis: capacidade funcional, incluindo actividades relacionadas com tarefas de cuidados pessoais e tarefas de adaptação ao meio ambiente; capacidade locomotora; morbilidade mediante a caracterização do estado físico e mental; aspectos socioeconómicos; satisfação com a vida e de depressão.

2.3.1. Instrumento (anexo 2 e 3)

Os questionários foram organizados em protocolos com versões ligeiramente diferentes para as pessoas idosas e para os seus cuidadores. Na descrição que se efectua no parágrafo seguinte, descrevem-se os instrumentos e indicam-se as diferenciações existentes em cada um dos protocolos.

2.3.1.1 Variáveis contextuais e sócio-demográficas

Inclui variáveis comuns na aplicação do inquérito ao cuidador e ao idoso tais como: idade, sexo, situação profissional (para os inquiridos reformados, considera-se a actividade anterior classificada nos sectores primário, secundário ou terciário), escolaridade e estado civil. Para o cuidador questiona-se também o parentesco com o idoso.

Avalia-se a classe socioeconómica através do Índice de Graffar (Graffar, 1956, versão Portuguesa de Amaro, 1990). O Índice de Graffar é uma classificação social internacional estabelecida em Bruxelas, Bélgica pelo Professor Graffar. Este método baseia-se não apenas numa característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios que incluem: profissão, nível de instrução,

fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita. Este instrumento avalia de forma integrada todas estas variáveis e permite identificar/classificar 5 classes sociais: classe I, alta (5 a 9 pontos); II, média-alta (10-13); III, média (14-17 pontos); IV, média-baixa (18-21); V, baixa (22-25 pontos).

Em termos familiares inclui:

- a) Número de elementos do agregado familiar. Para a definição deste conceito recorre-se à definição do INE, no Censo de 1981, em que família seria "o grupo de pessoas ligadas por união de facto ou parentesco, que ocupam uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento".
- b) Tipo de famílias: nuclear (casal com ou sem filhos), unipessoal, alargadas (membros de pelo menos 3 gerações), monoparental (mãe/pai com filho/s), reconstituídas (resultante de recasamentos):
- c) Fase do ciclo de vida familiar (McGoldrick & Carter, 1995). Considera-se: I – casal sem filhos; II – com filhos pequenos; III – com filhos em idade escolar; IV – com filhos adolescentes; VI – saída de casa dos filhos; VII – família de meia-idade; VIII – família idosa.

2.3.1.2 Estado funcional

A funcionalidade está relacionada com a capacidade de cada um cuidar de si. E está intrinsecamente relacionada com os conceitos de: i) independência, ausência de necessidade de apoio; ii) autonomia, recurso a meios mecânicos; iii) dependência, recurso ao apoio de terceiros; iv) incapacidade, em que o apoio de terceiros substitui a função (Botelho, 2005). Para a recolha destes dados a metodologia aconselhada e a mais comum é a entrevista, mediante inquérito através de questões estruturadas (Botelho, 2005). As actividades e tarefas do quotidiano ou PADL (Physical Activities of Daily Living) que convém avaliar são: tomar banho, vestir-se, fazer a higiene pessoal, ser continente de esfíncteres, alimentar-se autonomamente e ser capaz de passar de uma cadeira para a cama (Heikkinen, 1998). A incapacidade limita a autonomia do idoso, introduz dependência, reduz a qualidade de vida, aumenta a

necessidade de apoio domiciliário e de morte prematura (Heikkinen, 1998). A capacidade locomotora é uma das variáveis importantes da avaliação.

Para avaliar o estado funcional usou-se o Índice de Barthel (cf. anexo 2) (Mohoney & Barthel, 1965), um instrumento de amplo uso a nível nacional e internacional, em investigação e clínica, que tem demonstrado boa fiabilidade. Este instrumento mede a capacidade funcional básica do idoso; especificamente mede o grau de assistência exigido por um indivíduo, em 10 itens de AVD's (Actividades de Vida Diária). Cada item de desempenho é avaliado em escala ordinal, com número específico de pontos assinalados para cada nível de ou classificação. As actividades são pontuadas de forma diferente (de 0-15) e a pontuação global pode variar de 0 a 100 pontos. Uma pontuação global simples, oscilando entre 0 e 100, é calculada a partir da soma de todas as pontuações de itens individualmente, de modo que: 0 (zero) equivale à completa dependência em todas as 10 actividades; e 100 equivale à completa independência em todas as actividades. Para uma melhor avaliação o total obtido com a soma dos scores de cada item pode ser organizado em: a) dependência total (0 - 15 pontos); b) dependência grave (20 - 35 pontos); c) dependência moderada (40 - 55 pontos); d) dependência leve (60 - 95 pontos); e) independente (100 pontos).

Relativamente à fiabilidade foi encontrado um alpha de Cronbach de 0,86-0,92 considerado muito bom (O'sullivan & Shmitz, 1993). O Índice de Barthel tem sido amplamente utilizado na monitorização das alterações funcionais dos idosos desde 1965 e é recomendado pela OMS, considerando a facilidade de aplicação e adaptação a várias culturas (Raso, 2002). Por isso, foi escolhido como instrumento de avaliação do estado funcional da pessoa idosa e do seu cuidador informal no domicílio. Trata-se de um instrumento de fácil e rápido preenchimento, não necessitando de pessoal ou local especializado podendo ser realizado no domicílio ou em instituições (Raso, 2002).

2.3.1.3 Estado Cognitivo

A prevalência de perturbações cognitivas aumenta com a idade, sabendo-se que se for ligeira pode passar despercebida. Essa variabilidade torna difícil prever um perfil único de envelhecimento cognitivo (Ribeiro, 2006). Em

primeiro lugar vem a tristeza (Barreto, 1988). A ideia mais comum é a de que as perdas cognitivas são normais com o envelhecimento, nomeadamente a memória. Subsiste porém a dúvida se esta situação será um defeito cognitivo ligeiro ou uma doença de Alzheimer sem demência (Ribeiro, 2006).

Para efectuar esta avaliação, foi aplicado o Folstein Mini-Mental State Examination (Mini-Exame do Estado Mental, MMSE). Este teste avalia funções de orientação temporal e espacial, memória e cálculo, com pontuação entre 0 e 30. O MEEM foi elaborado por Folstein et al (1975), sendo um dos testes mais utilizados e estudados em todo o mundo neste âmbito. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreio de quadros demenciais. Tem sido utilizado em ambientes clínicos para a detecção de declínio cognitivo, para o acompanhamento de quadros demenciais e na monitorização de resposta aos tratamentos. Em pesquisa, tem sido utilizado em estudos populacionais.

Desde sua criação as suas características psicométricas têm sido avaliadas, tanto na sua versão original, quanto pelas inúmeras traduções e adaptações para várias línguas e países. Pontuações mais elevadas indicam maior comprometimento, e o ponto de corte 23/24 tem mostrado alta capacidade de discriminação de indivíduos cognitivamente alterados (Botelho, 2000).

2.3.1.4 Estado nutricional

A avaliação do estado nutricional é importante nos idosos, pois a desnutrição e os estados de carência específica de certos micronutrientes é frequente, associando-se a importantes factores de morbilidade e mortalidade neste escalão etário (Veríssimo, 2006). Os métodos de avaliação usados com idosos são semelhantes aos da restante população, com particularidades relacionadas com a diminuição da altura, modificação da composição corporal, doenças crónicas, polimedicação e menor cooperação, que podem interferir com a avaliação nutricional (Veríssimo, 2006). O Mini-Nutricional Assessment (MNA) é um instrumento de fácil aplicação, adaptado a idosos e rápido na forma de efectuar a classificação nutricional.

A alimentação no idoso constitui um assunto complexo e vital. As necessidades de energia declinam com a idade em consequência de um metabolismo mais lento (Baker, 2008). O alimento é uma expressão daquilo que uma pessoa é e da sua capacidade de prover às necessidades básicas. Os alimentos são ainda um contributo essencial para a sobrevivência e a saúde a longo termo (Pinto, 2006).

É sabido que o estado de nutrição dos idosos pode influenciar a taxa de deterioração funcional, situação que normalmente acontece com o passar dos anos. As doenças crónicas e degenerativas relacionadas com a nutrição são consequência de erros antigos, porém a inadequada alimentação na velhice pode influenciar o agravamento da morbilidade, mortalidade e sobretudo da qualidade de vida (Saldanha, 1991). Com o envelhecimento ocorrem modificações na composição corporal do organismo, ocorrendo o aumento da massa gorda e alterações na sua distribuição, com diminuição à periferia e aumento na região troncular e abdominal (Botelho, 2000).

Os indicadores adequados na avaliação do estado nutricional de um indivíduo, são quantitativos e podem ser classificados segundo as suas características como: antropométricos (peso, altura, pregas cutâneas e perímetros); dietéticos (ingestão de alimentos e de líquidos), clínicos (patologia e limitações físicas) e bioquímicos (exames hematológicos e urinários) (Rebelo, 2007). Os marcadores antropométricos têm a vantagem de serem não invasivos, simples e pouco dispendiosos (Coelho, 2009).

O MNA foi validado para Portugal por Loureiro (2004). Trata-se de uma escala de avaliação numérica (pontuação até 30 pontos), não invasiva e de simples utilização. Este teste engloba vários parâmetros como sejam a avaliação: antropométrica global dietética e subjectiva.

A antropometria estuda as medidas e proporções do corpo, sendo a medição da variação das dimensões e composição corporal do organismo em diferentes fases etárias e graus de nutrição (Rebelo, 2007). Daí que a aplicação da antropometria, na avaliação do estado nutricional tenha sido considerado através dos seguintes os parâmetros: peso, altura, IMC (índice de massa corporal = $\text{peso}/\text{altura}^2$), perímetro médio braquial (PMB em cm), com a

medição efectuada ao nível médio do braço, circunferência da perna (CP em cm) e perda ponderal nos últimos três meses.

O peso (kg) foi obtido utilizando uma balança decimal com capacidade máxima de 150Kg. A altura (m) foi medida com recurso a fita métrica flexível, graduada ao milímetro e fixa na parede com os utentes descalços e totalmente encostados à parede. No entanto, nem sempre isto foi possível, nomeadamente nos idosos acamados e naqueles cuja curvatura da coluna vertebral tornava difícil a aplicação da metodologia. Nestes casos, foi efectuado o cálculo da estimativa da altura a partir do comprimento da perna recorrendo à Fórmula de Chumlea (tabela 1). Os pontos de referência considerados foram a planta do pé e a face anterior da coxa, sobre os condilos do fémur. Esta mensuração foi efectuada, com fita métrica flexível não elástica, com o utente deitado em decúbito dorsal, com a perna a 90°.

Tabela 1. Equação de Chumlea, para estimativa da altura

$(2,02 \times \text{altura CP}) - (0,04 \times \text{idade}) + 64,19$ (homens)
$(1,83 \times \text{altura CP}) - (0,24 \times \text{idade}) + 84,88$ (mulheres)
CP: comprimento da perna (cm); I: idade (anos)

A circunferência do braço e do meio da perna foram efectuadas com fita métrica inextensível. O perímetro do braço foi medido ao nível médio do braço, que representa a meia distância entre a extremidade lateral do acrómio e a porção mais distal do olecrâneo, estando o cotovelo flectido a 90° e a palma da mão virada para cima. A medição da circunferência da perna foi efectuada com fita métrica inextensível posicionada ao redor da maior circunferência entre o tornozelo e o joelho.

Na avaliação global efectuada considerou-se: independência; mobilidade; problemas neuropsicológicos; úlceras de pressão. A avaliação dietética considera a importância da ingestão diária de alimentos líquidos e sólidos. A avaliação subjectiva permite ao entrevistador inferir da existência de algum problema nutricional. Os resultados permitem estabelecer três níveis de classificação: ≥ 24 pontos = nutrido; 17 a 23 = risco de desnutrição; <17 = desnutrição

2.3.1.5 Estado depressivo

A depressão é frequente em idosos (Correia, 2003), sendo caracterizada por alterações do humor, cognição e sintomas vegetativos. Para a avaliação da depressão em idosos foram desenvolvidas escalas que pudessem ultrapassar as dificuldades inerentes às interações com doenças crónicas, com limitações físicas ou mentais.

Foi aplicada a Geriatric Depression Scale (GDS, Escala de Depressão Geriátrica, EDG), na versão reduzida de 15 itens (versão Portuguesa de Barreto et al., 2008). A escala é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para rastrear a depressão em idosos. Os transtornos do humor são uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos, sendo responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. A depressão é a mais frequente alteração e está associada ao maior risco de morbilidade e de mortalidade, ao maior consumo de serviços de saúde, à negligência no auto-cuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos e maior risco de suicídio (Chen, 1994).

Foi originalmente desenvolvida em língua inglesa por Yesavage (1983), a escala original tem 30 itens e foi desenvolvida especialmente para avaliação dos transtornos de humor em idosos, com perguntas abertas e de fácil resposta. Cada resposta conta 1 ponto. Assim um score 0-5 já é sugestivo de depressão e deve ser acompanhado; scores superiores a 10 estão associados a estados depressivos.

2.3.1.6 Satisfação com a vida (SWLS)

A satisfação com a vida é um elemento do bem-estar subjectivo do indivíduo. Neste estudo foi aplicada a SLWS (Satisfaction With Life Scale, Dinner et al., 1985), versão Portuguesa de Simões (1992, Escala de Satisfação com a Vida). Esta escala foi construída de acordo com pressupostos capazes de avaliar a felicidade (razão entre a afectividade positiva e a afectividade negativa), a moral (grau de optimismo com que os indivíduos enfrentam o futuro) e a satisfação com a vida (grau de contentamento com a maneira como tem

decorrido a sua vida). É um instrumento com capacidade de poder ser administrado a adultos (Simões, 1992). O SWLS é um dos instrumentos mais utilizados nesta vertente, por ser de fácil aplicação (5 itens) e com boas qualidades psicométricas (alpha de Cronbach = 0,77, Simões, 1992). Esta escala compreende 5 itens em escala de Likert de 5 pontos, variando entre 1 (discordo muito) e 5 (concordo muito). A pontuação na escala é obtida através da soma dos itens, sendo que as pontuações mais elevadas indicam maior satisfação com a vida.

Neste estudo as propriedades psicométricas da escala foram as que a seguir se descrevem. No que respeita à amostra de pessoas idosas dependentes verifica-se que: os itens da escala apresentam valores de correlações moderados a elevados (variam entre 0,301 e 0,778); a análise factorial revela que 1 factor (tal como na escala original e na validação Portuguesa) explica 68,1% da variância; obteve-se um alpha de Cronbach = 0,87 (bom, Hill & Hill, 2008). Para a amostra de cuidadores as correlações variam entre 0,494 e 0,775, sendo moderadas a fortes. Neste caso 1 factor explica 71,15% da variância e o alpha de Cronbach = 0,90, excelente (Hill & Hill, 2008).

2.3.1.7 Sentimento de sobrecarga (cuidador)

Foi aplicada a Entrevista de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ESC, Zarit Burden Interview) (Zarit, 1987) desenvolvida para familiares de doentes idosos com demência. A ESC foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007). A escala contém 22 itens envolvendo cinco dimensões da sobrecarga, medidas através de scores da frequência. O familiar/cuidador identifica-se com os sentimentos expressos nos itens e que têm impacto sobre a sua vida social, bem-estar físico e emocional. A escala pretende avaliar as repercussões que advêm da tarefa de cuidar em permanência de idosos dependentes. Este instrumento permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidado, o que é patente nas características psicométricas da escala, que respeitam a estrutura original com três subescalas: i) sobrecarga subjectiva, ii) satisfação do cuidador; e iii) impacto do cuidado.

As respostas a cada item podem variar em cinco pontos, desde "nunca ocorre" (0) até "ocorre sempre" (4). A escala possibilita o cálculo de um score global de sobrecarga, mas não de scores independentes para os aspectos objectivo e subjectivo. A pontuação final de sobrecarga inclui: 1 - sobrecarga intensa (56-110); 2 - sobrecarga leve (47-55); 3 - sem sobrecarga (22 - 46).

Neste estudo, para esta escala obteve-se um alpha de Cronbach de 0,82, considerado bom (Hill & Hill, 2008).

2.3.1.8 Avaliação de morbilidade

Todos os registos efectuados nos processos seguem o método de Lawrence Weed (RMOP - Registo médico Orientado para Problemas). As suas principais coordenadas são, os dados de base, a listagem de problemas e o plano inicial de abordagem global do utente. Os dados clínicos de base consistem na recolha de elementos iniciais de uma abordagem clínica (história clínica com antecedentes pessoais e familiares, perfil psicológico, profissional e familiar). Também se registam as Notas Clínicas Progressivas segundo o Método **SOAP**: **S** - subjectivo, motivo que levou ao pedido de consulta, i.e. necessidades sentidas; **O** - objectivo, exame médico geral com a comparação de eventuais estados mórbidos anteriores (necessidades reais); **A** - avaliação, diagnóstico (provisório ou definitivo); **P** - plano, estratégias de acompanhamento global do utente.

Para a recolha de indicadores será aplicado o Modelo de Avaliação Multidimensional do Idoso (Anexo 2) que se desenvolve em diversas vertentes que se passam a apresentar.

a) Caracterização do grupo por morbilidades segundo ICPC-2

Em qualquer amostra populacional, colhida no âmbito da dependência é imperioso saber de que "sofrem" os seus componentes. Neste sentido, o conhecimento das patologias mais prevalentes torna-se tarefa prioritária. A avaliação de caso é efectuada por taxas de morbilidade, isto é por ratios calculados, denominados taxas de incidência e de prevalência. A taxa de incidência mede o número de novos casos de uma doença ou de um evento

nefasto, relativamente ao tempo que um indivíduo esteve exposto a um factor de risco: número de novos casos (pessoas que contraem uma doença) x 10⁵ /população em risco durante 1 período de tempo (por exemplo = ano). No âmbito deste estudo não parece razoável calcular estes ratios pois, inserem-se sectorialmente numa amostra específica da população, e apenas poderiam distorcer a realidade, porém parece adequado conhecer a magnitude das diversas patologias existentes neste grupo. A avaliação da morbilidade foi efectuada valorizando as queixas mais relevantes dos intervenientes, através das respostas obtidas a perguntas abertas efectuadas quando da anamnese. Para a caracterização da amostra por morbilidade, para este escalão etário, foi utilizada a Classificação de Cuidados de Saúde Primários ICPC-2 (International Classification of Primary Care), tal como na organização dos dados obtidos, permitindo obter informação qualitativa e quantitativa (quadro 9):

Quadro 9. Classificação de Cuidados de Saúde Primários ICPC-2

Sinalizar patologia principal por sistema	0 = sem queixas	1 = com queixas
A Gerais e inespecíficas		
B Sangue e órgãos hematopoiéticos		
D Aparelho Digestivo		
F Olho		
H Ouvido		
K Aparelho circulatório		
L Sistema músculo-esquelético		
N Sistema nervoso		
P Psicológico		
R Aparelho respiratório		
S Pele		
T endócrino/metabólico/nutricional		
U aparelho urinário		
XY Aparelho genital		

Neste estudo foi também avaliada a gravidade das úlceras de pressão que os idosos apresentavam tendo para tal sido seguida a classificação EPUAP

(European Pressure Ulcer Advisory Panel): grau 1 = eritema; grau 2 = perda de pele ou derme; grau 3 = perda de pele e de tecido celular subcutâneo; grau 4 = destruição extensa com necrose de tecidos, músculo e osso (Rocha, 2005).

2.4. População em estudo e definição da amostra

A população-alvo deste estudo é constituída por idosos dependentes do Concelho de Aveiro, com idade maior ou igual a 75 anos e com apoio domiciliário e pelos seus cuidadores informais principais. Então, para concretizar os objectivos desta pesquisa é necessário constituir duas subamostras: a) idosos dependentes com apoio de cuidador; b) prestadores de cuidados familiares a esses idosos.

Cuidador informal e família cuidadora são termos que se reportam a indivíduos não pagos, tais como família, amigos e vizinhos que prestam cuidados (Lage, 2005). Assim a opção pelo estudo de cuidadores familiares prende-se com constituírem o grupo que maioritariamente e informalmente presta cuidados a idosos em situação de dependência.

Os critérios subjacentes à constituição da amostra de cuidadores foram os seguintes: ser familiar de idoso dependente com apoio domiciliário prestado por profissionais do Centro de Saúde de Aveiro; ser cuidador principal; ser cuidador de um idoso com idade superior a 75 anos cuja dependência surgiu na velhice.

Os participantes do cohorte foram identificados por meio de um censo completo realizado na área definida para o estudo. O universo da amostra é constituído por idosos dependentes em apoio domiciliário e residentes no Concelho de Aveiro, com idade superior ou igual a 75 anos de idade, em 01 de Janeiro de 2007 e pelos cuidadores destes idosos.

2.4.1. Procedimentos de recolha de dados

Nesta fase pretende-se conhecer a magnitude da amostra dos idosos com idade igual ou superior a 75 anos e com necessidades especiais em consulta e apoio domiciliário. Para a recolha de dados considerou-se que o procedimento mais adequado seria acompanhando a equipa de enfermagem, em todos os

casos de dependência de idosos apoiados no domicílio, e com necessidades especiais de cuidados médicos e/ou enfermagem. A recolha de dados foi efectuada no período compreendido entre os meses de Setembro e Dezembro de 2007.

O procedimento adoptado para recolha de dados esteve de acordo com o seguinte fluxograma: pedido de colaboração voluntária na pesquisa; obtenção e assinatura do consentimento informado, após a informação sobre os objectivos e características do estudo (Declaração de Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983) (anexo 1); aplicação dos inquéritos. Neste estudo foram respeitados os princípios éticos do Consentimento Informado, do anonimato e da confidencialidade na obtenção e análise dos dados e na relação entre utente e o profissional de saúde.

Durante o mês de Setembro de 2007, foi efectuada um pré-teste, de aplicação dos questionários seleccionados a 6 idosos inscritos em consulta do Centro de Saúde de Aveiro. A primeira visita domiciliária em cada caso foi efectuada em conjunto com a equipa de enfermagem por ser a forma menos intrusiva de abordar um ambiente familiar fragilizado pela doença.

2.4.2 Caracterização da Amostra

Este estudo compreende duas amostras: i) 81 idosos dependentes com idade igual ou superior a 75 anos usufruindo de apoio domiciliário do Centro de Saúde de Aveiro; ii) 88 cuidadores desses idosos dependentes (alguns idosos referiram mais de um cuidador principal).

2.4.2.1. Idosos

Para a caracterização da amostra de idosos o estudo incidiu em diversas vertentes. O universo foi de 81 pessoas, correspondendo à totalidade de idosos do escalão etário definido e com apoio domiciliário do Centro de Saúde de Aveiro.

A média etária da amostra é de 82,15 anos, variando entre 75 e 98 anos (DP=6,14). Analisando os participantes por género verifica-se que 69,1% são elementos do sexo feminino, sendo 30,95% do sexo masculino. Ao efectuar a

média etária por sexo, verifica-se que (quadro 10): nos homens a média é de 80,84 anos (DP=5,59) e nas mulheres a média é de 82,73 (DP=6,33). Porém, ambas as amostras são estatisticamente similares ($f=1,656$; $p=0,202$).

Quadro 10: Distribuição da amostra por sexo e idade

	Homens	Mulheres	Total
	n=25	n=56	n=81
Média	80,84	82,73	82,15
DP	5,59	6,32	6,13

Anova: $f=1,656$; $p=0,202$

Nesta coorte predominam os idosos viúvos (51,9%) e os casados (44.4%); apenas 3,7% são solteiros. Foi também efectuada a caracterização da amostra por local de residência, dissociando localização da habitação por perímetro urbano, peri-urbano ou rural. Verificou-se que: 40,7% dos idosos reside em zonas peri-urbanas, 34,6% em urbanas e 24,7% em rurais.

Ao efectuar a avaliação destes idosos em termos de escolaridade verificou-se um baixo nível educacional desta amostra. Assim, 77,8% possui até 4 anos de escolaridade, sendo que 11,1% nunca frequentou a escola. Contudo, 8,6% dos participantes possui entre 5 e 6 anos de escolaridade e 2,5% frequentou o ensino superior.

