

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

CURSO DE FISIOTERAPIA 2004/2005

4º ANO

*Caracterização da (in)dependência dos idosos residentes
em meio rural - Freguesia de São João das Lampas*



*Realizado por:
Ana Rita Cruz*

*Orientador:
Doutor José Ramos*

Barcarena, 17 de Outubro de 2005



*Caracterização da (in)dependência dos idosos
residentes em meio rural - Freguesia de São João
das Lampas*



Agradecimentos

Este trabalho foi feito ao longo do ano lectivo de 2004/2005 e muito tempo a ele foi dedicado, nas horas que passam as horas do dia, que roubam o tempo ao descanso, às férias, aos amigos e à família. Nada teria sido possível sem a ajuda e generosidade constante de muitos, que tão amavelmente disponibilizaram parte do seu precioso tempo com palavras de incentivo e grandiosa sabedoria.

O meu primeiro agradecimento dirige-se ao Dr. Parente, Director do Lar de São João das Lampas por me ter recebido e demonstrado receptividade e curiosidade acerca dos meus objectivos de trabalho. Esteve sempre presente o seu empenho para que todos os recursos necessários à realização deste estudo fossem disponibilizados.

Agradeço também à Dr.^a Cláudia Camacho, Assistente Social do Lar de São João das Lampas por todo o apoio e dedicação, bem como, à sua disponibilidade para o acompanhamento deste estudo a todos os idosos que se encontram em regime de Apoio Domiciliário.

Aos idosos que participaram neste estudo, um agradecimento muito especial. Foi excepcional a hospitalidade e carinho sempre presentes durante a realização dos questionários, sem eles nada faria sentido.

Ao Doutor José Ramos, que desde o início me ajudou na estruturação e orientação deste projecto. Todo o seu saber e incentivo, fizeram com que eu nunca desistisse de lutar e que um simples esboço se tornasse realidade. A sua tranquilidade foi essencial para a minha estabilidade emocional. Mais uma vez... Obrigada pela sua presença!

Por último gostaria de estender os meus agradecimentos a muitos outros, mestres, amigos, ou simples conhecidos, com quem aprendi e discuti as mais diversas áreas. Foram, de modos muito diferentes, fundamentais na minha formação e auxílio precioso em muitas ocasiões durante os quatro anos de curso.

A todos vós, um sincero agradecimento. O vosso contributo foi fundamental a todos os níveis, sem a vossa ajuda nada faria sentido.



Resumo

Este estudo tem como objectivos classificar dos níveis de dependência de uma população idosa com 75 anos ou mais, residentes em meio rural, com acesso ao Centro de Dia do Lar de São João das Lampas ou com Apoio Domiciliário desta instituição. Analisar as características dos grupos de dependência anteriormente identificados e as variáveis correspondentes ao género, idade, prestação de cuidados, qualidade de vida percebida pelo sujeito, cognição e depressão, bem como, analisar a associação entre as Actividades Instrumentais (AIT's) e Actividades da Vida Diária (AVD's) e as variáveis acima mencionadas. No final, será feita uma ressenção crítica ao instrumento de avaliação utilizado, na medida em que, durante a sua utilização foram surgindo questões que nos conduziram a algumas suas limitações.

A população avaliada é composta por 26 pessoas. Ao Centro de Dia dirigem-se diariamente 19 idosos, contudo, apenas 14 (9 mulheres e 5 homens) foram avaliadas por estarem de acordo com os critérios de inclusão. Em regime de Apoio Domiciliário existem 24 idosos, mas, apenas 12 (6 mulheres e 6 homens) foram avaliados segundo os critérios de inclusão.

O instrumento utilizado na recolha de dados da amostra foi o EASYCare, versão portuguesa 1999-2002. Os resultados foram avaliados segundo o programa SPSS-12, versão para o Windows. Pretendeu-se estudar grupos de idosos de acordo com o seu nível de (in)dependência através de uma Análise de Clusters.