A escolaridade baixa evidenciada, reflete-se também nas profissões exercidas em idade activa. As mulheres muito relacionadas com o trabalho da casa (domésticas = 62%), enquanto os homens desempenharam diversas tarefas indiferenciadas (agricultura, pescador, pedreiro ou empregado de comércio).

Quadro 11. Profissões exercidas pelos idosos antes da reforma

	n	%
Doméstica	51	62,9
Empregado fabril	9	11,1
Agricultor	7	8,6
Pescador	2	2,5
Empregado de comércio	1	1,2
Bancário	1	1,2
Costureira	1	1,2
Ferroviário	1	1,2
Freira	1	1,2
Industrial	1	1,2
Marceneiro	1	1,2
Padeiro	1	1,2
Pedreiro	1	1,2
Polícia	1	1,2
Professor	1	1,2
Sem profissão	1	1,2
Total	81	100

O Índice de Graffar revela que: 46,9% dos idosos pertencem à classe média; 24,7% à classe baixa; 21% à classe média baixa; 4,9% à classe média alta; e 2,5% à classe alta.

2.4.2.2. Cuidadores

A caracterização da amostra dos cuidadores foi realizada em diversas vertentes. O universo estudado é de 88 cuidadores dos idosos em apoio domiciliário. Esta amostra é de dimensão superior à anterior, pois alguns idosos tinham mais do que um cuidador.

A média etária da amostra situa-se nos 60,29 anos, apresentando uma amplitude entre os 27 e os 88 anos (DP=14,406). Efectuando a avaliação por género verifica-se que 68% de cuidadores são do sexo feminino. Em termos de estado civil, verifica-se que predominam os cuidadores casados (77,3%), existindo uma componente de viúvas (9,1%). Em termos de residência observa-se que: 87,5% reside em habitação própria e 1,1% coabitava com o idoso.

Ao nível do parentesco (quadro 12) com o idoso receptor de cuidados verifica-se que: 30,7% são filhas e 15,9% esposas; maridos, filhos e noras representam cada 9,1%. Analisando o parentesco e o sexo verifica-se que a incidência do cuidado recai sobre o sexo feminino (filhas, noras e esposas) com 70,4%; contudo, os filhos e os maridos têm uma participação significativa (18,2%).

Quadro 12. Parentesco com o idoso a quem presta cuidados

	n	%
Cônjuge/companheiro	22	26,0
Filho	8	9,1
Filha	27	30,7
Nora	8	9,1
Genro	5	5,7
Outros	30	19,4
Total	88	100

Ao ser efectuada a ponderação do tempo do cuidado por sexo, verifica-se uma média de 21,50 horas por dia para o sexo feminino (DP=5,8) e para o sexo masculino obtêm-se uma média de 18,3 horas por dia (DP=7,4). Quanto ao tempo decorrido desde o início do cuidado, obteve-se uma amplitude temporal entre 1 mês e 300 meses (M= 30,5 meses; DP= 50,5). Quanto ao número de horas diárias dispensadas ao cuidado obteve-se uma amplitude mínima de 4 horas e 24 horas de tempo máximo (M= 20,56; DP=6,5).

Ao efectuar a análise deste tempo por parentesco verifica-se que as esposas cuidam durante maior número de meses e de horas por dia: M=47,2 meses; DP= 67,4 e 24 horas por dia. Analisando o tempo dispendido pelo marido no cuidado, verifica-se que cuidam por menor número de meses: M=18,38, DP=23,42, mas também 24 horas por dia. Quanto ao tempo de cuidado dispensado por outros, nesta amostra, verifica-se os filhos cuidam durante mais meses que as filhas: filhos, M=41,75, DP=63,74; filhas, M=32,41, DP=58,53. Porém a diferença significativa reside no número de horas dispensadas ao cuidado: as filhas ocupam uma média de 21,48 horas por dia

(DP=5,56); e os filhos uma média de 18 horas (DP= 6,4). Os genros e as noras têm prestações de cuidado semelhantes no número de meses dispensado (genros, M=15,69, DP=11,69; noras, M=12,50, DP=10,53). As diferenças surgem também nas horas diárias dispensadas ao cuidado: as noras cuidam 24 horas por dia, enquanto os genros cuidam 11 horas por dia. As mulheres, tradicionalmente domésticas, continuam a ser o apoio principal dos familiares dependentes. O seu nível de escolaridade é superior ao da amostra dos idosos, mas sem diferenças significativas. Assim: 6,8% não frequentou ensino formal e 69,3% frequentaram a 4 anos de escolaridade; 4% frequentou o ensino superior.

Quadro 13. Profissões exercidas pelos cuidadores

	n	%
Doméstica	30	34,0
Empregado comércio/indústria	16	18,1
Funcionário Publico	7	8,0
Agricultor	6	6,8
Aposentado	5	5,7
Sem profissão	4	4,5
Bancário	3	3,4
Professor	3	3,4
Costureira	2	2,3
Pescador	2	2,3
Polícia	2	2,3
Cozinheira	2	2,3
Pedreiro	2	2,3
Ferroviário	1	1,1
Auxiliar	1	1,1
Vendedor	1	1,1
Emigrante	1	1,1
Total	88	100

Os resultados no Índice de Graffar são similares aos obtidos para os idosos: 45,9% estão integrados na classe média; 20,0% na classe mais baixa; 28,2% na classe média baixa; 3,5% na classe média alta; e 2,4% na classe alta.

3. Análise de dados

Depois de recolhidos, os dados das subamostras foram introduzidos e analisados com o apoio do programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) na versão 16.

A análise estatística das variáveis em estudo foi efectuada em dois níveis: i) análise descritiva, incluindo frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão); ii) análise inferencial que permite testar as hipóteses de investigação e prever a possibilidade da generalização dos resultados da amostra à população em geral.

Parte III
Capítulo IV- Análise dos resultados

1.0 Resultados

1.1 Idosos

A caracterização da amostra de idosos em apoio domiciliário e com cuidador informal foi organizada em diversas vertentes. O estudo incidiu na vertente da dependência e no contexto de cuidar, tendo sido estudada a dependência funcional pela aplicação do índice de Barthel, a dependência cognitiva pela aplicação do Mini-mental, classificação do estado nutricional pela aplicação do Mini-Nutritional Assesement. Estes instrumentos foram relacionados estatisticamente com o tempo de dependência de cuidados, com o género, habilitações literárias e variáveis sócio-demográficas.

1.2. Dependência e contexto de cuidados

Neste tópico inclui-se a dependência funcional (Índice de Barthel), o estado cognitivo (Mini-Mental), o estado nutricional (Mini-Nutritional) e o tempo à que o idoso está dependente de outrem.

Quadro 14- Dependência e contexto de cuidados

n=81	Média	Desvio-padrão	1	2	3
1. Índice de Barthel	21,79	29,49			
2. Mini-Mental	8,51	11,41	0,535**		
3. Mini-nutricional	16,19	5,13	0,558**	0,467**	
4. Tempo dependência (meses)	35,67	59,58	-0,089	-0,060	-0,103

** Significativa para $p < 0,01$

A análise dos resultados revela que a média no Índice de Barthel é de 21,79 (DP=29,49), situando a amostra na dependência severa, atendendo aos escalões previstos pelo instrumento. Considerandos os escalões observa-se que: 63% = < 20, dependência total; 6,2% = 20-35, dependência severa; 7,4% = 40-55, independência moderada; 23,5% = ≥ 60 , independência ou

dependência ligeira. Conjugando, verifica-se que 69,2% dos casos apresentam uma dependência total a severa, correspondendo a pessoas acamadas.

Vejamos a variação do Índice de Barthel com variáveis sociodemográficas. A correlação do Índice de Barthel com a idade é negativa, significativa e moderada ($r=-0,224$; $p<0,05$), indicando que à medida que a idade aumenta as pessoas tendem a apresentar-se mais dependentes. As correlações com o Índice de Graffar ($r=0,148$; $p=0,188$) e com as habilitações académicas ($r=0,077$; $p=0,497$) não são significativas e são baixas. Em relação ao sexo, verificam-se para homens ($M=28,4$; $DP=31,78$) e mulheres ($M=18,8$; $DP=28,2$) apresentam médias estatisticamente similares (Anova, $f=1,836$; $p=0,179$). Porém pode notar-se uma ligeira tendência para que os homens sejam menos dependentes do que as mulheres. Relativamente ao estado civil não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as diversas categorias (Anova, $f=0,199$; $p=0,820$). Assim: casado, $M=19,72$, $DP=28,12$; solteiro, $M=28,33$, $DP=40,72$; viúvo, $M=23,10$, $DP=30,52$. De igual modo, não se observam diferenças estatisticamente significativas no contexto de residência (Anova, $f=0,701$; $p=0,499$): peri-urbano ($M=19,09$; $DP=30,21$), rural ($M=18,75$; $DP=26,99$) e urbano ($M=27,14$, $DP=30,59$).

A média obtida na aplicação do MMEM foi de 8,51 ($DP=11,41$) sugerindo problemas cognitivos severos. Os resultados da aplicação deste instrumento, sugerem uma correlação negativa, moderada e significativa com a idade, indicando que à medida que a idade aumenta os comprometimentos cognitivos tendem a ser mais acentuados ($r=-0,277$; $p=0,012$). As correlações com o Índice de Graffar ($r=0,038$; $p=0,739$) e as habilitações académicas ($r=0,159$; $p=0,156$) são baixas e não significativas. Os resultados no MMEM são similares (Anova, $f=1,279$; $p=0,263$) em homens ($M=10,64$; $DP=12,54$) e mulheres ($M=7,55$; $DP=10,84$). Também são similares considerando o estado civil (Anova, $f=0,140$; $p=0,869$): casado ($M=7,94$; $DP=11,09$), solteiro ($M=6,67$, $DP=11,54$) e viúvo ($M=9,12$; $DP=11,89$). A similaridade ocorre ainda considerando o contexto de residência (Anova, $f=0,433$; $p=0,650$): periurbano ($M=8,73$; $DP=11,04$), rural ($M=6,55$, $DP=10,56$) e urbano ($M=9,64$, $DP=12,58$).

A média obtida na aplicação do MNA foi de 16,19 (DP=5,13), indicando subnutrição. A análise das frequências de acordo com os escalões previstos pelo instrumento indica que: ≥ 24 (bem nutrido) – 8,6%; 17 a 23,5 (em risco de malnutrição) – 50,6%; < 17 (subnutrição) – 9,9%. Os dados indicam que apenas 8,6% dos idosos da amostra estão bem nutridos, os restantes (91,4%) estão subnutridos ou em risco de subnutrição. Vejamos a variação com variáveis sociodemográficas. As correlações são positivas e significativas com as habilitações académicas ($r=0,243$; $p<0,05$) indicando que à medida que as habilitações académicas aumentam, também aumenta a probabilidade do sujeito estar mais bem nutrido. As correlações com a idade ($r=-0,165$) e com o Índice de Graffar ($r=-0,071$) não são significativas. Em relação ao sexo verifica-se que as médias obtidas para os homens ($M=17,40$; $DP=5,13$) e para as mulheres ($M=15,64$; $DP=5,08$) são estatisticamente similares (Anova, $f=2,054$; $p=0,156$). O mesmo ocorre quanto ao estado civil: os casados ($M=16,86$; $DP=5,41$), solteiros ($M=17$; $DP=4,58$) e viúvos ($M=15,55$; $DP=4,95$) apresentam médias semelhantes (Anova, $f=0,669$; $p=0,516$). Quanto ao contexto de residência: peri-urbano ($M=16,33$; $DP=5,41$), rural ($M=14,8$; $DP=4,39$) e urbano ($M=17$; $DP=5,26$) apresenta médias estatisticamente similares (Anova, $f=1,098$; $p=0,339$).

O estudo do tempo de dependência apresenta uma média de 35,67 meses ($DP=59,58$), isto é cerca de 3 anos, sendo a amplitude máxima de 360 meses (30 anos). O tempo de dependência não apresenta correlações significativas com idade ($r=-0,051$; $p=0,653$), habilitações académicas ($r=-0,065$; $p=0,564$) e Índice de Graffar ($r=0,200$; $p=0,074$). Além disso, as médias são similares (Anova, $f=1,954$; $p=0,149$) considerando o contexto de residência: peri-urbano ($M=27,33$, $DP=44,41$), rural ($M=58,20$; $DP=93,44$) e urbano ($M=29,39$, $DP=39,14$). Em termos de sexo verifica-se que as mulheres apresentam significativamente menos tempo de dependência ($M=24,98$; $DP=39,79$), em comparação com os homens ($M=59,60$; $DP=85,66$) (Anova, $f=6,217$; $p=0,015$). No estado civil também há diferenças estatisticamente significativas (Anova, $f=4,067$; $p=0,021$): os solteiros são dependentes há mais tempo ($M=128$, $DP=200,9$), seguindo-se os viúvos ($M=33,79$, $DP=48,44$) e os casados ($M=30,17$, $DP=47,86$).

As correlações entre as variáveis incluídas nesta secção indicam que (quadro 14): o MMEM e o Índice de Barthel apresentam correlações positivas e significativas indicando que o comprometimento cognitivo e funcional tende a coexistir nesta amostra; o MNA está positiva e significativamente correlacionado com o MMEM e o Índice de Barthel, indicando que os problemas de nutrição tendem a ser maiores quando o comprometimento funcional e cognitivo é mais acentuado.

1.1.3 Situação clínica

Nesta amostra estudou-se a morbilidade pela sintomatologia, valorizando as queixas em saúde presentes no exame físico e relevantes para o idoso. Foram efectuadas perguntas abertas ao idoso e/ou cuidador familiar, registadas e distribuídas por órgãos e sistemas, segundo a *International Classification of Primary Care – ICPC*.

Verifica-se dificuldade na verbalização e concretização das queixas e o seu relacionamento com um determinado órgão ou sistema. A sua maior incidência verifica-se ao nível geral e inespecífico (por exemplo: *uma fraqueza, um mal-estar, uma falta de saúde*). No quadro 15 efectua-se a sistematização da morbilidade hierarquizada por aparelhos e sistemas. Verifica-se uma maior incidência nas queixas osteoarticulares relacionadas com patologias artrósicas decorrentes da idade e da imobilidade (100% dos casos) e as dérmicas relacionadas com escaras e lesões cutâneas graves encontradas na quase totalidade os utentes (97,5%). No entanto a sua gravidade apresentava parâmetros diversos.

Na amostra verificou-se uma prevalência importante de patologias psiquiátricas relacionadas com demências senis e doença de Alzheimer (72,8%), e a prevalência de patologias do foro neurológico (49,4%). Neste item, têm especial destaque os casos de ParKinson (6,2%). Também a patologia cardiovascular apresenta nesta amostra um peso significativo (64,2%).

Quadro 15: Reprodutibilidade: Queixas de saúde

Presença de Queixas (ICPC)	n	%
Aparelho músculo-esquelético	81	100
Dermatologia	79	97,5
Psicológico	59	72,8
Aparelho cardiovascular	52	64,2
Visão	44	54,3
Sistema nervoso	40	49,4
Aparelho excretor	38	46,9
Audição	35	43,2
Aparelho digestivo	30	37,0
Endocrinologia	8	9,8
Aparelho genito-urinário	3	3,7

Este estudo avaliou a coorte atendendo ao motivo que desencadeou o pedido de apoio domiciliário. Sabe-se que as queixas e as necessidades sentidas nem sempre correspondem às necessidades reais de intervenção. Nesse sentido para a avaliação utilizou-se a classificação SOAP (quadro 16): S – necessidades sentidas que motivaram a consulta; O – necessidades reais relacionadas com a situação mais urgente para a saúde do idoso; O diagnóstico da situação clínica principal; P – orientação terapêutica de cada caso.

Verifica-se que a amostra apresentava situações clínicas muito complexas e graves. Cerca de 68% dos casos apresentava lesões dérmicas de tipo 2 e 3, correspondendo a escaras atingindo a pele e tecido celular subcutâneo. Porém em 14,8% a gravidade das lesões atingia os músculos subjacentes.

A terapêutica instituída aponta também para a gravidade dos casos. Assim, 42% dos idosos têm 4/5 medicamentos diários; 1 participante tomava 8 medicamentos diários; e noutro apresentava como terapêutica quotidiana 11 medicamentos; contudo, para 80% dos participantes (n=63) o número de medicamentos oscila entre 2 e 5. Esta situação tem sido referida na literatura (Gupta, 1997), onde se refere que a toma de dez prescrições diferentes é vulgar em geriatria.

Quadro 16 – SOAP

	n	%
S = Necessidades Sentidas, Motivo da consulta		
Penso	38	46,9
Penso e algaliação	22	27,2
Penso e FR	11	13,6
Aplicação de injectáveis	3	3,7
Algália	2	2,5
Ensino clínico	1	1,2
Entubação	1	1,2
Aplicação de injectáveis e algaliação	1	1,2
Aplicação de injectáveis, pensos e algaliação	1	1,2
Aplicação de injectáveis e pensos	1	1,2
Total	81	100,0
O = Necessidades reais (exame médico)		
Escala 1	13	16,1
Escala 2	29	35,8
Escala 3	26	32,1
Escala 4	12	14,8
A = Diagnóstico		
AVC	30	37
Demência	15	18,5
Insuficiências cardio-circulatórias	14	17,2
Diabetes	8	9,8
Neoplasias	7	8,6
Lesões neurológicas	5	6,2
Patologia osteo-articular	2	2,4
P = Estratégias de acompanhamento: nº de medicamentos		
0	2	2,5
1	5	6,2
2/3	29	35,8
4/5	34	41,9
6/7	9	11,1
8 ou mais	2	2,5

Nos participantes, a patologia demencial apresenta uma prevalência de 18,5%. Porém a gravidade da situação clínica dos idosos desta amostra está evidenciada no peso das lesões dérmicas apresentadas por 91% dos inquiridos; apenas 8 não apresentavam ulcerações.

1.1.4 Depressão e de satisfação com a vida

Nestas duas variáveis apenas 34 dos inquiridos (41,97%) conseguiram responder às questões. A média obtida na satisfação com a vida é de 9,53 (DP=4,39) indicando que os inquiridos se sentem um pouco insatisfeitos no quotidiano. Este parâmetro não apresenta correlações significativas com as habilitações académicas nem com a idade, mas correlaciona-se de modo significativo e de forma negativa com o Índice de Graffar: ou seja, quanto mais baixa é a classe socioeconómica menor é a satisfação com a vida. A satisfação com a vida é similar considerando o sexo (anova, $f=0,165$; $p=0,687$). Assim: homens - $M=9,92$, $DP=4,16$; mulheres - $M=9,29$, $DP=4,62$. Também são similares considerando o estado civil (anova, $f=0,029$; $p=0,971$): casado - $M=9,71$, $DP=5,46$; solteiro - $M=10$, $DP=-$; viúvo - $M=9,37$, $DP=3,72$. E o mesmo se passa com o contexto de residência (anova, $f=0,064$; $p=0,938$): periurbano - $M=9,35$, $DP=3,89$; rural - $M=10,25$, $DP=3,77$; urbano - $M=9,54$, $DP=5,39$.

Quadro 17. Depressão e satisfação com a vida

n=34	Média	Desvio-padrão	Depressão	Idade	Habilitações académicas	Índice de Graffar
Satisfação com a vida	9,53	4,39	-0,229	-0,031	0,024	-0,493**
Depressão	8,88	1,47		0,420*	0,060	-0,139

* Significativa para $p < 0,05$

** Significativa para $p < 0,01$

Na depressão a média obtida é de 8,88 (DP=1,47) indicando depressão leve na amostra de idosos. Considerando os scores desta escala verifica-se que: 0-5 (normal) - 0%; 6 a 9 (depressão leve) - 70,6%; ≥ 10 (depressão) = 29,4%. A depressão não apresenta correlações significativas com as habilitações académicas nem com o Índice de Graffar, mas correlaciona-se de modo

significativo e positivo com a idade: ou seja, quanto mais idade maior tendência para depressão.

As médias obtidas para o parâmetro depressão são similares considerando o sexo (anova, $f=3,444$; $p=0,073$): homens – $M=8,31$, $DP=1,49$; mulheres – $M=9,24$, $DP=1,38$. Contudo os dados sugerem uma tendência para que as mulheres estejam um pouco mais deprimidas. A depressão é similar para os inquiridos com os vários estados civis (anova, $f=0,798$; $p=0,459$): casado – $M=8,50$, $DP=1,60$; viúvo – $M=9,16$, $DP=1,39$; solteiro ($n=1$) – $M=9,0$. O estado de depressão varia com a zona de residência (anova, $f=5,421$; $p=0,010$): os residentes em zona urbana apresentam médias superiores de depressão ($M=9,46$, $DP=1,13$), seguindo-se os residentes em zona periurbana ($M=8,88$; $DP=1,49$) e os que moram em zona rural ($M=7,00$; $DP=0,82$).

A correlação entre a depressão e a satisfação com a vida (quadro 16) é negativa e moderada, mas não é significativa, ou seja, pode sugerir alguma tendência para quanto menor a satisfação com a vida maior a depressão.

Neste estudo a satisfação com a vida e a depressão não se encontram significativamente correlacionados com nenhuma das variáveis incluídas no contexto de cuidados. Os dados (quadro 17) sugerem que a satisfação com a vida se correlaciona de modo mais forte com essas variáveis do que a depressão. Ou seja, o contexto de cuidados parece ter uma ligeira influência na satisfação com a vida.

Quadro 18. Satisfação com a vida, depressão e contexto de cuidados (correlação)

n=34	Satisfação com a vida	Depressão
Índice de Barthel	-0,199	0,021
Mini Mental	0,227	0,119
Mini Nutritional Assessment	0,250	-0,053
Tempo de dependência (meses)	-0,222	-0,187

O quadro 18 evidencia as correlações da satisfação com a vida e depressão com estado funcional, estado nutricional e tempo de dependência de cuidados. Não se verifica nenhuma correlação significativa. Destacamos as correlações com valores moderados (mesmo não significativas): i) positiva entre o estado

cognitivo e nutricional e a satisfação com a vida; ii) negativa entre o tempo de dependência e a satisfação com a vida. As correlações com a depressão são sempre mais baixas.

1.2 Cuidadores

A análise dos resultados obtidos para a amostra dos cuidadores familiares prestadores de cuidado informal organiza-se em diversas vertentes. Assim estudou-se esta amostra na vertente da dependência, atendendo a que muitos cuidadores são idosos e, portanto, também com dependências (físicas, cognitivas e de morbilidade). Assim, estudou-se a dependência funcional pela aplicação do índice de Barthel, a dependência cognitiva pela aplicação do Mini-mental, classificação do estado nutricional pela aplicação do Mini-Nutritional Assesment, e relacionando estes instrumentos com o tempo de dependência de cuidados, com o género, habilitações literárias e sócio-demográficas. Foram também aplicados instrumentos de avaliação da satisfação com a vida (SWLS) e da sobrecarga (Zarit).

1.2.1 Contexto de prestação de cuidados

O tempo dispendido na prestação de cuidados aos idosos apresenta uma amplitude de valores considerável (quadros 19 e 20). A sua distribuição por número de meses apresenta um mínimo de 1 mês e um máximo de 300 meses (25 anos), para um valor médio de 30,56 meses (cerca de 2 anos e meio).

Quadro 19. Tempo de cuidado e tarefas desempenhadas

	Média	Desvio-padrão
Tempo de prestação de cuidados (meses)	30,56	50,48
Horas por dia de cuidados	20,56	6,47
Tarefas desempenhadas pelos cuidadores	n	%
Alimentação	11	12,5
Higiene	2	2,3
Todas	75	85,2

Em relação ao número de horas por dia dispendidas a cuidar verifica-se uma média de 20,56 horas (DP=6,47), variando entre as 4h e as 24h. Quanto à variedade de tarefas desempenhadas pelo cuidador, verifica-se que a maioria dos cuidadores (n=75; 85,2%) desempenha a totalidade das tarefas do cuidado. Porém 2,3% dos cuidadores apenas executam os cuidados de higiene e 12,5% ajudam na alimentação.

Quadro 20. Tempo dispendido na prestação de cuidados

Prestação de cuidados	Tempo (meses)		Horas/dias	
	M	DP	M	DP
Sexo do cuidador				
Feminino	29,5	52,27	21,50	5,84
Masculino	32,92	46,86	18,32	7,43
Estado civil				
Marido (n=8)	18,38	23,43	24	-
Esposa (n=14)	42,21	67,04	24	-
Filho (n=8)	41,75	6,41	18	6,42
Filha (n=27)	32,41	58,54	21,48	5,56
Nora (n=8)	12,50	10,53	24	-
Genro (n=5)	15,60	11,69	11,20	8,19

Na análise dos resultados desta amostra, verifica-se que as mulheres cuidam durante menos tempo em meses (M=29,5; DP=52,27) que os homens (M=32,92; Dp=46,86). Porém, as mulheres (M=21,50; Dp=5,84) cuidam significativamente mais horas por dia do que os homens (M=18,32; Dp=7,43). (Anova: $f=4,43$; $p=0,038$).

Na avaliação de quem cuida durante mais tempo verifica-se que são as esposas que cuidam mais: tempo em meses, M=42,21; Dp=67,04; durante 24 horas/dia. Seguem-se os filhos (M=41,75; Dp=6,41), as filhas (M=32,41; Dp=58,54) e os maridos (M=18,38; Dp=23,43).

1.2.2 Situação de autonomia e in/dependência

Neste estudo também se efectuou a análise dos cuidadores quanto a outras variáveis, designadamente: estado funcional (Índice de Barthel), estado nutricional (MNA) e mental (MMEM).

Quadro 21. Cognição, funcionalidade e estado nutricional: médias e correlações

N=85	Média	DP	Mini-Nutricional	Índice de Barthel	Idade	Tempo de cuidado	Horas de cuidado	Índice de Graffar
Mini-Mental	24,49	5,07	0,246*	0,291**	-0,278**	-0,312**	-0,054	-0,271*
Mini-Nutricional	24,24	2,09	-	0,307**	-0,343**	0,058	-0,152	-0,177
Índice de Barthel	95,29	11,08	-	-	-0,339**	0,072	-0,104	0,012

* Significativa para $p < 0,05$

** Significativa para $p < 0,01$

Verifica-se nesta amostra que os scores encontrados se encontram afastados dos valores máximos para cada escala em cada variável. O MMEM apresenta média de 24,49 (DP=5,079), para um score máximo de 30, sugerindo ausência de comprometimento cognitivo. O estado cognitivo apresenta correlações significativas e positivas com (quadro 21): estado nutricional e estado funcional (isto é, melhor estado cognitivo tende a associar-se a melhor estado nutricional e funcional). Paralelamente, tem correlações significativas e negativas com (quadro 21): idade, tempo de cuidados e classe socioeconómica (isto é a idade, o tempo de cuidados e as dificuldades socioeconómicas associam-se a mais problemas cognitivos).

A média no MNA é de 24,24 indicando boa nutrição. Nenhum participante se encontra com valores < 17 (subnutrição); 34,6% apresenta valores entre 17 e 23,5 indicando risco de malnutrição; e 65,4% obtém valores iguais ou superiores a 24, sugerindo bem nutrido. O estado nutricional correlaciona-se de forma significativa: e positiva com o estado funcional (melhor estado nutricional, melhor estado funcional); e negativa com a idade (mais idade, pior estado nutricional).

O índice de Barthel para um score máximo de 100 apresenta um mínimo de 40, e uma média de 95,29 (DP=11,083), sugerindo independência. Considerando os vários escalões de classificação verifica-se que 95,3% se encontram no grupo ≥ 60 (independência) e o valor mais baixo é de 40 indicando independência moderada. O estado funcional correlaciona-se de forma negativa e significativa com a idade: mais idade tende a ligar-se a pior estado funcional.

Quadro 22. Cognição, funcionalidade, nutrição versus sexo e parentesco

	Mini-Mental		Mini-Nutritional		Índice de Barthel	
	M	DP	M	DP	M	DP
Sexo						
Feminino	24,53	5,37	24,15	1,86	96,75	8,68
Masculino	24,40	4,41	24,44	2,62	91,80	15,06
Parentesco						
Marido	21,88	3,72	24,13	2,23	85,00	12,54
Esposa	22,14	7,77	22,93	2,46	90,36	13,65
Filho	24,38	4,17	23,63	2,88	92,50	21,21
Filha	24,81	4,04	24,89	1,91	99,07	4,81
Nora	26,88	4,58	24,62	1,51	100	-
Genro	26,00	4,18	25,6	1,14	100	-

Efectuou-se este estudo quanto ao género e parentesco do cuidador com parâmetros relacionados com a cognição, estado nutricional e funcionalidade do cuidador (quadro 22). A análise destes dados, não revelam diferenças significativas entre os sexos, relativamente às escalas aplicadas, muito embora o sexo feminino apresente scores ligeiramente superiores. Assim os scores para o MMEM são semelhantes por sexo (M=24,53, Dp=5,37) para as mulheres e para os homens (M=24,40, Dp=4,41). Por parentesco verifica um score mais baixo nos maridos (M=21,78, Dp=3,72) e o mais elevado verifica-se nos genros (M=26,00, Dp=4,18). Não se encontraram diferenças significativas entre as diversas variáveis com o parentesco (Anova, $f=0,012$ $p=0,913$).

Relativamente ao estado nutricional os resultados são semelhantes quanto ao género (M=24,15,Dp=1,86 para as mulheres e M=24,44,Dp=2,62 para os homens) e verifica-se não existirem diferenças estatisticamente significativas (Anova, $f=0,335$ $p=0,564$).

Relativamente à funcionalidade os resultados são semelhantes quanto ao género (M=96,75 Dp=8,86 para as mulheres e M=91,80 Dp=15,06 para os homens). Verificou-se não existirem diferenças estatisticamente significativas (Anova, $f=1,455$ $p=0,156$).

1.2.3 Situação clínica dos cuidadores

Foi efectuado o estudo da situação clínica dos cuidadores. Tendo em conta a dispersão das idades apresentadas (mínima de 27 anos e máxima de 88 anos), os resultados foram díspares. Este estudo centrou-se no número de medicamentos e verificou-se que 51,1% da amostra toma 0 medicamentos. Em 1 caso o participante toma 8 medicamentos/dia. No entanto a moda situa-se em 3 medicamentos por cuidador (17% da amostra), sendo que a média é de 1,33 (DP=1,79) medicamentos por dia.

Quadro 23. Número de medicamentos de toma diária

N=88	n	%
Número de medicamentos		
0	45	51,1
1	10	11,4
2	6	6,8
3	15	17,0
4	5	5,7
6	3	3,4
8	1	1,1
Total	85	96,6

Assim, embora em mais de metade dos cuidadores inquiridos não necessitem de medicação, verifica-se um apoio farmacológico considerável nos restantes. A polimedicação também emerge em alguns cuidadores, mas a gravidade da

situação clínica dos cuidadores não é equiparável à encontrada nos idosos. Porém algumas diferenças esbatem-se quando se avaliam os grupos etários mais elevados dos cuidadores, no respeitante à polipatologia e polimedicação (Gupta, 1997; Relvas, 2006; Botelho, 2000).

Ao ser efectuado o estudo das queixas em saúde verifica-se que alguns cuidadores apresentam patologias específicas. O quadro 24 pretende ilustrar essa situação, valorizando as queixas pelo ICPC (International Classification of Primary Care).

Quadro 24. Queixas em saúde

Presença de queixas	n	%
A Gerais	3	3,4
B Sangue	0	-
D Aparelho digestivo	3	3,4
F Olho	24	27,3
H Ouvido	6	6,8
K Aparelho circulatório	27	30,7
L Músculo-esquelético	27	30,7
N Sistema nervoso	31	35,2
P Queixas psicológicas	42	47,7
R Aparelho Respiratório	0	-
S Pele	3	3,4
T Endocrinologia	3	3,4
U Aparelho genito-urinário	2	2,3
XY Aparelho genital	0	-

Nos cuidadores salientam-se as queixas psicológicas (47,7%), seguindo-se as queixas associadas ao sistema nervoso (35,2%). Desta forma, parecem ser mais os problemas de natureza emocional e, em especial, relatos de depressão e ansiedade que afectam os cuidadores. Contudo 30,7% referem queixas ao nível do sistema músculo-esquelético e do aparelho circulatório.

1.2.4 Satisfação com a vida

A escala de satisfação com a vida (SWLS) compreende cinco itens, organizados numa escala de Likert de 5 pontos. Os resultados estão organizados num mínimo de 5 e um máximo de 25, sendo que a esta pontuação corresponde um maior nível de satisfação com a vida. Em média os cuidadores obtêm 12,1 (DP=1,56) o que indica pouca satisfação com a vida.

Quadro 25. Satisfação com a vida, versus tempo e horas de cuidado

N=85	Tempo de cuidado em meses	Horas de cuidado por dia	Satisfação com a vida
Horas de cuidado por dia	0,062	-	-
Satisfação com a vida	-0,048	0,063	
Sobrecarga	0,077	0,232*	-0,091

* Significativa para $p < 0,05$

Efectuando a correlação entre a satisfação com a vida, o tempo de cuidado em horas por dia e meses verifica-se que não existem correlações estatisticamente significativas. Contudo verifica-se uma correlação positiva e significativa entre o sentimento de sobrecarga e as horas de cuidado por dia: quanto mais horas diárias de envolvimento no cuidado, maior tendência para sentir sobrecarga.

1.2.5 Sobrecarga do cuidador

Para estudar este parâmetro foi aplicada a Escala de Zarit (Zarit Burden Interview) (Zarit, 1987). A escala possibilita o cálculo de um score global de sobrecarga, mas não de scores independentes para os aspectos, objectivo e subjectivo. A pontuação final de sobrecarga inclui: 1- sobrecarga intensa (56-110), 2 – sobrecarga leve (47-55), 3 – sem sobrecarga (22 – 46).

Os resultados revelam uma média de 46,66 (Dp=12,42) variando entre 22 e 74. A média obtida indica sobrecarga leve. Contudo, verifica-se uma dispersão

entre um mínimo de 22 (sem sobrecarga) e um máximo de 74 (sobrecarga intensa). Considerando os níveis de sobrecarga inerentes à escala observa-se que: sobrecarga intensa – 42%; sobrecarga leve – 26,1%; sem sobrecarga – 25%.

Ao ser efectuada a análise por sexo verifica-se para o sexo feminino uma média de 46,64 (DP=13,32) e para o masculino de 46,71 (DP=10,20). Não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos ($f=0,982$).

Quadro 26. Sobrecarga versus idade, habilitações académicas, Índice de Graffar e número de medicamentos (correlações)

n=82	Sobrecarga
Idade	-0,071
Habilitações académicas	-0,033
Índice de Graffar	0,016
Número de medicamentos	0,135

Não emergem correlações significativas entre a sobrecarga e: idade, habilitações académicas, Índice de Graffar e número de medicamentos. As correlações são sempre baixas.

Analisou-se também a sobrecarga considerando o parentesco (quadro 27).

Quadro 27. Sobrecarga e parentesco do cuidador

Parentesco	n	Média Sobrecarga	Desvio- Padrão
Afilhada	1	62,00	-
Amiga	3	45,67	17,61
Cunhada	1	74,00	-
Empregada	2	49,50	3,53
Esposa	13	44,00	12,69
Filha	26	48,92	12,88
Filho	8	45,25	12,04
Genro	5	43,40	10,26
Marido	7	52,00	8,24

Neta	2	52,50	7,77
Neto	2	51,50	6,36
Nora	8	41,00	9,32
Prima	1	25,00	-
Sobrinha	1	31,00	-
Vizinha	2	37,50	21,92

Verifica-se que os scores médios são elevados para alguns parentescos representados apenas por 1 elemento: afilhada e cunhadas. Para os mais próximos os scores indicam sobrecarga leve: esposas e marido. Não emergem diferenças estatisticamente significativas (Anova $f=1,349$ $p=0,204$).

Quanto à relação entre a sobrecarga e o estado civil (quadro 32), verifica-se que a maioria dos cuidadores são casados ($n=65$) apresentando uma média de sobrecarga de 46,82 (DP=11,349) (sobrecarga leve), semelhante aos encontrados nos solteiros e nos viúvos. Nos divorciados ($n=3$) a média obtida é de 61,00 (sobrecarga intensa). Não emergem diferenças significativas ($f=1,580$).

Quadro 28. Sobrecarga e estado civil do cuidador

Estado civil	n	Média Sobrecarga	Desvio-Padrão
Casado	4	38,50	11,79
Divorciado	65	46,82	11,34
Solteiro	3	61,00	3,60
Viúvo	2	47,50	20,50

Ao efectuar a análise dos resultados relacionando a sobrecarga com as tarefas desempenhadas verifica-se um score elevado para os cuidadores que executam a totalidade das tarefas ($n=72$): $M=47,64$, $Dp=12,424$. Os cuidadores que apenas confeccionam e administram a alimentação ($n=8$), apresentam uma média mais baixa: $M=40,13$, $dp=13,389$. Os que colaboram somente na higiene ($n=2$) revelam sobrecarga ligeira: $M=37,50$, $dp=21,920$. Porém não foram encontradas diferenças significativas entre estes grupos de cuidadores variáveis ($f=1,916$).

Efectuaram-se as correlações da sobrecarga com os dados no Mini-Mental, Mini-Nutritional Assessment e Índice de Barthel. As correlações são sempre baixas e não significativas. Assim, as correlações da sobrecarga com as outras variáveis são: $r=-0,024$ com o Mini-Mental; $r=0,050$ com o Mini-Nutritional Assessment; $r = 0,028$ com o índice de Barthel.

Também se correlacionou a sobrecarga com tempo de cuidado em meses ($r=0,077$), horas de cuidados por dia ($r=0,232$; $p<0,05$) e satisfação com a vida ($r=-0,091$). Apenas a correlação da sobrecarga com as horas de cuidado por dia é significativa, sendo positiva e moderada, sugerindo que mais horas de cuidados por dia levam a mais sentimento de sobrecarga. Contudo o tempo de cuidados em meses não parece afectar a sobrecarga.

Parte IV
Capítulo V- Discussão

1.0 Introdução

Este capítulo tem por objectivo a discussão dos resultados obtidos, evidenciando aspectos que pelo seu significado se destaquem e relacionem com outros estudos efectuados neste âmbito.

Esta pesquisa desenvolveu-se através de um itinerário assente num quadro conceptual desenvolvido a partir de revisão bibliográfica. Os objectivos gerais e específicos foram organizados em conformidade com esse enquadramento e operacionalizados num estudo de caso (pessoas idosas dependentes e seus cuidadores, acompanhados pelo apoio domiciliário do Centro de Saúde de Aveiro), de abordagem quantitativa. A amostra abarcou a totalidade dos idosos dependentes em apoio domiciliário e seus cuidadores informais, no período definido para o estudo (2007). Assim a discussão dos resultados, implicações e recomendações, será estruturada de acordo com os objectivos propostos.

As primeiras considerações serão efectuadas de acordo com os resultados e o tratamento estatístico dos dados relacionados com o idoso dependente em apoio domiciliário, numa perspectiva multidimensional estudando as características sócio-demográficas, morbilidade, estado nutricional, estado funcional, estado cognitivo, depressão e satisfação com a vida.

Em seguida será efectuada a análise dos resultados obtidos pelo estudo multidimensional dos seus cuidadores, analisando as suas características sócio-demográficas, morbilidade, estado nutricional, estado funcional, e de satisfação com a vida e sobrecarga.

1. As pessoas idosas dependentes e seus cuidadores

Neste estudo foi efectuada a avaliação multidimensional de uma amostra de idosos dependentes e dos seus cuidadores informais, analisando a capacidade funcional dos dois grupos e factores associados, nomeadamente as variáveis contextuais e sócio-demográficas, depressão, satisfação com a vida, estado cognitivo e nutricional, queixas em saúde e sentimento de sobrecarga do cuidador.

A avaliação multidimensional é referida e preconizada pela OMS (1996), ao apontar a necessidade da interdisciplinaridade na avaliação de idosos que é reforçada por diversos autores (cf. Botelho, 1997; Botelho, 2000; Veríssimo, 2006). A adopção desta metodologia permitiu cumprir o objectivo primordial deste estudo que consistia em efectuar a caracterização da população idosa dependente com idade igual ou superior a 75 anos, em apoio domiciliário no Concelho de Aveiro e seus cuidadores informais.

Quanto às duas amostras em estudo foi possível caracterizá-las e evidenciar semelhanças e diferenças entre idosos e seus cuidadores, nas diversas vertentes envolvidas. Idosos e cuidadores apresentam uma percentagem superior de mulheres, o que é consistente com a literatura demográfica (Nazareth, 2007) e diversos estudos neste âmbito (cf. Botelho, 2000; Figueiredo, 2008). De facto, as mulheres vivem maior número de anos e, como consequência, podem ser em simultâneo receptoras e prestadoras de cuidados. Os idosos na amostra são dependentes em termos funcionais. Contudo 41,97% mantinham alguma autonomia e independência; os restantes 58% estavam acamados, anquilosados e com alterações cognitivas graves.

Os cuidadores eram autónomos. Apresentam uma amplitude de idades entre os 27 e os 88 anos, tendo-se observado que 51% não tomava medicamentos diariamente; já 17% efectuava uma toma quotidiana regular de 3 fármacos. Constatou-se também que a relação de parentesco do cuidador com o idoso era próxima: filhas (30%), esposas (16%), noras (9%), mais uma vez evidenciando a feminização do cuidado. O Índice de Graffar, utilizado como instrumento de avaliação socioeconómica, situava esta amostra na classe média, muito embora o nível educacional fosse baixo. Em média os cuidadores utilizam 20h do dia a cuidar do idoso dependente, sendo que 85% dos cuidadores executam a totalidade das tarefas relacionadas com o cuidado.

No que respeita às queixas em saúde verificou-se que as respostas tenderam para um carácter subjectivo, influenciadas pelo estado depressivo e/ou pelo baixo nível social, cultural e educacional dos idosos e dos cuidadores. Na sua maioria, os casos avaliados seriam preferivelmente enquadráveis no âmbito dos cuidados continuados e mesmo dos cuidados paliativos. Mesmo quando os idosos se apresentavam conscientes e colaborantes, muitas vezes

apresentavam-se debilitados e com condições habitacionais muito precárias para poderem permanecer lá dignamente. A maior prevalência de queixas situou-se no sistema músculo-esquelético, úlceras de decúbito, perturbações psiquiátricas, patologia cardiovascular e neurológica.

É de destacar os relatos pelos idosos (e alguns cuidadores mais idosos) de dor osteomuscular e neuropática, a queixa de maior impacto, não só para quem a sofre, mas também para o médico (eu) que avalia e pouco pode fazer. Outras queixas importantes relacionavam-se clinicamente com o aparelho cardiovascular, com os órgãos dos sentidos (dificuldades auditivas e visuais) e alterações urinárias (incontinência e retenção). A maior vulnerabilidade a estas patologias não é estranha nas idades avançadas, pois o envelhecimento acarreta a multipatologia, alterações degenerativas e sensoriais e, em consequência, maior susceptibilidade à doença e incapacidade (cf. Ermida, 1999; Greenblatt, 1982; Botelho, 2007; Pinto, 2007).

Na amostra de cuidadores destacam-se as queixas relacionadas com o aparelho músculo-esquelético, aparelho circulatório, nervoso e psicológico. A funcionalidade está relacionada com a capacidade de cada um cuidar de si (auto-subsistência), e é realmente marcante nestas amostras, traduzindo-se na verbalização das queixas.

A amostra de idosos apresenta com dependência severa que é consistente com a avaliação clínica da amostra (58% acamados e com défices cognitivos graves). A incapacidade de locomoção destes idosos, de entre as outras incapacidades associadas, contribui por si para uma definição muito concreta de dependência e incapacidade desta coorte.

Os cuidadores são autónomos ou pelo menos apresentam maior independência por comparação com os idosos de quem cuidam. Alguns cuidadores eram muito idosos e com limitações funcionais evidentes, por exemplo um cuidador deslocava-se em cadeira de rodas. A autonomia na locomoção de todos os cuidadores, não invalida a existência de algumas queixas em saúde nesse âmbito, relacionadas com o aparelho músculo-esquelético referidas por 32% nos cuidadores (20% nas mulheres e 12% nos homens). A prevalência de idosos com algumas limitações funcionais entre os cuidadores, reforça a

associação entre o nível de dependência e a idade, isto é os cuidadores mais idosos são os mais limitados funcionalmente.

Para avaliação do estado nutricional foi utilizado o Mini-Nutritional Assessment. De referir que a totalidade das avaliações foram efectuadas no domicílio dos idosos e/ou de seus cuidadores e, portanto, fora da zona de conforto de um consultório médico. Foi utilizada a fórmula de Chumlea (Chumlea et al, 1985), para correcção da altura nos casos de idosos acamados. Esta opção constituiu a forma mais humanizada de efectuar estes cálculos, em casos cujo sofrimento já era extremo. Na amostra de idosos obteve-se uma média de 16,19 apontando para estados de desnutrição. Nos cuidadores obteve-se uma média de 24,24 sugerindo boa nutrição.

Na avaliação do estado cognitivo foi utilizado o Mini-Mental Status Examination (MMSE), um dos testes mais utilizados na avaliação cognitiva e no rastreio de situações demenciais. Foi utilizado pela OMS e por grandes estudos multicêntricos europeus, tais como o estudo PAQUID (Epidemiological Program on Brain Ageing, 1992) e SENECA. Para os idosos obteve-se uma média de 8,51 que indica défices cognitivos severos. A média nos cuidadores foi de 24,49 indicando ausência de comprometimento, embora a dispersão dos dados indique a existência de cuidadores com alguns comprometimentos.

Foi efectuada a avaliação do estado depressivo dos idosos através da Escala Geriátrica de Depressão (EGD/GDS). A aplicação deste instrumento foi condicionada pelo número de idosos sem capacidades cognitivas para responder: somente 34 (39%) estavam capazes de responder. Os resultados apontam para depressão moderada nos idosos, com uma média de 8,88.

A satisfação com a vida foi avaliada numa perspectiva de obter informação sobre o bem-estar subjectivo do indivíduo. Na amostra de idosos este instrumento foi aplicado a 34 participantes pelos motivos já referidos. Obteve-se uma média de 9,53, sugerindo escassa satisfação com a sua vida, que parece não ter relação significativa com a idade, sexo ou grau académico, mas relaciona-se com a situação socioeconómica (menos recursos socioeconómicos associam-se a menos satisfação com a vida). Nos cuidadores a média obtida é 12,1, indicando pouca satisfação com a vida porém superior à dos idosos.

Na avaliação da sobrecarga do cuidador foi utilizada a Escala de Zarit para avaliar repercussões do acto de cuidar de idosos dependentes. Obteve-se uma média de 47 indicando sobrecarga leve. Contudo, uma análise mais pormenorizada revela que 26,8% dos cuidadores se encontra com sobrecarga intensa. A sobrecarga revelou-se mais intensa nos cuidadores mais idosos e nos que desempenham todas as tarefas de cuidar.

1.1 Idosos

Nesta amostra verificou-se que 51,9% dos idosos são viúvos, 44,4% são casados e apenas são 3,7% solteiros. Estes resultados estão de acordo com os resultados de outros estudos efectuados neste âmbito (cf. Sequeira, 2007; Figueiredo, 2008). Nesta população idosa constituída por 81 indivíduos, com uma amplitude etária entre os 75 e 98 anos, os homens apresentam a média nos 80,84 anos e as mulheres uma média de 82,73, médias etárias estatisticamente similares.

Neste estudo a amostra situa-se em 50% dos casos na classe média e 45,7% nas classes baixa e média-baixa. Os rendimentos obtidos são provenientes na generalidade de pensões e reformas (Fonseca, 2007). Também se estudou o nível de escolaridade da amostra, que se revelou baixo (ausência de escolaridade formal ou 3-4 anos de escolaridade). Esta situação também é semelhante em diversos estudos (cf. Botelho, 2000; Fonseca, 2007).

Ao ser efectuado o estudo da dependência por meses e por sexo verifica-se um maior tempo de dependência no sexo masculino (59,6 meses), por comparação ao sexo feminino (24,98 meses). Relacionando a dependência com o estado civil dos intervenientes da amostra, verifica-se que: os solteiros são significativamente dependentes há mais tempo do que os casados e os viúvos. A média de tempo de cuidados é de 128 meses para os solteiros, de 30,17 meses para casados e de 33,79 meses para viúvos. Porém, o estado civil não parece influenciar a dependência física e mental destes idosos, pois estas variáveis não se associam significativamente.

Neste estudo verifica-se uma correlação entre estado funcional e idade, o comprometimento da funcionalidade aumenta com a idade, o que também tem sido encontrado noutros estudos (cf. Botelho, 2000; Figueiredo, 2006;

Paúl, 1997). A funcionalidade nas mulheres (M=18,84) apresenta valores indicativos de dependência um pouco menos severa do que os homens (M=21,79). Também não emergem diferenças significativas entre os sexos quanto ao estado depressivo, estado cognitivo e a satisfação com a vida.

Nos participantes idosos apenas 34 estavam capazes de responder às questões. Os dados revelaram níveis de depressão leves, contudo 29,4% dos respondentes estavam deprimidos. Nestes não se encontraram diferenças significativas entre sexos, porém os dados sugerem estados depressivos mais prováveis em mulheres, o que tem sido comum em diversos estudos (cf. Chen, 2004).

Os idosos inquiridos estão muito pouco satisfeitos com a vida. Esta variável associa-se de forma estatisticamente significativa, com a classe socioeconómica, no sentido em que a satisfação com a vida tende a diminuir em classes mais desfavorecidas. Parece evidente a necessidade de efectuar a avaliação económica decorrente do acto de cuidar em ambiente domiciliário. Verifica-se que os agregados familiares com menores rendimentos (provenientes exclusivamente da reforma), com níveis educacionais e socioeconómicos débeis têm maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde e benefícios sociais. Daí a importância do desenvolvimento do empowerment comunitário, capacitador na envolvimento dos cidadãos nos serviços de saúde, serviços de apoio social e serviços autárquicos em parcerias fortes de apoio comunitário.

Relativamente às queixas em saúde não emergem diferenças significativas considerando o sexo e a idade, no que concerne ao número de queixas manifestadas e ao número de órgãos atingidos. As queixas relacionam-se com uma média de 3 e 7 órgãos. Na análise das queixas por órgãos e sistemas verificou-se que 100% dos idosos apresentam queixas/patologia do aparelho músculo-esquelético, 97,5% na dermatologia (escaras), 72,8% revelam queixas psiquiátricas (muitas relacionadas com demências senis) e 64,2% identificam patologia cardiovascular.

A terapêutica instituída é relevante: cerca de 90% dos idosos têm entre 2 e 7 medicamentos como toma diária. Este facto, só por si, evidencia a pluripatologia subjacente, a gravidade da sua situação clínica e a necessidade

de cuidador, e em muitos casos de outras formas de cuidado (continuados e paliativos). Esta multipatologia está descrita na literatura, sendo referida em múltiplas pesquisas (cf. Gupta, 1997; Ermida, 1999; Greenblatt, 1982; Botelho, 2007; Pinto, 2007). E está de acordo com Relvas (2006) quando refere que, com o avançar da idade, é normal a existência de patologias múltiplas, havendo a necessidade de recorrer a medicações diversas, mas que sendo extremamente comuns no idoso podem conduzir a efeitos colaterais graves. Esta polimedicação associada a patologias graves e polipatologia é denominada por alguns como "pandemia de incapacidades" (Botelho, 2000: 22).

Avaliando a amostra por morbidade, verifica-se que 37% dos idosos sofre de sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), sendo que 20% apresenta insuficiência cardio-circulatória. Esta realidade não surpreende, pois em Portugal o AVC corresponde à primeira causa de morte (Gonçalves, 2000), sendo considerado como a quarta causa de morte a nível mundial pela OMS (1999). O AVC tende a ocorrer nos mais velhos: 80% dos casos ocorrem em pessoas com 65 anos ou mais de idade; sendo que desses eventos 54% sucedem em pessoas com 75 anos ou mais (Woodford, 2009). Na mesma lógica se inserem os casos de patologia cardio-circulatória, pois estima-se que esta afecção tenha uma prevalência de 1% nos adultos na quinta década de vida, subindo para 10% nas pessoas na oitava década (Woodford, 2009).

Na amostra 49,4% dos participantes apresentam patologia do foro neurológico (6,2% casos têm doença de Parkinson). Nos participantes da nossa amostra, a patologia demencial apresentava uma prevalência de 18,5%, consistente com a literatura científica. A demência, caracterizando-se por deterioração crónica e progressiva das funções cognitivas, conduz por si à incapacidade de realizar as tarefas diárias (Cardoso, 2006). Os casos de demência apresentam epidemiologicamente uma prevalência de 8-10% em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Este indicador sobe mais 35% em idosos com idades superiores a 85 anos (Woodford, 2009; Sisodia, 2000).

A gravidade da situação clínica dos idosos está evidenciada na magnitude lesões dérmicas: ocorrem em 91% dos participantes. Apenas em 8 casos não foi reconhecida e avaliada esta patologia. Estas lesões conhecidas como

feridas de pressão ou úlceras de decúbito desenvolvem-se pela restrição do fluxo sanguíneo aos tecidos, como resultado da pressão exercida pelo peso do corpo sobre a pele. Esta situação, resultante muitas vezes da imobilidade do doente, conduz à hipoxémia, necrose e ulceração dos tecidos (Woodford, 2009). Na amostra estudada é de sublinhar que em 68% dos casos as lesões atingiam a epiderme e a derme, e em 15% atingiam o músculo, os tendões ou a proximidade óssea.

1.2 Cuidadores

A idade dos cuidadores da amostra varia entre os 27 e os 88 anos, apresentando ponto de corte nos escalões etários 65-70 anos. Quanto à situação socioeconómica verifica-se que os cuidadores se situam na classe média, ou seja, num estrato muito semelhantes ao dos idosos. O seu nível de escolaridade é baixo, mas em geral superior ao dos idosos: apenas 6,8% não frequentaram o ensino formal (os mais velhos); e 4% frequentaram o ensino superior. Em relação ao parentesco com o idoso verifica-se que 80% são familiares próximos (marido, mulher, filhos/as, noras, genros), o que é consistente com a literatura consultada e com outros estudos (cf. Paúl, 2005; Sequeira, 2007; Sousa, 2006).

Quanto ao género do cuidador constatou-se que 55% pertencem ao sexo feminino. Este pendente quanto ao género é concordante com as diversas estimativas demográficas actuais sobre a maior longevidade da mulher (cf. INE, 2002; Nazareth, 2007) e o papel histórico, social e cultural da mulher face ao cuidar, à família e ao lar (cf. Hespanha, 1993; Simões, 2003; Sousa, 2006).

Quanto ao seu estado civil predominam os cuidadores/as casados/as (86,3%). Esta situação é comum a estudos anteriores e coincide com as características predominantes da população portuguesa nestas idades, em que predominam os casados, e onde são escassos os divórcios (cf. Quaresma, 2003; Sousa, 2006). São as esposas quem cuida maior número de meses e de horas por dia: 47,2 meses e 24 horas por dia. Assim, reforça-se a necessidade de apoio às esposas cuidadoras, pois a responsabilidade social que paira sobre elas,

torna o seu esforço mais invisível para as próprias (estão a fazer o seu papel) e para os outros (é o seu papel e estão preparadas para ele).

A amostra de cuidadores revelou-se independente ou pelo menos com maior independência do que o grupo dos idosos. No índice de Barthel apresentam uma média de 95,29 (independência), com um valor mínimo de 40; ou seja, alguns cuidadores mais velhos (o mais idoso tem 88 anos) apresentam algumas limitações funcionais.

Voltando à sobrecarga, verifica-se que 42% dos casos não revela sobrecarga, o que pode parecer improvável atendendo à situação clínica grave dos idosos e às tarefas e tempo de cuidados assumidos pelos cuidadores. Mas a literatura indica que a sobrecarga subjectiva acaba por ter mais influência na avaliação do que a objectiva (tarefas realizadas, tempo dispendido); além disso, há ganhos para o cuidador com os cuidados, como seja cuidar de alguém que se ama (cf. Figueiredo, 2006). Contudo, 28% apresenta sobrecarga leve e 26,8% sobrecarga. Apesar de as diferenças não serem significativas, parece que a sobrecarga aumenta com a distância relacional: ou seja, a esposa e a filha revelam menos sobrecarga, por comparação com uma cunhada. Deste modo, sublinha-se, mais uma vez, a importância da sobrecarga subjectiva e a importância da qualidade da relação prévia aos cuidados (cf. Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Quanto à temporalidade do cuidado verifica-se uma amplitude considerável. Assim, varia entre 1 mês e os cerca de 25 anos, sendo a média cerca de 2 anos e meio. Ou seja, os cuidados familiares são tendencialmente uma tarefa de longo prazo, que os cuidadores quando assumem não imaginam que ocupará tantos anos da sua vida. O número de horas por dia dispendidas a cuidar apresenta uma média de 20,56 horas, variando entre as 4h e as 24h. As mulheres cuidam mais horas por dia em média (21,5h) do que os homens (18,3), sugerindo que os homens conseguem mais algum tempo livre (para si), quase sempre porque elementos da rede informal (vizinhas, familiares) têm *pena* deles e os ajudam (mais do que ajudam as mulheres cuidadoras) (Ribeiro, 2005).

Estes cuidadores estão pouco satisfeitos com a vida, mas um pouco mais satisfeitos do que os idosos de quem cuidam. Este resultado pode ser

interessante para o apoio aos cuidadores, pois apesar do trabalho que têm ainda se mantêm mais satisfeitos do que os idosos.

A maioria dos cuidadores (85,2%) desempenha a totalidade das tarefas do cuidado. São estes cuidadores que assumem todas as tarefas que revelam mais sentimento de sobrecarga, sobretudo se cuidam mais horas por dia (independentemente do tempo há que prestam cuidados). Parece que o alívio da sobrecarga dos cuidadores pode ser conseguido diminuindo as tarefas que realizam e, assim, diminuindo as horas de cuidado. Simões (2003) refere que a idade pode ser um factor de sobrecarga nos cuidadores, pois existe uma maior vulnerabilidade ao esforço dispendido.

Em geral, os cuidadores não revelam comprometimento cognitivo, ou manifestam algum ligeiro. O estado cognitivo apresenta correlações significativas e positivas com o estado nutricional e funcional, ou seja, os cuidadores com algum comprometimento cognitivo tendem a apresentar também algumas limitações funcionais e risco de malnutrição. Para além dos problemas do cuidador, esta situação alerta para a possibilidade de ruptura dos cuidados. E tal não ocorrerá por opção do cuidador, mas porque o cuidador não terá condições para efectuar a tarefa. Contudo, verifica-se que alguns cuidadores, apesar da diminuição cognitiva, funcional e nutricional mantêm a função de cuidadores, por falta de alternativa e apesar dos cuidados que prestam serem pouco adequados. Além disso, os dados indicam que a idade, o tempo de cuidados e as dificuldades socioeconómicas se associam a mais problemas cognitivos. Portanto, como muitos destes cuidadores já estão em idades avançadas, têm algumas dificuldades económicas e cuidam há algum tempo, é provável que estejam com forte risco de diminuição cognitiva. Quanto ao estado de saúde dos cuidadores verificam-se diferenças em relação aos idosos, que se esbatem quando se avaliam os grupos etários mais elevados dos cuidadores, no respeitante à polipatologia e polimedicação (cf. Gupta, 1997; Relvas, 2006; Botelho, 2000). Por exemplo, também nos cuidadores a patologia cardio-circulatória apresenta uma prevalência considerável (32%). Estima-se uma prevalência de 1% desta patologia nos adultos na quinta década de vida (Woodford, 2009) e os 84% dos cuidadores inquiridos inserem-se nessa faixa etária. No respeitante às perturbações

psicológicas verifica-se que são referidas por 49% dos cuidadores, essencialmente relacionadas com patologia depressiva. De referir que 10% dos cuidadores têm idade superior a 80 anos e 20% dos cuidadores tem idade superior a 70 anos, o que certamente justifica algumas destas queixas em saúde. Na mesma lógica se inserem as limitações no sistema músculo-esquelético que têm nesta amostra uma prevalência de 32%. A funcionalidade corre elevado risco de diminuição nesta amostra, principalmente nos escalões etários mais elevados, muito embora a média do instrumento tenha sido de 95,29.

Implicações e recomendações

Neste estudo verificou-se que a amostra de idosos é pobre, pertence a um estrato social baixo (46,9% dos idosos pertencem à classe média, 24,7% à classe baixa e 21% à classe média baixa) e possui um nível educacional deficitário (77,8% têm a instrução primária e 11,1% são analfabetos). Estes idosos apresentam elevados padrões de dependência física e cognitiva: 69,2% podem ser equiparados a dependência severa ou total. Os níveis de satisfação com a vida revelaram-se baixos, indicando que os inquiridos se sentem pouco satisfeitos no quotidiano. De referir que estes scores não foram obtidos pela análise da totalidade da amostra, mas apenas nos 34 casos cognitivamente capazes de responder a questões. Situação semelhante se verificou na avaliação do seu estado nutricional: os resultados revelam que esta amostra apresenta valores coincidentes com estados de desnutrição, evidenciando situações clínicas de gravidade *major*.

Os cuidadores, muitas vezes tão idosos como os familiares de quem cuidam, apresentavam padrões socioeconómicos semelhantes aos descritos para os receptores dos seus cuidados. Por outro lado, evidenciaram falta de adestramento técnico adequado para a assunção do cuidado. Na maioria dos casos é ministrado por mulheres, domésticas e/ou reformadas, sem base profissional anterior que lhes forneça conhecimentos técnicos e psicológicos para desempenhar estas tarefas. Nalguns casos verificou-se a clara necessidade de uma pausa na tarefa de cuidar, provocada pela sobrecarga ou pelo agravamento de patologias associadas. Porém, estes cuidadores

continuavam no seu *posto* motivados pela obrigação ou pelo afecto que sentiam pelo seu ente querido. Nestas circunstâncias, porém, para a qualidade de vida do cuidador e para a qualidade do cuidado, o afecto só por si é insuficiente. Cuidar de idosos no seu ambiente familiar é desejável para o próprio, para a família e para os serviços, mas exige condições de dignidade humana e ambiental. Em muitos destes casos as condições clínicas e a degradação do seu habitat deveriam impedir a sua permanência no domicílio, (casas sem qualquer conforto, térreas e de telha). Situação semelhante se verificava na impreparação técnica dos seus cuidadores.

Alguns idosos eram portadores de patologias graves: neurológicas, cardiovasculares e/ou respiratórias, estavam acamados, inconscientes, entubados, com apoio ventilatório e com escaras de decúbito. O impacto da doença em qualquer indivíduo é sempre significativo, mas nos jovens a recuperação tende a ser mais favorável e rápida. Nos idosos a doença é predominantemente de carácter crónico e insidioso.

Assim, os estes indivíduos vão arrastando e agravando a sua incapacidade até ficarem confinados à sua casa e à cama. Nos casos agudos com internamento, é possível programar um *contínuo* de cuidados, através do planeamento da alta, até porque muitos utentes ficam fragilizados após uma alta hospitalar, se esta não for planeada com a reintegração na família, na habitação ou na actividade normal (cf. Ermida, 1995). Nestes casos, a garantia da continuidade de cuidados é *"mantida pela utilização de recursos apropriados, desenvolvidos por equipas de saúde e por equipamentos, destinados a minimizar o risco da complicações e promovendo acções que envolvem os próprios e capacitando os seus cuidadores"* (Despacho Conjunto nº407/98).

"A prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório aparece como a forma mais humanizada de resposta, mas exige o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efectiva continuidade dos cuidados necessários, que se pretendem globais. Tais mecanismos, que estão na base da construção de uma sociedade solidária, envolvem a participação e colaboração de diversos parceiros sociais e exigem o envolvimento do Estado, como principal incentivador da acção, fazendo convergir esforços no apoio aos diversos agentes interessados". Em 2006, o Decreto-lei nº101 cria a rede de

Cuidados de Saúde Continuados, *“integrando unidades de internamento, ambulatório, hospitalares e domiciliárias (art.12ª), (...) assim como Unidade de Cuidados Paliativos (...) nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (art. 19º).*

Na maioria dos casos, os idosos desta amostra decaíram física e mentalmente e as suas famílias foram envolvidas no cuidado (*slipping into it*). Muitos cuidadores, na sua maioria mulheres, nunca trabalharam fora de casa. Daí que as suas experiências profissionais e culturais fossem limitadas, tal com eram limitadas as possibilidades de partilha e de troca de conhecimentos inter-pares. Estas famílias (cuidadores) para o *saber fazer e o saber estar* apenas dispunham de pouco mais que do apoio de uma visita domiciliária, duas vezes por semana.

Porém actualmente torna-se difícil programar um *contínuo* de cuidados a alguém que não tenha uma alta hospitalar prévia. E estes, eram casos de cuidados continuados e nalguns casos de cuidados paliativos.

Daí que a necessidade da facilitação no acesso aos cuidados continuados e paliativos deva ser incrementada de modo a obter (Cerqueira, 2005): i) a minimização dos efeitos da incapacidade; ii) articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados; iii) garantir a continuidade de cuidados; iv) valorização do papel do cuidador; v) promoção da saúde do cuidador; vi) facilitar o acesso a recursos disponíveis; vii) incentivar a abordagem multidisciplinar de cuidadores e de doente paliativo; viii) facilitar o contacto telefónico através de linha directa.

Não se pode desenquadrar o doente de todo o sistema e deixar exclusivamente à família a responsabilidade de um papel para a qual não está preparada. Daí que o Centro de Saúde possa vir a tornar-se o catalisador destas acções, e que o podem envolver interna e externamente.

O Centro de Saúde, actualmente integrado nos ACES (Agrupamentos de Centro de Saúde) *“é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários” (art.2º Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro)*. Como missão, este diploma no art. 3º refere que: *“ Para cumprir a sua missão, os ACES desenvolvem actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros*

serviços para a continuidade dos cuidados”. As referidas unidades funcionais desenvolvem actividades em diversos níveis sendo de destacar as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC é definida no art.11º do referido diploma como uma unidade capaz de *“prestar cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção; (...) sendo composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos (...). O ACES através da UCC participa na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local (...), e competindo-lhe constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho”.*

Em termos legislativos e teoricamente o *continuum* de cuidados estará assegurado no âmbito dos Cuidados Primários. Porém todo o processo de mudança é complexo e moroso, necessitando de estratégias e de recursos adequados à sua implementação. Estas estratégias poderiam estabelecer objectivos neste âmbito, que poderão ser de carácter externo e de carácter interno. No respeitante a estratégias externas aos serviços podem incluir-se:

1. As vocacionadas para os idosos, com projectos tendentes à manutenção da vida com qualidade, focalizadas em consulta domiciliária e no apoio a um *caring* abrangente (saúde oral, fisioterapia, acções curativas, alívio da dor, apoio da demência).
2. De apoio ao cuidador em projectos de caregiving, no adestramento técnico, em actividades de formação e de informação, sejam elas de âmbito psicológico, suporte social, reorganização da vida e esperança ou preparação para o luto.
3. De sensibilização da opinião pública e de visibilidade dos programas em actividades de extensão informativa, de comunicação e de divulgação; na participação e envolvência de parceiros chave, nomeadamente as autarquias, misericórdias, universidades, e outras entidades privadas

(IPSS). Estes parceiros poderiam interagir na complementaridade de cuidados e/ou na sinalização de casos omissos ou desconhecidos dos serviços

4. Na obtenção de apoios da comunidade, nomeadamente do voluntariado. Esta vertente tem o seu enfoque na Cidadania, na equidade de todos perante os serviços, na livre escolha do cidadão e participação plena na sua vida, mas também na promoção de comportamento saudáveis.

Ao nível interno:

5. Desenvolvimento de conhecimento, isto é produção de material informativo e formativo, de carácter formal (reuniões, congressos) ou informal (folhetos, audiovisual, homepage), para apoio dos idosos, das famílias e da comunidade.
6. A promoção da verdadeira partilha de saberes, e do espírito de equipa, num contexto de actuação multiprofissional em intervenções individualizadas ou em equipa, autónomas ou comuns.
7. Promoção de bases de dados transversais de partilha multidisciplinar, ainda que com especificidades técnicas asseguradas, por especialidade.
8. Estabelecimento de normas de orientação clínica capazes de avaliar as situações, sistematizar os dados e orientar os procedimentos.
9. Enfoque na melhoria contínua qualidade, em termos de adopção de manuais de procedimentos, da sistematização dos registos, e de avaliação de resultados.
10. Avaliação do desempenho.
11. Avaliação da satisfação dos doentes.
12. Acreditação/certificação de Serviços prestados.

Conclusões

"A **Velhice** é isto: ou se chora sem motivo, ou os olhos ficam secos de lucidez."

Diário de Miguel **Torga**, Vol. XII (1974).

Este estudo foi realizado no Concelho de Aveiro com uma amostra de idosos dependentes com apoio domiciliário e seus cuidadores. Foi possível caracterizar estas amostras de acordo com os objectivos propostos, tendo em conta a metodologia utilizada. Foi efectuada a caracterização de uma amostra de idosos, muito dependentes em termos clínicos, funcionais, e cognitivos. E realizou-se a caracterização da amostra de cuidadores relacionando os impactos na saúde resultantes do acto de cuidar, em termos clínicos, de sobrecarga, de depressão e de funcionalidade.

Como limitações deste estudo aponta-se o facto de que apenas 42% da amostra de idosos tinha capacidade para responder às questões colocadas. Para além de ter limitado o estudo, esta realidade condicionou o quotidiano de quem cuida na forma de sobrecarga, tal como condicionou emocionalmente quem de perto observou muitos destes dramas (a autora). Este estudo podia ser desenvolvido através da aplicação de outros métodos mais qualitativos e clínicos que permitissem maior precisão de alguns dados. Seria ainda interessante realizar entrevistas em profundidade que reconstituíssem o passado e o presente e projectassem o futuro destes cuidadores e dos idosos que para tal estivessem capacitados, usando as suas vozes. Desta forma, podíamos compreender quais são os factores de risco ao longo da vida e como se consubstanciam no presente e futuro.

Existe um número substancial de idosos acamados, anquilosados, com capacidades cognitivas muito alteradas e com polimedicação. Apresentam-se tendencialmente deprimidos e pouco satisfeitos com a vida, o que foi patente em alguns desabafos durante a administração dos questionários: *que estou cá a fazer; sou mais um estorvo; se ao menos Deus me levasse.*

Muitos cuidadores são também idosos, em geral familiares do sexo feminino. As mulheres, tradicionalmente domésticas continuam a ser o apoio principal destes familiares necessitados, sendo que 30,7% do cuidado era assegurado pelas filhas, 15,9% pelas esposas e 9,1% pelas noras. Apesar de tudo, a sobrecarga está ausente em 42% dos cuidadores. Estes resultados podem

traduzir aquilo que os mais próximos verbalizam como gratidão ou solidariedade conjugal “para o melhor e para o pior” (Sousa et al, 2004). De salientar que os cuidadores, muitas vezes “iludem” a sua sobrecarga e baixa satisfação com a vida por cuidarem de um familiar que amam. Muitos referem que não poderiam fazer melhor; por exemplo, uma esposa referiu que não dormia nunca, com medo que o marido, em coma, acordasse e a chamasse. No entanto, e apesar de ser evidente que na maioria dos casos os cuidadores fazem tudo o que podem para cumprir a sua “sina”, o que é perceptível e sobressai, são as dificuldades e carências de adestramento técnico.

Uma das vertentes fundamentais no que diz respeito à promoção da saúde nos idosos é a sua saúde mental. Segundo a OMS (1986), a saúde mental é “um estado de bem-estar no qual o indivíduo tem noção das suas próprias capacidades, é capaz de lidar com o stress normal do quotidiano, trabalha produtivamente, e contribui para a sua comunidade”. Nesta vertente a saúde mental é tão importante para o idoso, como para quem dele cuida, tantas vezes, um tão idoso como o outro.

Trabalhar/intervir junto de idosos em situação de dependência exige uma abordagem dinâmica, multidimensional e multidisciplinar que envolva e apoie quem cuida. Diversas abordagens neste âmbito o apontam, nomeadamente o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) que enquadra o binómio idoso-cuidador nos seguintes termos: i) adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas; ii) implementação de metodologias de diagnóstico das situações mais prementes e de planeamento das actividades prioritárias; iii) desenvolvimento de estratégias flexíveis, no estabelecimento de parcerias e sinergias entre os diversos intervenientes das comunidades de modo a conhecer as realidades, enquadrá-las e encontrar as respostas adequadas às situações; iv) desenvolvimento de equipas multidisciplinares coesas, com o apoio de equipamentos e de serviços descentrados na comunidade; v) criação de estruturas mais flexíveis de apoio aos idosos e seus cuidadores, que possam complementar o apoio integrado do domicílio, nomeadamente cuidados continuados de curta duração; vi) orientação da formação e informação personalizada às necessidades e capacidades dos cuidadores; vii) criação de equipas multidisciplinares de intervenção

comunitária; viii) integração de elementos com vocação para o voluntariado no apoio no cuidado domiciliário; ix) promoção do desenvolvimento de ambientes capacitadores. Alguns autores, nomeadamente Serra (1999), destacam também a necessidade do apoio afectivo, emocional, perceptivo, informativo, instrumental e de convívio social.

A OMS (1986) define neste sentido algumas estratégias de acção no âmbito da promoção da saúde, entre as quais se destacam a criação de apoios sociais, o desenvolvimento de competências pessoais e o fortalecimento da acção comunitária. Em muitos casos os cuidadores são também idosos e os espaços multidisciplinares e multidimensionais são necessários para o diagnóstico e encaminhamento das situações sinalizadas em ambos os grupos. O acesso à formação e informação é fundamental, de modo a que cada um possa ter maior acessibilidade a serviços disponibilizados pela comunidade. Daí que as ajudas técnicas sejam essenciais no bem-estar do idoso e na facilitação das tarefas do cuidador, nomeadamente as camas articuladas, colchões anti-escaras e as cadeiras de rodas. O apoio de equipas de saúde com competências específicas nesta área, podem promover intervenções adequadas (competências técnicas com apoio de fisioterapeuta, médico, psicológico ou de serviço social), e são relevantes no apoio do cuidador para que a prestação de cuidados seja mais eficaz.

Tal como é natural envelhecer, também é natural cuidar de pessoas idosas nas suas casas, remontando esta prática à antiguidade. O Velho e o Novo Testamento referenciam a importância de cuidar e visitar os doentes nas suas residências, no sentido de demonstrar sentimentos de solidariedade cristã. O aumento da esperança de vida e o conseqüente envelhecimento demográfico, conduziu a transformações sociais generalizadas, fazendo com que a gestão da velhice fosse objecto de decisões estratégicas, sociais e económicas, tendentes a enquadrar a realidade, quase desconhecida até meados do século XX.

A população torna-se cada vez mais envelhecida, mas o envelhecimento continua a ser o fim. Pode ser, no entanto, ainda que com algumas limitações, um envelhecimento activo, com aportes pessoais, mas com condições de suporte social. Porém ninguém envelhece da mesma maneira, nem ao mesmo

ritmo. Daí que os determinantes para um envelhecimento com saúde incluem necessariamente estilos de vida saudáveis. E para que o envelhecimento possa constituir apenas mais uma etapa as estratégias devem incluir (WHO, 2001): i) participação familiar e social; ii) alimentação equilibrada e saudável; iii) actividade física; iv) ausência de dependências. Sem esquecer as perdas e variações que as idades avançadas acarretam, é necessário não focar apenas os défices nas diversas aptidões: cognitivas, funcionais ou de bem-estar.

Face ao muito negativismo que acompanha o envelhecimento pela dependência, e os cuidados pela sobrecarga, deveriam existir condições sociais e comunitárias que pudessem promover o apoio dos indivíduos, parceiros deste binómio, para tornar menos real os estereótipos associados ao avançar da idade. Para quem envelhece deveriam existir condições que pudessem proporcionar a realização pessoal, com tarefas adequadas em cada âmbito e de acordo com a funcionalidade individual. Como Bromley (1966) preconizava, uma boa adaptação seria expressa pela presença no idoso de sentimentos como confiança, contentamento, sociabilidade, emancipação das emoções, auto-estima e actividade. Sendo que a boa adaptação do idoso depende necessariamente da boa adaptação daqueles que o rodeiam. Assim, a velhice bem sucedida para quem a vivencia deve ser acompanhada pelo equilíbrio e satisfação de quem o apoia. A promoção da saúde seria sempre um dos vectores fundamentais neste desejável equilíbrio.

Nem todos o conseguem, e muitas vezes o envelhecimento é acompanhado de inúmeras perdas e da necessidade de apoios formais e informais. No entanto, é importante permitir que as pessoas idosas permaneçam no seu domicílio, evitando dentro do possível a institucionalização. Mas, manter-se em sua casa implica ajudas e respostas a necessidades que as instituições de apoio domiciliário não conseguem (ainda) dar resposta. As necessidades ocorrem durante o dia e a noite, aos fins-de-semana e feriados, e não existem respostas atempadas para tudo. Por isso os cuidados informais são essenciais e, quase sempre, insubstituíveis. Esta rede é organizada normalmente pela família, que de forma pró-activa ou por obrigação apoia os seus familiares em situação de dependência.

Como cuidador surge em primeiro lugar surge o cônjuge, seguido da fratria directa (filhos/filhas) ou indirecta (noras/genros). Mas esta rede de suporte à pessoa idosa dependente apoia-se no amor familiar, obrigação ou boa vontade para cuidar dos seus familiares, pois muitas vezes estes cuidadores são também idosos, apresentando limitações funcionais, cognitivas e de saúde. Esta realidade conduz a sentimentos de desânimo e de sobrecarga, e quantas de vezes ao agravamento ou desencadear de patologias subjacentes. Esta rede informal tem que ser apoiada, pelo contributo de valor incomensurável que representa ao manter com dignidade dos seus familiares no domicílio. Nem sempre os cuidadores verbalizam as suas queixas, por inibição ou remorso, mas o acto de cuidar altera a sua vida pelo que as políticas sociais que visem o apoio, solidariedade, reforço das competências através de estratégias de *coping* ou outras, e implementando intervenções adequadas de suporte, será uma estratégia que alicerçará este grupo no futuro.

Esta foi uma viagem, como dizia o poeta, com muitas ilusões iniciais na resolução dos problemas e muitas desilusões pela incapacidade sequer de os encaminhar. Mas reforcei a fé nesta aventura e na revolta surgida nas dificuldades. Foi uma viagem, e terá que ser seguida por muitas outras, porque esta amostra estudada foi já, total ou parcialmente, substituída por outra. Com os mesmos problemas ou com outros ainda maiores. Importa que outros estudos sejam empreendidos neste âmbito e que muitas viagens sejam iniciadas, para que a sensibilização da comunidade seja conseguida. Não é possível desanimar, pois as gerações sucedem-se com os problemas das suas antecessoras e com respostas igualmente muito escassas.

E este foi o meu diminuto contributo e que espero apenas que seja motivador de outros que naturalmente se venham a realizar. Suavizar as perdas decorrentes do envelhecimento será sempre um objectivo a atingir. Daí que seja urgente aprofundar conhecimentos, identificar áreas de intervenção, aferir estratégias, dinamizar e desenvolver actividades, de modo a ser possível o envolvimento da família da comunidade e do idoso. Para que a solidão não seja tão sentida.

*Pouco a pouco, vamos ficando sós,
Esquecidos ou lembrados
Como nomes de ruas secundárias
Que a custo recordamos
Para subscitar
A urgência dum beijo epistolar
Ainda inutilmente apetecido.
Lúcidos defuntos,
Vemos a vida pertencer aos outros.
E descobrimos, na maneira deles,
Que nada somos
Para além do seu dissimulado
Enfado
Paciente.
E que lá fora, diariamente,
O sol aquece
Ou arrefece
Os versáteis e alheios sentimentos.
E que fomos riscados
No rol da humanidade
A que já não pertencemos
De maneira nenhuma.
E que tudo o que em nós era
claridade
Se transformou em bruma."*

in, Solidão (Miguel Torga)

Bibliografia

Abramson, J.H.(1990). Survey methods in community medicine: Epidemiological studies programme evaluation clinical trials. 4th ed. Edinburgh. Churchill Livingstone.

Abu, S.M., Rütten. A, Robine, J.M. (2006). Promoção da Saúde nos adultos idosos. *Geriatrics*, 11 (2), 37- 70.

Acton, J.A. (2002). Health-Promoting Self-Care in Family Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 24(1),73-86.

Agostinho, P.(2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6(1),31-36.

Alarcão, M. (2000). (Des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto Editora

Albrecht, G.L, Fitzpatrick R.(1994). A sociological perspective on health related quality of life research. In: Albrecht GL, Fitzpatrick R, editors. *Quality of life in health care*. Greenwich: Jai Press; pp. 1–21.

Allison, B.S.P. (1995). Cost- effectiveness of nutritional support in the elderly. *Proceedings of the Nutrition society*, 54, 693-699.

Almeida, J.F.P., & Madureira J.(1995). A investigação nas Ciências Sociais. Lisboa. Edição Presença.

Alto Comissário da Saúde (2008). Envelhecimento e Saúde em Portugal. Boletim Informativo (2)

Alvarez, E. D., Rodriguez, E., & Cortés, P.O. (2001). Cuidadores informales:necesidades y ayudas. *Revista de enfermería*, 24 (3).

Angermeyer, M.C., Kilian, R.C., Katschnig. H. (2006).Psychotropic medication and quality of life. In: *Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. Quality of life in mental disorders*. 2nd ed. Chichester: Wiley,pp. 211–219.

Applegate, W.B., Graney, M. J., Miller, S. T., & Elam, J. T., (1991).Impact of a geriatric assessment unit on subsequent charges. *American Journal of Public Health*, 81,(10),1302-1306.

Antonovsky, H., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126, 213-225.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A.(1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36 (6),725–733.

Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science & Medicine*. Vol.37(8),969-974.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36, 725-733.

Aragão, A., Veríssimo, M.T. Saldanha M.H.(1997). Alimentação enteral no idoso. *Revista de medicina Interna*, 4(2),96-106.

Aragão, M.J., & Sacadura R.(1994). A 3ª idade. Que estruturas de apoio?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*,11,(4), 208-283.

Araoz, G.B.F; Operé, V.,(2002). Ulceras de presión. *in Manual de Geriatria*(pp.669-679). Barcelona: Masson, S.A

Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A., Pinto, C.,(2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*,25(2),59-67.

Arno, P., Levine, C., & Memmott, M. M. (1999). The economic value of informal caregiving. *Health Affairs*, 18,2.

Arteiro, C.,(1996). Avaliação nutricional do idoso. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica-Geriatria*,11-17.

Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286 - 303

Baltes, P.B.(1981) Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects. *Human Development and Education*,(11),145-171.

Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23 (5),611-626.

Baltes, M. M., Barton, M.E., (1979). Behavioral Analysis of Aging: A Review of the Operant Model and Research. *International Journal of Behavioral Development*, 2, (3), 297-320.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B., & Kliegl, R.(1992). Further testing of limits of cognitive plasticity: negative age differences in a mnemonic skill are robust. *Development Psychology*,(28),121-220.

Baltes, M. M., & Carstensen, L. L.(1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.

Baltes, M. M., & Carstensen, L. L.(1999). Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. In V. L. Bengtson, J.-E. Ruth, & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 209-226). New York: Springer.

Baltes, P. B., Baltes, M. M., Freund, A. M., & Lang, F. R. (1999). *The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self-report: Technical report 1999*. Berlin: Max Planck Institute for Human Development.

Baltes, P.B.(2006) Facing our limits : Human dignity in the very old. *Deadalers*,135,32-39.

Baker, D.B., (1985).The study of stress at work. *American Review of Public Health*, 6, 367-381.

Baker, F., Kdrey. D., & Intagliata, J. (1992). Social support and quality of life of community support clients. *Community Mental Health Journal*.28, 397-41.
Baker, W.H. (1998). Prevention of disability in older persons. In Wallace RB(editor). *Health and Preventive Medicine*. Stanford (Connecticut): Appleton & Lange.

Baker, H.(2008). Nutrição no idoso. *Geriatrics*, 4(19),57-63.

Bandura,A.(1982). The psychology of chance encounters and the life paths. *American Psychologist*,(37):747-755.

Barbotte E., Francis, G.N., and Lorhandicap Group. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (11),1047-1055.

Barreto, J., (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, 6(2), 159-170.

Barreto, A., (org.) (1996), *A Situação Social em Portugal, 1960-1995*, Lisboa,Edições ICS.365

Barreto, A., (org.) (2000), *A Situação Social em Portugal 1960-1999 - Volume II*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. e Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In *Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência*, Escalas e Testes na Demência.

Barros, H.,(1997). A prática e a boa prática da epidemiologia. *Arquivos de Medicina*,11 (5),2-3.

Baumgarten H, Lachenmayer, L. (1985): Anatomical features and physiological properties of central serotonin neurons. *Pharmacopsychiatry* 18(2),180-187

Baumgarten, M et al.,(1994) Health of Family Members Caring for Elderly Persons with Dementia: a Longitudinal Study. *Annals of internal Medicine*. 120(2),126-132.

Baumgartner, R.N.,(2000) Body composition in healthy aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 904, 437-48.

Beck, A. M.,& Osler, M. (1999). The "Mini Nutritional Assessment" (MNA) and the "Determine Your Nutritional Health" Checklist (NSI Checklist) as predictors of morbidity and mortality in an elderly Danish population *British Journal of Nutrition*,81,31-36.

Benson, H. (1976). *The Relaxation Response*. New York: Avon Books.

Berlink, M. T.,(2000). A envelhescência. In: *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo. Escuta, 193-198.

Berta, A., et al(2005). *Cuidados Continuados, Família, Centro de Saúde e Hospital*. Edição Formasau, Coimbra, 2005.

Bigelow, D.A., Brodsky, G., Steward, L., and Olson, M. (1982a). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. In: G. Stahler and W. Tash, eds, *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*,pp.345- 366. New York: Academic Press.

Bigelow, D.A., Gareau, M.J., and Young, D.J. (1990). A quality of life interview. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14, 94 -98.

Bigelow, D.A., McFarland, B.H., Olson, M.M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27, 43-55.

Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Singapore: Allyn and Bacon

Blackburn, R. T. and Lawrence J.H. (1886) Aging and the Quality of Faculty Job Performance. *Review of Educational Research*, 56,(3), 265-290.

Bonanato, et al (2009). Trans-cultural Adaptation and psychometric properties of the "Sense of Coherence Scale". *Interamerican Journal of Psychology*. 43(1), 144-153.

Bonita, R.,(1996). *Women, Aging and Health, Achieving health across the life span*, Global Commission on Women's Health, WHO, Geneva, 1996.

Botelho, M. A., Rendas, A. B., (1997). Avaliação multidimensional dos idosos: estudo piloto no ambulatório. *Arquivos de Medicina*, 11(3),167-172.

Botelho, M.A.,(2000). *Autonomia Funcional de Idosos*. Porto: Edição Bial.

Botelho, A.,(2005). A funcionalidade dos idosos. *in Envelhecer em Portugal*. (pp.111-135). Lisboa. Edição Climepsi Editores.

Botelho, M. A. (2007). Idade Avançada: características biológicas da multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23,191-195.

Bogdan, R.& Biklen, S.(1994) *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Porto Ed.

Brandura, et al.,(1990) Impact of Perceived Self-Efficacy in Coping With Stressors on Components of the Immune System. *Journal of Personality and Social Psychology* .59,(5),1082-1094.

Bremner, J. D., (1999).Does stress damage the brain? *Biological Psychiatry*, 45, 797-805.

Brodsky, H. Green A.(2002). Who cares for the carer? The often forgotten patient. *Clinical Practical Therapeutic Review*, 31(9),833-836.

Broomley, D. (1966). *Psicologia do envelhecimento humano*. Lisboa: Ulisseia Editora.

Bubolz, M.M. & Sontag, M.S. (1993). Human ecology theory. In P.G. Boss, W.J. Doherty, R. LaRossa, W.R. Schumm, & S.K. Steinmetz (Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (pp. 419-448). New York.

Buono, M. D., Urciuoli, O., & De Leo, D. (1998). Quality of life and longevity: a study of centenarians. *Age and Aging*, 27, 207-216.

Buss, D. M. (1996). Social adaptation and five major factors of personality. In J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 180-207). New York: Guilford.

Calloway, D.H.& Zanni E.,(1980). Energy requirements and energy expenditure of elderly men. *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol.33:2088-2092.

Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.

Campo, R. et al (2000). Caring for aging family members: Implications and resources for family practitioners. NC State University, 5 (2).

Capucha,L.,(2005) Desafios da pobreza, Oeiras, Celta Editora.

Carp, F. (1987). Environment and aging. In: D. Stokols & I. Altman (Eds.). *Handbook of environmental psychology* (pp. 329-360). New York: John Wiley& Sons.

Carrageta,M.,Santos,J.N.,(1991).Regras gerais na terapêutica do idoso. *in Geriatria Clínica* (pp. 155-166). Lisboa, Faculdade de Medicina.

Carrageta, M. & Pádua,F.(1991).Hipertensão arterial no idoso. *in Geriatria Clínica* (pp.9-11) Lisboa. Publicações Ciência e Vida, Lda.

Carrageta,M.(1996).Hipertensão arterial no idoso. *In Temas em Geriatria,Tomo II*(pp-61-71). Lisboa. Prismédica.

Carrageta,M.O(2010). Como ter um coração saudável. Lisboa. Âncora editora.

Carrasco G.A., Van de Kar L.D., (2003). Neuroendocrine pharmacology of stress *European Journal of Pharmacology* 463, 235-272.

Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2004), "Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001", *Revista de Estudos Demográficos*. 36,175-191.

Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2004), "A Situação Demográfica Recente em Portugal", *Revista de Estudos Demográficos*. 36,127-151.

Carvalho, M.C.,(1989). A magia da idade. Coimbra. Edição autor

Cerqueira,M.(2005).O cuidador e o doente paliativo. Coimbra. Edição Formasau.

Chaix B. et al.,(2006). Lower utilization of primary, speciality and preventive care services by individuals residing with persons in poor health. *The European Journal of Public Health*,16(2), 209-216.

Chan, O., et al (2003) Diabetes and hypothalamic-pituitary-Adrenal (HPA) Axis *Minerva Endocrinology*, 28 (2),87-102.

Chapman, I.M.,(2004). The anorexia of ageing. *Biogerontology*,3 (1-2),67-71.

Chen,R.Y.L.,Li, & Yu,C.S.(1994). Depression in late life. J. Hong Kong College of Psychiatry. 4,45-49.

Christopher LJ, Ballinger BR, Shepherd AM, Ramsay, A, Crooks G.(1978) Drug prescribing patterns in the elderly: a cross-sectional study of inpatients. Age Ageing, 7(2),74-82.

Chrousos, G.P. (1995) The Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis and Immune-Mediated Inflammation. N. Engl. J. Med, 332,1351-1362.

Chrousos, G., et al (1998) A health body in a healthy mind-and Vice Versa-The damaging power of "incontrollable" stress. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 83(6), 1842-1845.

Chrousos, P.C. & Gold W.P.(1998). A Healthy body in a Healthy Mind-and *Vice Versa*- The Damaging Power of "Uncontrollable" Stress. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 83(6),1842-1845.

Chumlea, W.C, Roche AF, Steinbaugh ML. (1985)Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. Journal of American Geriatric Society, 33,116-20.

Chumlea, W.C, Guo S, Roche AF, Steinbaugh ML. (1988).Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. Journal American Diet Association,88,564-8.

Coelho, A. et al. (2009). Avaliação do estado nutricional de doentes idosos- estudo de novos biomarcadores de nutrição. Geriatrics, 5,(29),59-63.

Cohen D, Eisdorfer, C,. (1988). Depression and family members caring for a relative with Alzheimer's disease. Journal of the American Geriatric Society, 36,885-889.

Cohen, H.J.,(1990). Oncology and aging: general principles of câncer in the elderly, in Hazzard,W,R., Andres, R., Bierman, E.L., Blass,J.P., *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, second edition, McGraw-Hill.

Cohen, S., Herbert, T. B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from a perspective of human psychoneuro immunology. Annual Review of Psychology. 47, 113-42.

Cohen, G. D.,(2006). The Creativity and Aging Study. The Center on Aging, Health & Humanities, The George Washington University (GW)

Cohen, C. A.,(2008). Consumer fraud and dementia- lessons learned from conmen. Dementia,7(3),283-285.

Colby, B. N. (1987). Well-being: A theoretical program. *American Anthropologist*, 89,879-895.

Collière, M. (1999). Promover a vida. (4ª ed.). Lisboa, Edição Lider

Cornell University Empowerment Group (1989). Networking Bolletim: Empowerment and Family Support, 1(1).

Correia, J., (2003). Introdução à Gerontologia. Lisboa. Edição Universidade Aberta.

Costa, E.S., Leal P.L. (2006). Estratégias de coping. *Análise Psicológica*, 2 (XXIV), 189-198.

Costa, M. et al. (1999) O idoso. Problemas e realidades. Coimbra. Edições Formasau.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.

Coupland, J., & Coupland, N., (1994). Old age doesn't come along: Discursive representations of health-in-aging in Geriatric Medicine, *International Journal of Aging and Human Development*, 39 (1), 81-95.

Covinsky, K.E. et al (1999). Health Status versus Quality of Life in old patients. Does the distinction matter?, *The American Journal of Medicine*, 106, 435-440.

Cruse, R., (1995). Assessment of strengths and coping skills of frail elders, *Clinical Gerontologist*, 15(4).

Damásio, A.R., van Hoesen GW (1983): Emotional disturbances associated with focal lesions of the limbic frontal lobe. In Heilman KM, Satz P (eds), *Neuropsychology of Human Emotion*. New York, Guilford Press

Damásio, A., (1994). O erro de Descartes. Publicações Europa-América, Lda.

Damásio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A., (1994): The return of Phineas Gage: Clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264(5162), 1102-5.

Dartrigues, J.F., et al(1992). The Paquid Epidemiological Program on Brain Ageing. *Neuroepidemiology*. 11(1),14-18.

Delbrouck, M.(2006). Síndrome de exaustão - Burnout. Lisboa. Edição Climepsi Editores.

Dias,M.,Duque,A.F.,Silva,M.G., & Durá, E.,(2004). Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia?. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 463-473.

Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1246-1256.

Diniz, A.,(1997). A pessoa idosa. *In Temas de Geriatria*, Tomo III (pp.28-43). Lisboa. Edição Bayer.

Direcção Geral da Saúde (2000). Conservar-se em Forma na Idade Avançada. Guia nº 1. Lisboa, Autor.

Direcção-Geral da Saúde (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa, Autor.

Direcção Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Circular Normativa nº 9/DGCG.

Direcção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Circular Normativa nº 13/DGCG.

Duke, W. M., Barton, L., Wolf-klein, G.P.,(1994). The Chief Complaint: Patient, caregiver and phisician´s perpectives, *Clinical Gerontologist*, 14(4).

Ermida, J.G.,(1995).Hospitalização do idoso. Riscos e prevenção. *In Temas de Geriatria* (pp. 149-165). Sacavém. Edição Bayer.

Ermida, J. G.,(1996). Avaliação geriátrica compreensiva. *Geriatria*. (84),5-12.

Ermida, J. G.,(1999). Processo de envelhecimento. In "Sinais vitais: O idoso, problemas e realidades" (pp:43-50). Coimbra, Edição Formasau

Elenkov, I.J., Chrousos, G.P. (1999) Stress Hormones Th1/Th2-patterns, Pro/Anti- Inflammatory, Cytokines and Susceptibility to Disease *Trends Endo Metab.*, 10,359-368.

Evans, W.J. (1995). Exercise, nutrition, and aging. *Clinical Geriatric Medicine*,11, 725-34.

Fernandes, A. (1999). Velhice e sociedade. Lisboa. Edição Celta.

Fernandes, A. A.(2005). Envelhecimento e saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2),45-48.

Fernandes, L.,(2006). Psicossomática do envelhecimento. *In. Psicogeriatrics* (pp.69-79), Coimbra. Livraria Almedina.

Figueira, J.(2009). Fisiopatologia do stress. *In Fisiopatologia: fundamentos e aplicações.* (pp.281-291).Lisboa. Lidel

Figueiredo, D. & Sousa,L.(2002). CUIDE (Cuidadores de Idosos na Europa) Avaliar as necessidades dos prestadores informais de cuidados.Geriatria. Lisboa. 15(144),15-19.

Figueiredo, D. & Sousa,L.(2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1),15-24.

Ferreira, P. et al.(2006). Avaliação Multidimensional em idosos. Coimbra. Edição Mar da Palavra.

Feteira, L.(1995). Assistência ao idoso no domicílio. *Geriatria*. Vol. 8(76),24-28.

Fink, G.(2000). Neuroendocrine Systems. *In Encyclopedia of stress*. New York: Academic Press,14-30.

Firmino, H.(2006). Psicogeriatrics. Coimbra. Edição Livraria Almedina.

Folkman, S., Lazarus, R.(1986). Stress process and depressive symptomology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.

Folstein, M.F.,Folstein, S.E., McHugh, P.R.(1975). Mini Mental State, A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinican, *Journal of Psychiatric Research*,12,189-198.

Fontaine, R.(2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa. Edição Climepsi.

Fonseca,A.M.,(2005).Aspectos psicológicos da passagem à reforma. *in Envelhecer em Portugal.* (pp.45-73). Lisboa. Edição Climepsi Editores.

Forns, M.(1980). Psicodiagnóstico e estatística. Barcelona. Edição CEAC, SA.

Fortunato J.S.;Silva, C, B;Pinheiro,M, J. (2009). Fisiopatologia da fome e da saciedade, *in Fisiopatologia:Fundamentos e aplicações*, (pp.475-484), Lisboa. Edição Lidel.

Fortin,M.F.(1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociências.

Friedman, M. & Rosenman, R. H., (1960). Overt behavior pattern in coronary artery disease: Detection of overt pattern behavior A in patients with coronary artery disease by a new psycho-physiological procedure. *JAMA* 173, 1320-1325.

Friedman, M., Rosenman, R. H. (1974). Type A: your behaviour and your heart. Knopf: New York.

Galinha, I., & Ribeiro P,J.L.(2005). História do conceito de bem-estar subjectivo, 6,(2),203-214.

Gallego,R.,(1997).Educação do idoso com doença crónica. In Temas de Geriatria. Tomo III, (pp.47-69). Lisboa. Edição Bayer.

Gariballa S.E. & Sinclair A.J.(1998). Nutrition, ageing and ill health. British Journal of Nutrition,80,7-23.

Garrote, J.M.P., (2005). La valoración geriátrica hoy. Rev. Mult. Gerontologia; 15(1), 16-22.

Gaventa, J. (1980) Power and powerlessness: quiescence and rebellion in an Appalachian valley. Urbana: University of Illinois Press.

George, L. K., & Fillenbaum, G. G. (1985). OARS methodology. A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(9), 607-615.

Gibson, S.J.(1997). The measurement of mood states in older adults, *Journal of Gerontology*,52(4),167-174.

Gil, A. P. M., (1999), "Redes de solidariedade intergeracional na velhice", *Cadernos de Política Social*, APSS, 1 (93-114).

Glanz, K., Lewis, F.M. & Rimer, B.K. (Eds.) (1990) Health behavior and health education: Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. (12ª ed.). Lisboa: Temas e Debates

Gompertz, B. (1825), «On the nature of the function expressive of the law of human mortality», in *Philosophical Transactions*,17.

Gonçalves Ferreira FA. (1980). Alimentação normal das pessoas idosas. *Revista Alimentação-Nutrição-Saúde*. Lisboa. Biblioteca Ciência-Progresso-Cultura, 214-18.

Gonçalves, M,I.,Guedes,J., (2006).Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1),137-143.

Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Rootman I, Springett J.(2001). Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. *In:*

I Rootman, M Goodstadt, B Hyndman, D. McQueen, L Potvin, J Springett, E Ziglio, editores. *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives; grading the cognitive state of patients for the clinician*. Copenhagen: WHO Regional Publications. (European Series, 92).

Gradiz, R.,(2007). Fisiopatologia do aparelho cardio-vascular. *In Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*.(pp.281-291).Lisboa. Lidel

Grazina, M. M., & Oliveira, C.R.,(2001). Aspectos bioquímicos do envelhecimento, in *Envelhecer vivendo*. Quarteto Editora.

Greenberg,N.,Carr,J.,A.,& Summmers, C.,(2002). Causes and consequences of stress. Annual Meeting of the Society for Integrative and Comparative Biology, Chicago,Illinois.

Greenblatt, D.J., Sellers, E.M., Shader, R.I.,(1982). Drug therapy: drug disposition in old age. *New England Journal of Medicine*. 306(18),1081-8.

Greenstein, B & Wood,D.,(2005). *Compêndio do sistema endócrino*. Lisboa. Instituto Piaget.

Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (5, pp. 17-52). London: Jessica Kingsley.

Grunfeld, E. et al. (1997). Caring for elderly people at home:the consequences to caregivers. *Canadian Medical association*, 157(8).

Gupta, K., (1981). Drugs and the elderly. *British Medical Journal*, 282, 475-476.

Gradiz,R.(2009). Fisiopatologia do aparelho cardiovascular. *In Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*. (pp.355-386).Lisboa. Lidel

Greeglass, E. R. (2001) – Proactive coping, work stress and burnout. *Stress News: The Journal of the International Stress Management Association UK*, 13-2.

Guppy, A., Watherstone, L. (1997)Coping strategies, dysfunctional attitudes and psychological well-being in white collar public sector employees. *Work and stress*.11, 58 - 67.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17,37-49.

Hafe, P., et al., (1997).Relação entre síndrome plurimetabólico e factores psicossociais. *Revista Portuguesa de Psicossomática*,1(2),125-137.

Herbert TB & Cohen.,(1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*; American Psychosomatic Society. 55, (4),364-379.

Hébert, R., (2003). L' intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Vieillesse et santé II*, 67- 76.

Hébert, R., et al(1997). Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling very elderly population. *American Journal of Epidemiology*,145,935-944.

Hébert, R., (2003). Oui aux services à domicile, mais n'oublions pas les personnes âgées. *Canadian Family Physician Journal of Aging*. 22(1), 11-12.

Hébert, R., at al (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) *La Revue de Gériatrie*, 28 (4),323-334.

Heikkinen,R.L.,(1998).The role of physical activity in health ageing. *World Health Organization; Aging and health programme*

Herbert, R.,(2003). L'integration des services aux personnes âgées :une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Vieillesse et Santé II*,67-76.

Herbert, T.B.; Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine* 113,364-379.

Hespanha, M.J.(1987). O corpo a doença e o médico. *Revista de Ciências Sociais*. (23)

Hespanha, A.M.(1993). Carne de uma só carne: para uma compreensão dos fundamentos histórico-antropológicos da família na época moderna. *Análise Social*,(123/124),951-973.

Hespanha. M.J.(1993). Para além do Estado:a saúde e a velhice na sociedade-providência. In Boaventura Sousa Santos(org.), *Portugal: um retrato singular*. Porto, Centro de Estudos Sociais/Edições Afrontamento,315-335.

Hespanha, P.; Portugal, S. (2002) "A Transformação da família e a regressão da sociedade-providência". Porto: Ministério das Cidades, Ordenamento do Território e Ambiente - Comissão de Coordenação da Região do Norte.

Hillhouse, E.W., & Grammatopoulos. D.K., (2002). Role of stress peptides during human pregnancy and labour. *Reproduction* .(124), 323-329.

Huges, B.,(1995).Older people and community care: critical theory and practice.Buckingham: Open University Press.

Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, stress, resistance, and growth: conceptualising adaptive functioning. In M. Zeidner, & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Sons.

Holmes, D., & Rahe, R. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11,213-218.

Huffman, G.B., et al (2000). Caregiving as a Risk Factor in Mortality. American Family Physician. The University of Liverpool.

Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E.(1980).A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology & Community Health*;(34), 281-286.

Hunt, S. M.; McKenna, S. P. (1993).Measuring quality of life in psychiatry. In: Walker, S. R.; Rossner. R. M. (Eds.). *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*. Boston: Kluwer Academic.

Imaginário, C.(2004). O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra. Edição Formasau.

Instituto Nacional de Estatística.(2001) Recenseamento Geral da População e Habitação, <http://www.ine.pt/prodserv/census/definit>.

Ismail,Z.,Shulman,K.I.,(2006). Avaliação cognitiva breve para a demência. *In. Psicogeriatria* (pp.513-529), Coimbra. Livraria Almedina.

Izal,M., Montorio,I.,Márquez & Losada,A.,(2005). Caregivers"expectations and care receivers"competence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*,41,129-140.

Jang, K. L., McCrae, R. R., Angleitner, A., Riemann, R., & Livesley, W. J. (1998). Heritability of facet-level traits in a cross-cultural twin sample: Support for a hierarchical model of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1556-1565.

Jenkins, R.,(1997). Nations for mental health, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32,309-311.

John, O. P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66-100). New York: Guilford.

Jordão, J.G. (2002). O envelhecimento populacional e os cuidados de saúde- algumas reflexões. *Postgraduate Medicine*,17(4),1-6.

Jorm, A.F., (2000). Mental Health Literacy – Public Knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry*,177, 396-401.

Kannel, W.B., and McGee, D.L.(1979).Diabetes and cardiovascular risk factors: the Framingham study *Circulation*. American Heart Association. 59, 8-13.

Kannel, B.W.;Markovitz.J., MD, MPH; Matthews. K.A;L.J. Cobb; D'Agostino,R.B. (1993).Is There Tension in Hypertension? *JAMA*. 270(20), 2439-2443.

Kannel,J.O'Donnell;William,B.(1998). Hypertension - Is There a Racial Predisposition to Hypertension? *Psychological Predictors of Hypertension in the Framingham Study*.32, 817-819.

Kanel, R., (2003) Acute Procoagulant Stress Response as a Dynamic Measure of Allostatic Load in Alzheimer Caregivers. *Annals of Behavioral Medicine*,26(1),42-48.

Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993). *Health and human behaviour*. Singapore: McGraw-Hill.

Katsching,H(2006) Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice,*Vol.5(3):139-145*.

Kessler,J., Mielke, R.(2008) From Normal to Pathological Ageing - The Spectrum of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer's Disease, *European Neurological Disease*, (2).

Kirschbaum C., Wust S.,& Hellhammer D.(1992). Consistent sex differences in cortisol responses to psychological stress. *Psychosomatic Medicine*, Vol.54(6), 648-657.

Knoops, K.,(2007).Dietary patterns, biological risk factors and survival in elderly.*Boston,University*.

Kramer, C.K.,et al.(2001). Hypothalamic-pituitary-thyroid axis(HPT) in mood disorders: a review. *Revista AMRIGS*,45(1-2),67-70.

Kroenke, K., MD (2001) Studying Symptoms:Sampling and measurements issues. *Annals of Internal Medicine*,134(9),844-853.

Kroenke, et al (2004) .Caregiving Stress, Endogenous Sex steroid Hormone Levels and Breast Cancer Incidence. *American Journal of Epidemiology*, 159(11),1019-1027.

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. *in Envelhecer em Portugal*. (pp.203 – 229). Lisboa. Climepsi Editores.

Lage,F.M.,(2007). O comportamento de risco dos jovens portugueses e a mortalidade. *Análise Social*, 62,(183),395-418.

Last, J. (1995). Um dicionário de epidemiologia. Tradução de Cayolla da Mota, Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde, Lisboa.

Lawton, M. & Nahemow, L. (1973). Toward an ecological theory of adaptation and aging. *Environmental Design Research*, 9(2), 24-32.

Lawton, M.P., & Nahemow, L. (1973). Ecology and the aging process. In C. Eisdorfer & M.P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619-674). Washington, DC: American Psychological Association.

Lawton, M. Powell (1980) Housing the Elderly - Residential Quality and Residential Satisfaction Philadelphia Geriatric Center Research on Aging, 2, (3), 309-328.

Lawton, M. (1983). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9(2), 159-170.

Lawton, M. (1984). Human behaviour and environment, advances in theory and research. *Elderly People and the Environment*. New York, Plenum Press.

Lawton, M.P., Kleban, M., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1989). Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44(3), 61-71.

Lawton, M.P., Moss, M., Rovine, M., & Glicksman, A. (1991). A two factor model of caregiving appraisal and psychological Well-being. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46(4), 181-189.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lefley, H., et al. (1999). Helping parental caregivers and mental health consumers cope with parental aging and loss. *Psychiatric Services*, 50(3).

Lehman, A.F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62.

Lehman, A.F. (1983a). The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.

Lehman, A.F. (1983b). The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 6, 143-151.

Lehman, A., Ward, N., and Linn, L. (1982). Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 10, 1271-1276.

Lehman, A.F., Possidente, S., and Hawker, F. (1986). The quality of life of chronic mental patients in a state hospital and community residences. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 901-907.

Lehman, A.F., Slaughter, J.C., and Myers, C.P. (1991). The quality of life of chronically mentally ill persons in alternative residential settings. *Psychiatry Quarterly*, 62, 35-49.

Lehman, A.F., Slaughter, J.C., and Myers, C.P. (1992). Quality of life of the chronically mentally ill: Gender and decade of life effects. *Evaluation and Program Planning*, 15, 7 - 12.

Leuschner, A., (2006). Aspectos organizacionais. *In. Psicogeriatría* (pp.179-199), Coimbra. Livraria Almedina.

Llera, G.F., Cantera, I. R., (2002). *Manual de Geriatria*. Barcelona: Masson, S.A.

Llera, G.F., Araoz, G.B., (2002). Patología del envejecimiento. Indicadores de salud. *in Manual de Geriatria* (pp.77-89). Barcelona: Masson, S.A.

Llera, G.J.L., (2002). Inmunidad y vejez. *in Manual de Geriatria* (pp.43-63). Barcelona: Masson, S.A

Lessa, A., (1991). Breve introdução à filosofia biológica da idade avançada. *Geriatría Clínica*. 11-33.

Lérias, C. (2009). Fisiopatologia do aparelho digestivo. *In Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*. (pp.387-426). Lisboa. Lidel

Levine, C., (2003). Depression in caregivers of patients with dementia. A greater role for physicians. *Journal of General Internal Medicine*. 18 (12), 1058-1059.

Lima, A. & Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento. A construção social da categoria da velhice. *Psicologia*, 6(1), 149-158.

Lindfors, P., Lundberg, O., Lundberg, U. (2006). Allostatic Load and Clinical Risk as Related to Sense of Coherence in Middle-Aged Women. *Psychosomatic Medicine*, 68, 801-807.

Link, B. G., (1998). "Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance", *American Journal Public Health*, 89 (9), 1.328-1.333

Lippincott Williams & Wilkins (2004). *Drug Use In The Elderly: Risk or Protection?: Drug Use In the Elderly Curr Opin Psychiatry*. 17(6)

Loehlin, J. C., McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., & John, O. P. (1998). Heritabilities of common and measure-specific components of the Big Five personality factors. *Journal of Research in Personality*, 32, 431-453.

- Luders SLA, Storani MSB.(1999). Demência: impacto para a família e a sociedade. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. Rio de Janeiro: Atheneu,146-59.
- MacArthur, J. C., (1999). Allostatic Load and Allostasis. Allostatic Load working Group. Research Network on Socioeconomic Status and Health.
- Mahoney FI, (1965).Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. *Rehabilitation*, 1, 61-5.
- Mahoney, R. et al (2005). Anxiety and Depression in Family Caregivers of People with Alzheimer Disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13,795-801.
- Marirosa, D., et al.,(1998). Quality of life and longevity: a study of centenarians. *Age and Ageing*, 27, 207-216.
- Marques, R.,(2005). Envelhecimento. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação*. 10(2).
- Markovitz,J.H., et al(1993). Psychological Predictors of Hipertension in Framingham Study: is there tension hypertension? *JAMA*,270(20), 2439-2443.
- Martin, I., Paúl C. & Roncon J.,(2000). Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1),3-9.
- Martin,I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. *in Envelhecer em Portugal*. (pp.183-202). Lisboa. Edição Climepsi Editores.
- Martins, T., Ribeiro J.P. & Garret C.(2003). Estudo da validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1),131-148.
- Martins,R., Teixeira-Verissimo, & M.,Teixeira A.,M.,(2007), Mood states and adiposity among people over 65-years-old. 12th Annual Congress of ECSS, Jyväskylä, Finland.
- Martins,T.,Ribeiro, J.,& Garret C.(2003). Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*,4(1), 131-148.
- Maryam Navaie-Waliser, DrPH, Penny H. Feldman, PhD, David A. Gould, PhD, 413Carol Levine, MA, Alexis N. Kuerbis, BA and Karen Donelan, ScD(2002). When the Caregiver Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers. *American Journal of Public Health*. 92(3), 409–413.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990's challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss, & J. A. Hera

(Eds.), *Behavioral Health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 3-40). New York: John Wiley.

McAdams, D. P. (1992). The five-factor model in personality: A critical appraisal. *Journal of Personality*, 60, 329-361.

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: Guilford.

McEwen, B. S., et al (1998) Stress, adaptation and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of New York Academy of Sciences*, 840, 33-44.

McEwen, B.S. (1998a). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine* 338, 171-179.

McEwen, B.S. (1998b). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annual New York Academy of Sciences*, 840, 33-44.

McEwen, B. S., & Seeman (1999). Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Annual New York Academy of Sciences*. 896, 30-47

McEwen, B. S. 2000. Definitions and Concepts of Stress. *In: FINK, G., ed. Encyclopedia of Stress*. USA: Academic Press, 3, 508-509.

McEwen, B.S., Wingfield, J.C.(2003).The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behaviour*,43(1),2-15.

McEwen, B. S.,(2005) Stressed or stressed out: What is the difference? *Journal of Psychiatry and Neurosciences*,30(5).

Mckibbin. J., Généreux.L., & Séguin-Roberge. G., (1996).Who cares for the caregivers? *Canadian Nurse Journal*.93(3),38-41.

Mendes, A. (2002).Stress e imunidade. Coimbra. Edição Formasau.

Miller, K.E.M.D., Zylstra G.R.,& Standridge J.B.M.D.(2000). The geriatric patient: A Systematic Approach to Maintaining Health. *American Family Physician*, 61(4).

Morley JE, Kumar VB, Mattammal MB, Farr S, Morley PM, Flood JF(1996). Inhibition of feeding by a nitric oxide synthase inhibitor: effects of aging. *European Journal of Pharmacology*, 311,15-9.

Morley JE.,(1997). Anorexia of aging: physiologic and pathologic. *American Journal of Clinical Nutrition*. 66, 760-73.

Morley, J.E., Thomas, D.R., (1999). Anorexia and aging: pathophysiology. *Nutrition*, 15, 499-503.

Morley, J.E., (2001). Anorexia, body composition, and ageing *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 9-13,

Morley, J., Baumgartner, R.N., Roubenoff, R., Mayer, J, Nair KS(2001) Sarcopenia. *Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, 137,231-43.

Morley,J.E., (2003) Sarcopenia Revisited. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*: 58(10), 909-910.

Morley, J.E.,(2008). Sarcopenia: diagnosis and treatment. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*,12(7),452-455.

Morris, R.G., Worsley C., & Matthews (2000). Neuropsychological assessment in older people : old principles and new directions. *British Journal of Psychiatry*, 6,362-370.

Moscovici, S. (1981). On social representations. Em J.P. Forgas (Org.), *Social cognition. Perspectives on everyday understanding* (pp.181-209). New York: Academic Press.

Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. Em R. Farr & S. Moscovici (Orgs.), *Social Representations* (pp. 3-69). Cambridge: Cambridge University Press.

Moscovici, S. & Hewstone, A. (1985). De la ciência al sentido comum. Em S. Moscovici (Org.), *Psicologia Social* (Vol. I, pp.679-710). Barcelona, Espanha: Paidós.

Natário, A.,(1992). Envelhecimento em Portugal: uma realidade e um desafio. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3(3),47-55.

Navaie-Waliser, M., et al. (2002). When the Caregiver Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers. *American Journal of Public Health*. 92(3), 409-413.

Nakasato, Y.R., & carnes,B.A.,(2006). Promoção da saúde nos adultos idosos:Promoção do envelhecimento bem-sucedido no contexto dos cuidados primários da saúde. *Geriatrics*, 2 (11), 47-53.

Nazareth, J.M. (1991). Problemática da demografia portuguesa nos anos noventa. *Geriatrics Clinica*, 33-50.

Nazareth, J. (2007). Demografia. A ciência da população. Lisboa. Edição Presença.

Nunes, L.A.S., (1998). Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno da coerência, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16(4),25-33.

- Nunes, E. (1999). Avaliação psicológica: formas e contextos, 6, Braga.
- Nunes, B.(2008). Envelhecer com saúde. Porto. Edição Lidel.
- Oliveira, B. (2008). Psicologia do envelhecimento. Porto. Edição Legis Editora.
- OMS (2002). Active Aging. A policy Framework. Geneve. Switzerland.
- OMS (2009). Mental health, resiliense and inequalities.Copenhagen. Denmark.
- Osório, A. & Pinto, F.(2007). As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa. Lisboa. Edição Instituto Piaget.
- Paterson, R.J. & Neufeld, R.W.J. (1989). The stress response and parameters of stressful situations. In R.W.J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress* (pp. 742). New York: John Wiley & Sons.
- Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente. Coimbra, Livraria Almedina.
- Paúl, C & Fonseca, A.(2005). Envelhecer em Portugal. Lisboa. Edição Climepsi Editores.
- Paúl, C.,(2005).A construção de um modelo de envelhecimento humano. *in Envelhecer em Portugal*. (pp.21-41). Lisboa. Edição Climepsi Editores.
- Paúl, C.,(2006). Psicologia do envelhecimento. *In. Psicogeriatria* (pp.43-69), Coimbra. Livraria Almedina.
- Paunonen, S. V., & Jackson, D. N. (2000). What is beyond the Big Five? *Plenty! Journal of Personality*, 68, 821-835.
- Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. (1990) Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *Gerontology*, 30(5), 583-94.
- Pereira, L.S.,(1993). A velhice: variabilidade histórica e social da sua conceptualização. In: Actas do Congresso "Envelhecer: os desafios do Séc XXI", Porto, 49-56.
- Pereira,M.G.,Mateos, R.,(2006). A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. *In. Psicogeriatria* (pp.541-560), Coimbra. Livraria Almedina.
- Pimentel, L.(2005).O lugar do idoso na família. Coimbra. Edição Quarteto.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.

Pinto, A.M. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*. (2) 11,74-86.

Pinto, A.M. (2007). *Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*. Lisboa. Lidel

Pinto, A.M. (2007). Bases para o conhecimento da doença. *in Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*. (pp. 3-15). Lisboa. Lidel

Pinto, A.M.; Botelho.M.A.,(2007). *Fisiopatologia do envelhecimento. In Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*.(pp.493-514).Lisboa. Lidel

Pinto, A.M.(2008). Porque envelhecemos? *In O Tempo da Vida. Fórum Gulbenkian da Saúde sobre o envelhecimento*. Cascais. Princípia.

Portugal- Ministério da Saúde- Decreto-Lei n.º 101/06 – cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário da República, 1ª Série, (109), 6 de Junho de 2006, 3856-3865.*

Quaresma, M. et al. (2003). *O sentido das idades da vida*. Lisboa. Edição CESDET.

Quintela,M.J.,(1991). O idoso em estado terminal em casa. *in Geriatria Clínica* (pp. 313-324). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Rabaça,C.(2009).Fisiopatologia do aparelho urinário. *In Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*.(pp.345-354).Lisboa. Lidel

Ramos, M. (2005). *Crescer em stresse*. Porto. Edição Ambar.

Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ramos, N. (2005). Relações e solidariedades intergeracionais na família -Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 1, 195-216.*

Raso, V.(2002). A adiposidade corporal e a idade prejudicam a capacidade funcional para realizar as actividades da vida diária de mulheres acima de 47 anos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte,8 (6),225-234.*

Reis, J. J.,(1997).Contributo da Gerontologia para uma politica de prevenção: os diferentes níveis de prevenção. *In Temas de Geriatria. Tomo III, (pp.13-26)*. Lisboa. Edição Bayer.

Reis,L.B.,(1998). Avaliação económica de duas formas de prestação de cuidados a idosos: análise Custo – Utilidade. XXVI Curso de Administração Hospitalar. Universidade Nova de Lisboa.

Reis, A.J.&Silva C.T.(2000). Medicina geral e familiar e a consulta na população geriátrica. *Geriatria, 13(126),11-13.*

Relvas, A.P. (1996). O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica. Porto: Afrontamento

Ribeiro, J.L.P.,(2002). O consentimento informado na investigação em Psicologia da Saúde é necessário?. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1),11-22.

Ribeiro, P.J.L. & Rodrigues A.P.(2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do brief cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1),3-5.

Ribeiro,O(2005). Quando o cuidador é um homem. *in Envelhecer em Portugal*. (pp.235-253). Lisboa. Edição Climepsi Editores.

Ribeiro,F.,Guerreiro,M.,Mendonça,A.,(2006).Defeito cognitivo ligeiro. *In. Psicogeriatrics* (pp.377-393), Coimbra. Livraria Almedina.

Robert, L.(1994). O envelhecimento. Lisboa. Instituto Piaget.

Rocha, J.A.;Miranda,M.J.;Andrade, M.J.(2005). Abordagem terapêutica das úlceras de pressão- Intervenções baseadas na evidência. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 29-38.

Roebothan, V.B.& Chandra,K.R.(2006). Nutritional Status of an elderly population. *Journal of Age*, 14(2), 39-44.

Rosa, M. J.V.(1996). O envelhecimento e as dinâmicas demográficas da população portuguesa a partir de 1960: dos dados ao dilema. *In António Barreto, A situação Social em Portugal, 1960-1995*. Universidade de Lisboa.

Rosa, M. J. V.,(1998), "Notas sobre a população – a propósito da evolução recente do número de nascimentos", *Análise Social*, 145,183-188.

Rosa, M. J. V., (2000), "Portugal e a União Europeia, do ponto de vista demográfico, a partir de 1960", em António Barreto (org.), *A Situação Social em Portugal 1960-1999 – Volume II*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, 419-451.

Rosa, M. J. V., e Vieira C., (2003), *A População Portuguesa no Século XX. Análise dos Censos de 1900 a 2001*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Jenkins, C. D., Messinger, H. B., et al. (1966) Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study: A follow-up experience of two years. *JAMA*, 195, 86-92.

Rowe, J.W., & Kahn,R. L.,(1999).Successful aging, New York, Dell Publishing.

Rusting, L.R., (1992) Why do we age? *Scientific American*,267,(86).

Ryff, D.C.,(1989).Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*,57,(6),1096-1081.

Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719–727.

Saldanha, M. H.(1991). A avaliação do estado nutricional no idoso. *in Geriatria Clínica* (pp. 133-167). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Saldanha,M.H.,(1995). Importância da nutrição no envelhecimento. *Temas pediátricos I*. Lisboa: Prismédica, Reciclagem e informação médica Lda.189-202

Saldanha, M.H.(1999). *Nutrição Clínica*. Coimbra. Edição Lidel.

Saldanha, M. H.(2001). Nutrição no envelhecimento, *in Recomendações para a prevenção cardiovascular do idoso e no muito idoso*, Clara, J.G. Grupo de Estudos de Cardiologia Geriátrica da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Saldanha,M.H.,(2009).Bem viver para bem envelhecer: um desafio à Gerontologia e à Geriatria. Lisboa. LIDEL

Santos, A.,Polónia,J(1996). Nutrição e terapêutica medicamentosa em geriatria. *In Temas em Geriatria*, Tomo II(pp.95-153). Lisboa. Prismédica.

Santos, P.M.,Paúl,C.,(2006). Desafios na Saúde mental dos mais velhos: o outro lado da terapia. *In. Psicogeriatria* (pp.155-177), Coimbra. Livraria Almedina.

Saucier, G., & Goldberg, L. R. (1998). What is beyond the Big Five? *Journal of Personality*, 66, 495-524.

Scholes, D., et al (1991). Tracking progress towards National objectives in the elderly:what do restrited activity days signify?, *American Journal of Public Health*, 81(4).

Schulz R.,& Scoott RB (1999). Caregiver as a Risk Factor for Mortality.The *Journal of the American Medical Association*,282(23),2215-2219.

Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwals, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.

Schulkin, J. (2003). *Rethinking homeostasis: Allostatic regulation in physiology and pathophysiology*. MIT Press: London.

Schulkin, J., (2003). Allostasis: a neural behavioral perspective. *Hormones and behaviour*, 43, (1),21-27.

Seeman, T.E., McEwen, B.S., (1996) Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation, *Psychosomatic Medicine*,5,(5) 459-471.

Sequeira,A., & Silva, M.N.,(2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*. 3(XX), 505-516.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra. Quarteto Editora

Sennyey, L. Z. Mendonça, B. B. G. Schlecht, E. F. Santos, & E. C. Macedo. (Orgs.). *Neuropsicologia e Inclusão* (pp.97-109). (1ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.

Sennyey, L. Z. Mendonça, B. B. G. Schlecht, E. F. Santos, & E. C. Macedo. (Orgs.). *Neuropsicologia e Inclusão* (pp.97-109). (1ª ed.). São Paulo: Artes Médicas.

Serra,V.A.,Ramalheira,C.,Firmino,H.(1988).Mecanismos de coping: diferenças entre população normal e doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*. 9 (4), 323-328.

Serra V.A.,1999 *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Gráfica de Coimbra Lda.

Serra,V. A., Firmino, H., & Ramalheira, C. (1988). Estratégias de coping e auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 317-322.

Serra, A. V. (2000) Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*,20(4),279-308.

Serra, V.A.,(2006). Que significa envelhecer? *In. Psicogeriatria* (pp.21-35), Coimbra. Livraria Almedina.

Shanas, E., (1979). The family as a social support system in old age. *The Gerontologist*, 19,169-174.

Shanas, E.,(1961). *The Health of older people*. Cambridge, Harvard University Press.

Shklovskii B. I.(2005) A simple derivation of the Gompertz law for human mortality. *Theory in Biosciences*,123,431-433.

Silva,C. (1994). *Estatística aplicada à psicologia e ciências sociais*. Lisboa. Edição McGRAW-HILL.

Silva, M.E.D., (2005). Saúde Mental e idade avançada. *in Envelhecer em Portugal*. (pp.137-156). Lisboa. Edição Climepsi Editores.

Simões, A. (2006). A nova velhice. Lisboa. Edição Ambar.

Soares, M.A., Moura, M.J., Carvalho, M., & Baptista, A., (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1 (1), 19-25.

Sobral, M. (2006). A contribuição da psicologia na avaliação do idoso. *In Psicogeriatria*, 499-513. Coimbra. Livraria Almedina.

Sommerhalder, C.; Ner, A. L. (2002) Avaliação subjectiva da tarefa de cuidar: ónus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (org). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas sociais*. Campinas. Átomo Alínea.

Sontag, M.S., Bubolz, M.M., Nelson, L., & Abler, W. (1993). Integrative methods for human ecological research. In S.D. Wright, T. Dietz, R. Borden, G. Young, & G. Guagnano (Eds.), *Human ecology: Crossing boundaries* (pp. 150-179). Fort Collins, CO: Society for Human Ecology.

Sontag, M.S., Wright, S.D., Young, G.L., & Grace, M. (Eds.). (1991). *Human ecology: Strategies for the future*. Fort Collins, CO: Society for Human Ecology.

Sousa, L. et al. (2001). Easy-care - Um sistema de informação para avaliação de idosos. *Geriatrics*, (137), 32-42.

Sousa, L., & Figueiredo D., (2002). Quem são os prestadores de cuidados aos idosos?: um estudo exploratório. *Sinais vitais*, 40, 45-48.

Sousa, L., Galante H., Figueiredo D., (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3).

Sousa, L.; Figueiredo, D., Cerqueira, M., (2006). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto. Edição Ambar.

Sousa, L., Mendes, A., Relvas, A.P.; (2007) *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa, Climepsi Editores.

Sousa, L (2008). *Strengthening Vulnerable Families: Challenges*. New York. Nova Science Publishers, Inc.

Spence, S. (1982). Social skills training with youth offenders. Em: P. Feldman (Org.). *Developments in the study of criminal behavior*. Canada: Wiley & Sons.

- Stang, J. and Story, M., (2005). Nutrition screening, assessment and intervention. *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*. Adapted from Berg-Smith SM, Stevens VJ, Brown KM, et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research: Theory and Practice* 1999;14(3),399-410.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência.
- Stephens, A. (1987). The assessment to sympathetic nervous function in human stress research. *J. Psychosom*, 31, 141-152.
- Sterling P, Eyer J.(1988) Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J, editors. *Handbook of life stress, cognition and health*. New York: John Wiley & Sons, 629-49.
- Sterling, P. (2004). Principles of Allostasis: Optimal design, predictive regulation, pathophysiology, and rational therapeutics. IN: Schulkin, J. (Ed.). *Allostasis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation*. Cambridge University Press: Cambridge, UK.
- Stroebe W, Stroebe M, Abakoumkin G, Schut H(1996) The role of loneliness and social support in adjustment to loss: a test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality Social Psychology*. 70,1241–1249.
- Stroebe, W., & Stroebe, M. (1999). *Psicologia social e saúde*. Coleção medicina e saúde. Lisboa. Instituto Piaget.
- Stumvoll M. et al (2003) Glucose Allostasis. *The American Diabetes Association*, 52,903-909.
- Syed A.A. & Weaver J.U.(2005). Glucocorticoid Sensivity: the Hypothalamic-pituitary-Adrenal- Tissue Axis,. *Obesity Research*,13(7),1131-1133.
- Tanaka R. et al (1996). Effects of anisosmotic stress on cardiac muscle cell lengt, diameter,area and sarcomere lengt. *Heath and Circulatory Physiology*, 270,414-422.
- Teixeira, P.(2006). *Envelhecendo passo a passo*. Psicologia. com.pt. O Portal dos Psicólogos.
- Torres, A. e Silva. F.V., (1998). Guarda das crianças e divisão do trabalho entre homens e mulheres. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 27, 9-65.
- Torres, A., (1999), "Políticas Sociais e a Questão do Acolhimento das Crianças em Portugal", *Cadernos de Política Social*,(1),45-90.

Torres, S. (1999). A culturally-relevant theoretical framework for the study of successful ageing. *Ageing and Society*, 19, 33-51.

Torres, A.R.,(2002) *Biologia del envejecimiento. in Manual de Geriatria*(pp.15-29). Barcelona: Masson, S.A

Torres, M.,(2008). Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. *Mundos Sociais: saberes e práticas*. Universidade Nova de Lisboa,233,1-12.

Valente,J.,(2006). Introdução e evolução histórica do conceito de demência. *In. Psicogeriatria* (pp.343-355), Coimbra. Livraria Almedina.

Vaz-Serra,A.(2002). O stresse na vida de todos os dias. Coimbra. Edição do autor.

Veríssimo, M.T.et al(1994). Avaliação Nutricional da Zona Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, Coimbra, 7(64),18-23.

Veríssimo, M.T.(1999). Exercício físico nos idosos. In « Sinais Vitais : idoso problemas e realidades » (pp :115-127). Coimbra, Edição Formasau.

Veríssimo, M.T. et al.(2001). Exercício físico e risco trombótico em idosos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*,(6),635-649.

Veríssimo, M.T. et al.(2002). O efeito do exercício físico na composição corporal dos idosos. *Geriatria*,(132),36-51.

Veríssimo, M.T. et al.(2002). O efeito do exercício físico no metabolismo lipídico dos idosos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*,(10),1099-1112.

Veríssimo, M. T., (2006). Nutrição no idoso internado. *Revista Mundo Médico*. Lisboa, 8(6), 8.

Veríssimo, M.T.,(2006). Actividade física e envelhecimento. *In. Psicogeriatria* (pp.83-94), Coimbra. Livraria Almedina.

Veríssimo, M.T.,(2006). Avaliação multidimensional do idoso. *In. Psicogeriatria* (pp.489-498), Coimbra. Livraria Almedina.

Veríssimo,M.T.,(2009).Fisiopatologia das funções da nutrição. *In Fisiopatologia: fundamentos e aplicações*.(pp.465-473).Lisboa. Lidel

Vitaliano, P.P.,et al (1996). Psychological distress, caregiving, and metabolic variables. *Journal of Gerontology, Psychiatry and Behavioral Sciences*, 51(5),290-299.

Vitalliano PP et al (2003). Is caregiving Hazardous to One`s Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6),946-972.

WHO. (1998). *Active aging* (World Health Report). World WHO. *Life in the 21st Century: a vision for all*. World Health Organization. Geneva. Switzerland.

Wiedenfeld. S.A., Bandura, A., Levine, S., O'Leary, A., Brown, S., Raska, K. (1990). Impact of Perceived Self-Efficacy in Coping with Stressors on Components of the Immune System. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1082-1094.

Wiener, J. (1998). Managing the Iatrogenic Risks of Risk Management. *Health, Safety & Environment*, 39, 82.

Winker, A. M., (2002) Aging in the 21st Century: a call for papers. *The Journal of the American Medical Association*; Vol. 287(10), 287- 1221.

Woodford, H. (2009). *Guia prático de Geriatria*. Lisboa. Edição Climepsi Editores.

World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. WHO, Geneva.

World Health Organization (1986). *Ottawa charter for health promotion*. WHO.

World Health Organization. (1989). *Drugs for the elderly*. Copenhagen: WHO; 1989.

W.H.O. (1993). *Measuring Quality of Life, the development of the World Health Organization Quality of Life Instruments (WHOQOL)*, Geneva.

World Health Organization (1994). *A Declaration on the promotion of Patient's Rights in Europe* (Doc.Eur/ICP/HLE 121, 28 June, 1994). Copenhagen.

World Health Organization. (1995). *Physical Status: The use and interpretation of anthropometry*. Geneva. (WHO Technical Report Series, 854).

World Health Organization (1998). *The "New" Old Age- Challenging the myths of aging*. Report of 6^o Annual Conference of the Regions for Health Network. WHO, Copenhagen.

World Health Organization (1999). *Ageing: Exploding the myths - International Year of Older Persons*. WHO, Geneva.

World Health Organization (2002). *Active Ageing: a policy framework*. WHO, Geneva.

World Population Prospects (2003). *Sex and Age*. The Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat.

World Health Organization (2004). A Glossary of Terms for community Health Care and Services for older Persons: Ageing and Health Technical Report, Vol 5. WHO, Geneva.

World Health Organization (2006). Caregiver Booklet Symptom Management and End of Life Care: A guide for caregivers. 3rd Draft for discussion. WHO, Geneva.

WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometrics Properties, *Social Science and Medicine*, Vol.46,(12),1569-1998.

Shyu, Y.L., (2000). *Nursing Science Quarterly*, 13,(4), 323-331.

Zarit, S. (2006). Assessment of Family Caregivers: A Research Perspective. In Family Caregiver Alliance (Eds.), *Caregiver Assessment: Voices and Views from the Field*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. II) (pp. 12 – 37). San Francisco: Family Caregiver Alliance.

Zarit, S. H. & Femia, E. E. (2008). A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging and Mental Health*, 12(1), 5-13

Zarit, S. H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. In C. Duyckaerts & I. Litvan (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology*, V89 (3rd series) Dementias. (pp. 905-910). Elsevier.

Zarit, S. H. (2008). New perspectives on subjective memory complaints. *Aging and Mental Health*, 12, 165-166.

Zarit, S. H., & Edwards, A. B. (2008). Family caregiving: Research and clinical intervention. In B. Woods (Ed.), *Handbook of clinical psychology and ageing*, 2nd ed.(pp. 255-288). Sussex, UK: Wiley.

Zimmerman, M.A.(1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5),581-599.

Zimmerman.G. I. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre. Brasil. Editora artes Médicas Sul Lda.

Ziglio, E.(1997). Health Promotion and Investment Programme WHO Regional Office for Europe 2100 Copenhagen, Denmark Promotion & Education, 4, (2), 29-33

Anexos

Anexo 1



**UNIVERSIDADE DE AVEIRO/ UNIVERSIDADE DE COIMBRA
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO
CENTRO DE SAÚDE DE AVEIRO**

Pedido de Consentimento Informado

TÍTULO DO ESTUDO: QUEM CUIDA DO CUIDADOR?

O envelhecimento populacional acarreta profundas implicações sobre as políticas sociais e representa um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea.

A degenerescência contínua provocada pelo envelhecimento, ameaça e acarreta a perda progressiva de autonomia e a capacidade do indivíduo manter o seu poder de decisão.

Esta realidade conduz a alterações profundas na malha familiar envolvente.

Nesta fase, a família costuma assumir o papel de cuidador, por deter uma responsabilidade social e culturalmente definida, e por existir o inalienável vínculo afectivo.

Ser cuidador, nestas circunstâncias pode conduzir a fragilidades, a sentimentos de desencanto, de angústia ou de doença e constitui só por si um factor de risco para a sua saúde com potenciais consequências nefastas ao nível físico e mental.

Cuidar de uma pessoa dependente é um processo desgastante que pode conduzir a alterações do estado de saúde de quem cuida.

É NO SENTIDO DE CONHECER MELHOR ESTA REALIDADE E COM A FINALIDADE DE PODER APOIAR COM MAIOR EFICÁCIA, QUE SE SOLICITA A COLABORAÇÃO DE V. Ex^a.

NOME DO CUIDADOR:

ASSINATURA:

DATA..../..../....

Anexo 2

Protocolo de Avaliação Multidimensional de Pessoas Idosas

Data: __/__/__

I. Identificação

Nome:	
Nº de Registo:	
Sexo:	
Situação na profissão: Aposentado: () () Não	
Profissão anterior à aposentação: _____	
Idade:	Data de Nascimento:
Residência:	
Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado	
Telefone:	
Declarante: (se for o caso)	Parentesco:
Cuidador: Parentesco:	Idade: Sexo:
Circunstâncias em que vive: Sozinho () Com a família () Em rotatividade () Outra () Qual? _____	
Costuma ter acesso a: Apoio Domiciliário () Centro de Dia ou Centro de Convívio () Visita Domiciliária ()	

Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal	<input type="checkbox"/> 1
1º ciclo do ensino básico (até 4 anos de escolaridade)	<input type="checkbox"/> 2
2º ciclo do ensino básico (5 a 6 anos de escolaridade)	<input type="checkbox"/> 3
3º ciclo do ensino básico (7 a 9 anos de escolaridade)	<input type="checkbox"/> 4
Ensino secundário (10 a 12 anos de escolaridade)	<input type="checkbox"/> 5
Ensino superior	<input type="checkbox"/> 6

Classe socioeconómica do idoso(a) (Índice de Graffar, Amaro, 1990)

Classe Socioeconómica	
Classe I [5 - 9]	Alta
Classe II [10 - 13]	
Classe III [14 - 17]	
Classe IV [18 - 21]	
Classe V [22 - 25]	Baixa
II. Patologia principal	

III. História Clínica: sistemas fisiológicos principais

1. Geral

Febre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Mal-estar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Astenia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Aparência cuidada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cooperativo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Tranquilo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Palidez cutâneo-mucosa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cianose das extremidades	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Icterícia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Desidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Patologia da Tiróide	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Linfadenomegalias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

2. Órgãos dos sentidos

Def. Visual	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Usa Lentes/óculos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Teste Snellen (5 metros)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Lê jornais ou revistas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Def. auditiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Usa prótese auditiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Teste sussurro (60 cm)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dificuldade de conversação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

3. Pele e Anexos

Ceratose Actínica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ceratose Seborreica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Prurido <input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Generalizado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Xerodermia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Neoplasia cutânea		
Úlceras dos Memb inferiores		
Úlceras de pressão		
Localização <input type="checkbox"/> Sacral <input type="checkbox"/> Trocântérica <input type="checkbox"/> Calcâneo <input type="checkbox"/> outros		
Gravidade <input type="checkbox"/> Estádio 1 : vermelhidão e irritação local Estádio 2: Úlcera da epiderme Estádio 3: Úlcera subcutânea Estádio 4: Ulceração comprometendo o musculo		
Outras lesões:		

4. Aparelho Cardio-vascular

Dispneia () sim () não	Dor torácica () sim () não
() 2-5mn () desencadeada com esforço () Melhora com repouso	Tensão arterial () sim () não Valores mmHg -
Palpitações () sim () não	Ectasia da aorta () sim () não
() frequentemente () ocasionalmente Factores desencadeantes -	Sopro carotídeo () sim () não Ingurgitamento jugular () sim () não Ictus cordis palpável () sim () não
Perda de Consciência () Sim () não () síncope () hipotensão	Sopro cardíaco () sim () não
Outros	Pulso arterial periférico () sim () não

5. Aparelho Genito-urinário

Prostatismo () sim () não Incontinência Urinária () sim () não () recente <30dias () crónica > 30 dias Noctúria () sim () não Data da Menopausa ___/___/___ Reposição hormonal () sim () não

6. Aparelho Digestivo

Disfagia..... sim () não () Orofaringea () Esofágica intermitente () progressiva () não progressiva () indeterminada () Dispepsia sim () não () 1. Sensação de queimadura epigástrica que aumenta com a fome. 2. Enfartamento pós- prandial 3. Regurgitação 4. Indeterminada Náuseas/vómitos sim () não () Obstipaçãosim () não () < 6 meses () > 6 meses () Necessita de uso regular de laxante () Necessita de extração manual das fezes () Frequência das evacuações _____ Consistência das fezes _____ Diarreia Sim () Não () 30 dias () desinteriforme () esteatorreia () indeterminada () Hemorragia digestiva..... sim () não () Alta () Baixa () Incontinência fecal..... sim () não () Recente < 30 dias () Crónica > 30 dias () Sobrefluxo () Anorretal () Neurogénica () Secundária () Dor abdominal sim () não () Dor Hemorroidária sim () não () Flatulência Sim () não ()

Icterícia sim () não () Parede abdominal Visceromegalias Massas Cicatrizes Dor Peristaltismos

7. Sistema Nervoso

Cefaleia.....sim () não ()

< 6 meses () >6 meses ()

Especificar: _____

Tremores Sim () Não ()

Repouso () desequilíbrio () visão turva ()

“cabeça vazia” () Associada a doenças súbitas ()

Associada a o ortostatismo ()

Frequentemente ()

Ocasionalmente ()

Zumbido no ouvidosim () não ()

Distúrbio de marcha Sim () não ()

Convulsão Sim () não ()

Recorrente () Isolada () Controlada com medicação ()

Distúrbios da fala sim () não ()

Especificar:

Fundoscopia

Pares craneanos

Força Muscular

Sensibilidade

Reflexos tendinosos

Coordenação

Equilíbrio

Deficit focalsim () não ()

Bradicinesia sim () não ()

Rigidez tipo roda dentada: sim () não ()

8. Aparelho Respiratório

Tossesim () não ()

4 semanas () < 4 semanas ()

Seca () Produtiva ()

Sibilos torácicos sim () não ()

Expectoração purulenta Sim () não ()

Hemoptises Sim () Não ()

Frequência Respiratória:

Palpação:

Percussão:

Auscultação:

9. Sistema Músculo – Esquelético

Artralgiasim () não ()

Poliartralgia () monoartralgia () artrite () indeterminado ()

pequenas articulações () grandes articulações ()

Localização:

Rigidez matinal sim () não ()

Lombalgia sim () não ()

Ocasional () Contínua mas não limitante ()

Contínua e limitante ()

Especificar : Comum/postural () radioculopatia ()

Espondilite anquilosante () aguda ()

Ombro doloroso sim () não ()

Rigidez generalizada Sim () não ()

Peso ou fraqueza nos membros inferiores sim () não ()

Pés: Joanetes () Queratose plantar () Onicomicose ()

Deformidade :

Cifose () Torácica () lombar () mãos

() pés () articular ()

IV. Estado nutricional

"MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT"

Nome Completo:
 Idade Sexo Data
 Peso (Kg) Altura (m) Altura do joelho
 (se altura impossível)

I. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

1) Índice de Massa Corporal

0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

2) Perímetro Médio Braquial (PMB- em cm)

0,0 = PMB < 21
 0,5 = 21 ≤ PMB ≤ 22
 1,0 = IMC > 22

3) Circunferência da perna
 (CP- em cm)

0 = CP < 31 1 = CP > 31

4) Perda ponderal nos últimos 3 meses (PP- em Kg)

0 = perda ponderal > 3 Kg
 1 = não sabe
 2 = perda ponderal entre 1 e 3 Kg
 3 = sem perda ponderal

II. AVALIAÇÃO GLOBAL

5) O doente vive independentemente (em contraponto de viver num lar)?

0 = não 1 = sim

6) O doente toma mais de 3 medicamentos prescritos (por dia)?

0 = sim 1 = não

7) Nos últimos 3 meses, o doente foi vítima de stress psicológico ou doença aguda?

0 = sim 2 = não

8) Mobilidade

0 = limitado a uma cadeira ou á cama
 1 = consegue sair da cama/ cadeira, mas não sai á rua
 2 = sai á rua

9) Problemas neuropsicológicos?

0 = demência severa ou depressão
 1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

10) Tem úlceras da pressão/ escaras?

0 = sim 1 = não

III. AVALIAÇÃO DIETÉTICA

11) Quantas refeições completas o doente come/dia?
 0 = 1 refeição 1 = 2 refeições 2 = 3 refeições

12) O doente consome:

-Pelo menos uma porção de lacticínios (leite,queijo)/dia?

sim não

-Duas ou mais porções de feijão/grão,ovos por semana?

sim não

-Carne, peixe ou aves diariamente?

sim não

0,0 = se 0 ou 1 respostas sim

0,5 = se 2 respostas sim

1,0 = se 3 respostas sim

13) Consome duas ou mais porções de fruta ou vegetais diariamente?

0 = não 1 = sim

14) A ingestão alimentar do doente foi reduzida nos últimos 3 meses devido a anorexia, problemas digestivos ou dificultivos na deglutição?

0 = anorexia severa

1 = anorexia moderada

2 = sem anorexia

15) Quantos copos/ chávenas de bebida (água,sumo, café,chá,leite,cerveja,vinho...) o doente consome/dia?

0,0 = menos de 3 copos

0,5 = 3 e 5 copos

1,0 = mais de 5 copos

16) Modo de se alimentar

0 = alimenta-se só com ajuda

1 = alimenta-se sozinho, mas com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho, sem problemas

IV AVALIAÇÃO SUBJECTIVA

17) O doente considera ter algum problema nutricional?

0 = malnutrição *major*

1 = não sabe/ malnutrição moderada

2 = sem problema nutricional

18) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como é que o doente considera o seu estado de saúde?

0,0 = não tão bom

1,0 = tão bom

0,5 = não sabe

2,0 = melhor

TOTAL (máximo de 30 pontos)

RESULTADO

≥ 24 pontos : Bem nutrido

17 a 23,5 pontos : em risco de malnutrição

< 17 pontos : subnutrição

V. Funcionalidade

Actividades básicas da vida diária		
Parâmetro	Situação do paciente	Pontuação
Total:		
Alimentar-se	- Totalmente independente - Necessita ajuda para cortar carne, o pão, etc. - Dependente	10 5 0
Lavar-se	- Independente: entra e sai por si só da banheira - Dependente	5 0
Vestir-se	- Independente: capaz de vestir-se, incluindo abotoar-se, atar os sapatos - Necessita ajuda - Dependente	10 5 0
Arranjar-se	- Independente para lavar o rosto, as mãos, pentear-se, barbear ou maquilhar-se, etc. - Dependente	5 0
Avaliação da semana anterior	- Continência normal - Ocasionalmente algum episódio de incontinência; necessita ajuda para administrar supositórios ou laxantes - Incontinência	10 5 0
Controlo de esfínteres	- Continência normal - Um episódio diário como máximo de incontinência; necessita ajuda para cuidar da sonda - Incontinência	10 5 0
Usar o WC	- Independente para ir à casa de banho, tirar e por a roupa - Necessita ajuda para ir à retrete - Dependente	10 5 0
Movimentar-se	- Independente para ir da cadeira à cama - Mínima ajuda física ou supervisão para realizá-lo - Necessita de grande ajuda, mas pode manter-se sentado sozinho - Dependente	15 10 5 0
Deambular	- Independente, caminha apenas 50 metros - Necessita ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros - Independente em cadeira de rodas sem ajuda - Dependente	15 10 5 0
Escadarias	- Independente para subir e descer escadas - Necessita ajuda física ou supervisão para fazê-lo - Dependente	15 10 0

VI. Cognição

Mini- Mental

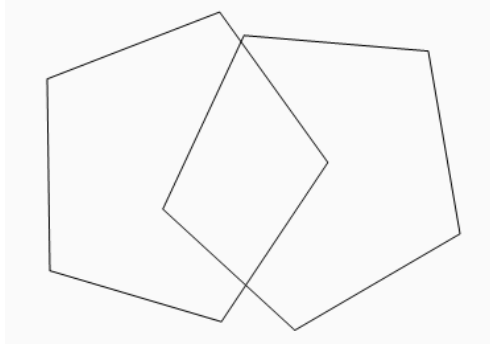
Observar orientação, memória e fala

Realizar a Adaptação do *Folstein Mini Mental Status Examination*

<i>Adaptação do Folstein Mini Mental Status Examination</i>	TOTAL
Orientação Data (que dia é hoje ? registre os itens omitidos) dia (), mês (), ano (), dia da semana (), manhã / tarde ()	
Orientação Local (onde você está ? pergunte os itens omitidos) país (), estado (), cidade (), local (), andar ()	
Registro de objetos (nomeie clara e lentamente 3 objetos e peça ao paciente para repetir) janela (), casaco (), relógio ()	
Sete Seriado (<i>diminuir 7 de 100 sucessivamente ou soletrar MUNDO ao contrário</i>) 93 (), 86 (), 79 (), 72 (), 65 () ou O (), D (), N (), U (), M ()	
Recordar Objetos (relembrar os 3 objetos citados anteriormente) janela (), casaco (), relógio ()	
Denominação (aponte para o relógio e pergunte "O que é isto ?". Repita com um lápis) relógio (), lápis ()	
Repetição (repetir a frase "casa de Ferreiro, espeto de pau" ou "nem aqui, nem ali, nem lá") repetição correta na 1ª tentativa ()	
Comando Verbal (pegue o pedaço de papel, dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa) pegar o papel (), dobrar ao meio (), colocar sobre a mesa ()	
Comando Escrito (mostrar um pedaço de papel com a frase "Feche os olhos") fechou os olhos ()	
Escrita (escrever uma frase) Sentença com sujeito + verbo e que faça sentido ()	
Desenho (copiar o desenho da interseção de 2 pentágonos) figura com 10 cantos e 2 linhas de interseção ()	
TOTAL (máximo = 30)	

Interpretação:

Somar um 1 ponto para cada um dos itens () respondidos corretamente e registrar o total na coluna da direita. O score final é a soma dos pontos, sendo considerado normal quando superior a 24



VII. Cognição

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS) SHORT FORM

Para cada questão escolha a opção que mais se assemelha ao que está sentindo nas últimas semanas

Sim Não

- Está satisfeito com a sua vida?
Aborrece-se com frequência?
Sente-se um inútil nas actuais circunstâncias?
Prefere ficar em casa a sair e ver coisas novas?
Sente que a sua situação não tem saída?
Tem medo que algum mal lhe aconteça?
Considera o seu estado actual sem esperança?
Acha maravilhoso estar vivo?
Sente que a sua vida está vazia?
Sente que a maioria das pessoas está melhor que você?
Sente-se com mais problemas de memória que a maioria?
Deixou ultimamente muitos interesses e actividades?
Sente-se bem humorado a maior parte do tempo?
Sente-se pleno de energia?
Sente-se feliz a maior parte do tempo?
Pontuação

VIII. Satisfação com a vida

SLWS – Satisfaction With Life Scale (Diener et al., 1985); (Escala de Satisfação com a vida, versão portuguesa de Simões, 1992)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma X (cruz) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3

Protocolo de Avaliação Multidimensional de Cuidador

Data: __/__/__

I. Identificação

Nome:	
Nº de Registo:	
Sexo:	
Situação na profissão: Aposentado: () () Não	
Profissão anterior à aposentação: _____	
Idade:	Data de Nascimento:
Residência:	
Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado	
Telefone:	
Declarante: (se for o caso)	Parentesco:
Cuidador: Parentesco:	Idade: Sexo:
Circunstâncias em que vive: Sozinho () Com a família () Em rotatividade () Outra () Qual? _____	
Costuma ter acesso a: Apoio Domiciliário () Centro de Dia ou Centro de Convívio () Visita Domiciliária ()	
Tem filhos a cargo? (Indicar quantos) _____	
Tem outros dependentes a cargo? (Indicar quantos) _____	

Habilitações literárias:

Não frequentou o sistema de ensino formal	<input type="checkbox"/> 1
1º ciclo do ensino básico (até 4 anos de escolaridade)	<input type="checkbox"/> 2
2º ciclo do ensino básico (5 a 6 anos de escolaridade)	<input type="checkbox"/> 3
3º ciclo do ensino básico (7 a 9 anos de escolaridade)	<input type="checkbox"/> 4
Ensino secundário (10 a 12 anos de escolaridade)	<input type="checkbox"/> 5
Ensino superior	<input type="checkbox"/> 6

Classe sócio-económica do idoso(a) (Índice de Graffar, Amaro, 1990)

Classe Socioeconómica	
Classe I [5 - 9]	Alta
Classe II [10 - 13]	
Classe III [14 - 17]	
Classe IV [18 - 21]	
Classe V [22 - 25]	Baixa

II. Patologia principal

III. História Clínica: sistemas fisiológicos principais

2. Geral

Febre	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Mal-estar	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Astenia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Aparência cuidada	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cooperativo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Tranquilo	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Palidez cutâneo-mucosa	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cianose das extremidades	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Icterícia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Desidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Patologia da Tiróide	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Linfadenomegalias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

2. Órgãos dos sentidos

Def. Visual	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Usa Lentes/óculos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Teste Snellen (5 metros)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Lê jornais ou revistas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Def. auditiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Usa prótese auditiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Teste sussurro (60 cm)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Dificuldade de conversação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

3. Pele e Anexos

Ceratose Actínica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Ceratose Seborreica	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Prurido <input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Generalizado	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Xerodermia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Neoplasia cutânea		
Úlceras dos Memb inferiores		
Úlceras de pressão		
Localização <input type="checkbox"/> Sacral <input type="checkbox"/> Trocântérica <input type="checkbox"/> Calcâneo <input type="checkbox"/> outros		
Gravidade <input type="checkbox"/> Estádio 1 : vermelhidão e irritação local Estádio 2: Úlcera da epiderme Estádio 3: Úlcera subcutânea Estádio 4: Úlceração comprometendo o musculo		
Outras lesões:		

5. Aparelho Cardio-vascular

Dispneia () sim () não	Dor torácica () sim () não
() 2-5mn () desencadeada com esforço () Melhora com repouso	Tensão arterial () sim () não Valores mmHg -
Palpitações () sim () não	Ectasia da aorta () sim () não
() frequentemente () ocasionalmente Factores desencadeantes -	Sopro carotídeo () sim () não Ingurgitamento jugular () sim () não Ictus cordis palpável () sim () não
Perda de Consciência () Sim () não () síncope () hipotensão	Sopro cardíaco () sim () não
Outros	Pulso arterial periférico () sim () não

5. Aparelho Genito-urinário

Prostatismo () sim () não Incontinência Urinária () sim () não () recente <30dias () crónica > 30 dias Noctúria () sim () não Data da Menopausa ___/___/___ Reposição hormonal () sim () não

6. Aparelho Digestivo

Disfagia..... sim () não () Orofaringea () Esofágica intermitente () progressiva () não progressiva () indeterminada () Dispepsia sim () não () 5. Sensação de queimadura epigástrica que aumenta com a fome. 6. Enfartamento pós- prandial 7. Regurgitação 8. Indeterminada Náuseas/vómitos sim () não () Obstipaçãosim () não () < 6 meses () > 6 meses () Necessita de uso regular de laxante () Necessita de extração manual das fezes () Frequência das evacuações _____ Consistência das fezes _____ Diarreia Sim () Não () 30 dias () desinteriforme () esteatorreia () indeterminada () Hemorragia digestiva..... sim () não () Alta () Baixa () Incontinência fecal..... sim () não () Recente < 30 dias () Crónica > 30 dias () Sobrefluxo () Anorretal () Neurogénica () Secundária () Dor abdominal sim () não () Dor Hemorroidária sim () não () Flatulência Sim () não ()

Icterícia sim () não () Parede abdominal Visceromegalias Massas Cicatrizes Dor Peristaltismos

Cefaleia.....sim () não ()

< 6 meses () >6 meses ()

Especificar: _____

Tremores Sim () Não ()

Repouso () desequilíbrio () visão turva ()

“cabeça vazia” () Associada a doenças súbitas ()

Associada a o ortostatismo ()

Frequentemente ()

Ocasionalmente ()

Zumbido no ouvidosim () não ()

Distúrbio de marcha Sim () não ()

Convulsão Sim () não ()

Recorrente () Isolada () Controlada com medicação ()

Distúrbios da fala sim () não ()

Especificar:

Fundoscopia

Pares craneanos

Força Muscular

Sensibilidade

Reflexos tendinosos

Coordenação

Equilíbrio

Deficit focalsim () não ()

Bradicinesia sim () não ()

Rigidez tipo roda dentada: sim () não ()

10. Aparelho Respiratório

Tossesim () não ()

4 semanas () < 4 semanas ()

Seca () Produtiva ()

Sibilos torácicos sim () não ()

Expectoração purulenta Sim () não ()

Hemoptises Sim () Não ()

Frequência Respiratória:

Palpação:

Percussão:

Auscultação:

11. Sistema Músculo – Esquelético

Artralgiasim () não ()

Poliartralgia () monoartralgia () artrite () indeterminado ()

pequenas articulações () grandes articulações ()

Localização:

Rigidez matinal sim () não ()

Lombalgia sim () não ()

Ocasional () Contínua mas não limitante ()

Contínua e limitante ()

Especificar : Comum/postural () radioculopatia ()

Espondilite anquilosante () aguda ()

Ombro doloroso sim () não ()

Rigidez generalizada Sim () não ()

Peso ou fraqueza nos membros inferiores sim () não ()

Pés: Joanetes () Queratose plantar () Onicomicose ()

Deformidade :

Cifose () Torácica () lombar () mãos () pés () articular ()

IV. Estado nutricional

"MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT"

Nome Completo:
 Idade Sexo Data
 Peso (Kg) Altura (m) Altura do joelho
 (se altura impossível)

I. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

2) Índice de Massa Corporal

0 = IMC < 19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

2) Perímetro Médio Braquial (PMB- em cm)

0,0 = PMB < 21
 0,5 = 21 ≤ PMB ≤ 22
 1,0 = IMC > 22

3) Circunferência da perna
 (CP- em cm)

0 = CP < 31 1 = CP > 31

4) Perda ponderal nos últimos 3 meses (PP- em Kg)

0 = perda ponderal > 3 Kg
 1 = não sabe
 2 = perda ponderal entre 1 e 3 Kg
 3 = sem perda ponderal

II. AVALIAÇÃO GLOBAL

5) O doente vive independentemente (em contraponto de viver num lar)?

0 = não 1 = sim

6) O doente toma mais de 3 medicamentos prescritos (por dia)?

0 = sim 1 = não

7) Nos últimos 3 meses, o doente foi vítima de stress psicológico ou doença aguda?

0 = sim 2 = não

8) Mobilidade

0 = limitado a uma cadeira ou á cama
 1 = consegue sair da cama/ cadeira, mas não sai á rua
 2 = sai á rua

9) Problemas neuropsicológicos?

0 = demência severa ou depressão
 1 = demência ligeira

2 = sem problemas psicológicos

10) Tem úlceras da pressão/ escaras?

0 = sim 1 = não

III. AVALIAÇÃO DIETÉTICA

11) Quantas refeições completas o doente come/dia?
 0 = 1 refeição 1 = 2 refeições 2 = 3 refeições

12) O doente consome:

-Pelo menos uma porção de lacticínios (leite,queijo)/dia?

sim não

-Duas ou mais porções de feijão/grão,ovos por semana?

sim não

-Carne, peixe ou aves diariamente?

sim não

0,0 = se 0 ou 1 respostas sim

0,5 = se 2 respostas sim

1,0 = se 3 respostas sim

13) Consome duas ou mais porções de fruta ou vegetais diariamente?

0 = não 1 = sim

14) A ingestão alimentar do doente foi reduzida nos últimos 3 meses devido a anorexia, problemas digestivos ou dificultivos na deglutição?

0 = anorexia severa

1 = anorexia moderada

2 = sem anorexia

15) Quantos copos/ chávenas de bebida (água,sumo, café,chá,leite,cerveja,vinho...) o doente consome/dia?

0,0 = menos de 3 copos

0,5 = 3 e 5 copos

1,0 = mais de 5 copos

16) Modo de se alimentar

0 = alimenta-se só com ajuda

1 = alimenta-se sozinho, mas com dificuldade

2 = alimenta-se sozinho, sem problemas

IV AVALIAÇÃO SUBJECTIVA

17) O doente considera ter algum problema nutricional?

0 = malnutrição *major*

1 = não sabe/ malnutrição moderada

2 = sem problema nutricional

18) Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como é que o doente considera o seu estado de saúde?

0,0 = não tão bom

1,0 = tão bom

0,5 = não sabe

2,0 = melhor

TOTAL (máximo de 30 pontos)

RESULTADO

≥ 24 pontos : Bem nutrido

17 a 23,5 pontos : em risco de malnutrição

< 17 pontos : subnutrição

V. Funcionalidade

Actividades básicas da vida diária		
Parâmetro	Situação do paciente	Pontuação
Total:		
Alimentar-se	- Totalmente independente - Necessita ajuda para cortar carne, o pão, etc. - Dependente	10 5 0
Lavar-se	- Independente: entra e sai por si só da banheira - Dependente	5 0
Vestir-se	- Independente: capaz de vestir-se, incluindo abotoar-se, atar os sapatos - Necessita ajuda - Dependente	10 5 0
Arranjar-se	- Independente para lavar o rosto, as mãos, pentear-se, barbear ou maquilhar-se, etc. - Dependente	5 0
Avaliação da semana anterior	- Continência normal - Ocasionalmente algum episódio de incontinência; necessita ajuda para administrar supositórios ou laxantes - Incontinência	10 5 0
Controlo de esfínteres	- Continência normal - Um episódio diário como máximo de incontinência; necessita ajuda para cuidar da sonda - Incontinência	10 5 0
Usar o WC	- Independente para ir à casa de banho, tirar e por a roupa - Necessita ajuda para ir à retrete - Dependente	10 5 0
Movimentar-se	- Independente para ir da cadeira à cama - Mínima ajuda física ou supervisão para realizá-lo - Necessita de grande ajuda, mas pode manter-se sentado sozinho - Dependente	15 10 5 0
Deambular	- Independente, caminha apenas 50 metros - Necessita ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros - Independente em cadeira de rodas sem ajuda - Dependente	15 10 5 0
Escadarias	- Independente para subir e descer escadas - Necessita ajuda física ou supervisão para fazê-lo - Dependente	15 10 0

VI. Cognição

Mini- Mental

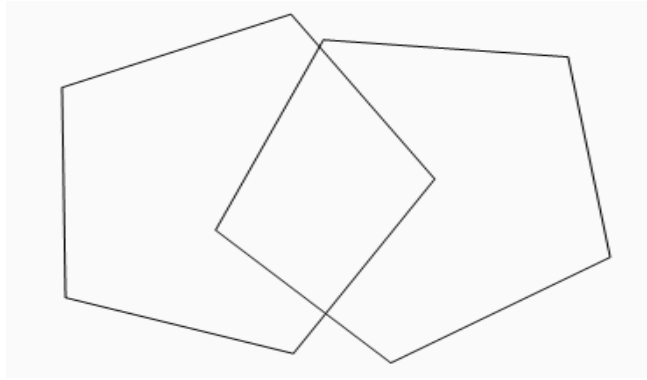
Observar orientação, memória e fala

Realizar a Adaptação do *Folstein Mini Mental Status Examination*

<i>Adaptação do Folstein Mini Mental Status Examination</i>	TOTAL
Orientação Data (que dia é hoje ? registre os itens omitidos) dia (), mês (), ano (), dia da semana (), manhã / tarde ()	
Orientação Local (onde você está ? pergunte os itens omitidos) país (), estado (), cidade (), local (), andar ()	
Registro de objetos (nomeie clara e lentamente 3 objetos e peça ao paciente para repetir) janela (), casaco (), relógio ()	
Sete Seriado (<i>diminuir 7 de 100 sucessivamente ou soletrar MUNDO ao contrário</i>) 93 (), 86 (), 79 (), 72 (), 65 () ou O (), D (), N (), U (), M ()	
Recordar Objetos (relembrar os 3 objetos citados anteriormente) janela (), casaco (), relógio ()	
Denominação (aponte para o relógio e pergunte “O que é isto ?”. Repita com um lápis) relógio (), lápis ()	
Repetição (repetir a frase “casa de Ferreiro, espeto de pau” ou “nem aqui, nem ali, nem lá”) repetição correta na 1ª tentativa ()	
Comando Verbal (pegue o pedaço de papel, dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa) pegar o papel (), dobrar ao meio (), colocar sobre a mesa ()	
Comando Escrito (mostrar um pedaço de papel com a frase “Feche os olhos”) fechou os olhos ()	
Escrita (escrever uma frase) Sentença com sujeito + verbo e que faça sentido ()	
Desenho (copiar o desenho da interseção de 2 pentágonos) figura com 10 cantos e 2 linhas de interseção ()	
TOTAL (máximo = 30)	

Interpretação:

Somar um 1 ponto para cada um dos itens () respondidos corretamente e registrar o total na coluna da direita. O score final é a soma dos pontos, sendo considerado normal quando superior a 24.



VII. Satisfação com a vida

SLWS – Satisfaction With Life Scale (Diener et al., 1985); (Escala de Satisfação com a vida, versão portuguesa de Simões, 1992)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma X (cruz) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Nem concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As minhas condições de vida são muito boas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIII. Sobrecarga

Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Escala validada por Martins, T., Ribeiro, P., Garret, C., 2003

Item	Inquérito	Pontuação
1	Sente que seu familiar solicita mais ajuda do que a que realmente necessita?	
2	Sente que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para si?	
3	Sente-se tenso quando tem que cuidar do seu familiar e desempenhar além disso, outras responsabilidades?	
4	Sente-se envergonhado com a conduta do seu familiar?	
5	Crê que a situação actual afecta de maneira negativa a sua relação com amigos e outros membros da sua família?	
6	Sente algum temor pelo futuro da sua família?	
7	Sente que o seu familiar depende de si?	
8	Sente-se esgotado quando tem que estar junto ao seu familiar?	
9	Sente que a sua saúde se ressentiu por cuidar do seu familiar?	
10	Sente que não tem a vida privada que desejaria pelo apoio que faz ao seu familiar?	
11	Crê que suas relações sociais foram afectadas visto afectadas por ter que cuidar de um seu familiar?	
12	Sente-se incomodado para convidar amigos para sua casa, devido ao seu familiar?	
13	Crê que o seu familiar espera que o cuide, como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	
14	Crê que dispõe de dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar e suportar também os outros gastos?	
15	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	
16	Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do d familiar se manifestou?	
17	Desejaria poder delegar o cuidado de seu familiar a outras pessoas?	
18	Sente-se inseguro acerca do que pode fazer com o seu familiar?	
19	Sente que deveria fazer mais do que faz pela sua familiar?	
20	Crê que poderia cuidar de seu familiar melhor do que faz ?	
21	Em general: Sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar?	

Cada item valoriza-se da seguinte forma:

Pontuação de cada item	
Frequência	Pontuação
Nunca	0
Quase nunca	1
Às vezes	2
Bastantes vezes	3
Quase sempre	4