Através da análise estatística considerada os resultados sugerem a existência dos seguintes grupos: Independentes (46%): Os idosos deste grupo são independentes na realização das AIT's e AVD's, possuem uma média de idades que ronda os 83 anos, em média pertencentes ao sexo masculino, com aproximação a uma fraca qualidade de vida, baixos indicadores depressivos e uma diminuição cognitiva moderada. A maioria dos idosos deste grupo desloca-se diariamente ao Centro de Dia. Parcialmente dependentes (50%): Os idosos deste grupo necessitam de ajuda de terceiros para a realização de algumas tarefas instrumentais e da vida diária. São pouco mais novos do que os independentes, possuem uma média de idades de 82 anos, maioritariamente do sexo feminino. Apesar de serem mais dependentes na realização de actividades como preparar as suas próprias refeições, andar sozinhos na rua, subir/descer escadas e utilizar a banheira, a sua qualidade de vida é idêntica à dos independentes, ou seja, aproxima-se de uma fraca qualidade de vida. Possuem alguns indicadores depressivos e uma ligeira



diminuição cognitiva. Na generalidade, são idosos com Apoio Domiciliário. Muito dependentes (4%): Os idosos encontram-se muito dependentes na realização de todas as tarefas consideradas. Podemos verificar que estes possuem uma média de idades de 83 anos, equivalente à média de idades dos independentes, maioritariamente do sexo feminino, com uma fraca qualidade de vida, elevados índices depressivos e uma ligeira diminuição cognitiva. São idosos que possuem grandes limitações a realização de tarefas como preparar as suas refeições, saírem de casa e caminharem na rua sozinhos, movimentarem-se dentro de casa, subir/descer escadas, deslocarem-se da cama para a cadeira e vice-versa, utilizarem a sanita e a banheira. Vão diariamente ao Centro de Dia.

Podemos verificar uma associação clara entre as AIT's/AVD's e mais “afastada” para a cognição/depressão. A idade e a qualidade de vida percebida pelo idoso também formam um grupo. A prestação de serviços e o género são duas variáveis que estão mais distantes das anteriores.

Em síntese, pode-se dizer que a população idosa inserida na comunidade com Apoio Domiciliário ou inserida em regime de Centro de Dia do Lar de São João das Lampas apresenta níveis de autonomia bastante satisfatórios havendo um número muito reduzido de idosos muito/totalmente dependentes. A qualidade de vida e bem-estar dos idosos independentemente do regime de prestação de cuidados é fraca.

É necessário, por um lado, prestar particular atenção à depressão e à diminuição de competências cognitivas; por outro lado, tem de se pensar, também, na forma de manter os idosos capazes, independentes e ocupados de forma que se sintam valorizados.

Estes resultados contribuíram para o Fisioterapeuta, um conhecimento mais profundo da condição actual da população de idosos em estudo, conferindo a possibilidade de identificar áreas de intervenção junto do idoso, família e comunidade, numa perspectiva global e não isolada ou parcial, para dinamizar e desenvolver actividades e/ou atitudes preventivas, de modo a suavizar os condicionalismos próprios do envelhecimento.



Índice

Introdução.....	9
Revisão da Literatura.....	11
Conceito de Envelhecimento.....	11
Teorias do Envelhecimento.....	13
Caracterização do Envelhecimento em Portugal.....	15
1. Aspectos Demográficos.....	19
2. Aspectos Socio-económicos.....	22
3. Relações Sociais e Lazer.....	22
Autonomia, Dependência e Independência no Idoso.....	22
1. Autonomia.....	22
2. Independência/Dependência.....	23
3. Relação entre a Autonomia e a Independência.....	25
Qualidade de Vida.....	26
1. Conceito de Qualidade de Vida.....	27
2. Factores da Qualidade de Vida no Idoso.....	29
3. Qualidade de Vida e Envelhecimento.....	29
4. Avaliação da Qualidade de Vida.....	30
Depressão.....	31
1. Depressão no Idoso.....	32
Envelhecimento e Capacidades Cognitivas.....	33
Avaliação Multidimensional do Idoso.....	35
Questões Orientadoras.....	37
Método.....	39
Participantes.....	39
Tipo de Estudo.....	39
Caracterização do Instrumento de Avaliação.....	39
Procedimento.....	52
Análise Estatística.....	53
Resultados.....	54
Discussão.....	61
Bibliografia.....	66
Anexo I.....	70



Anexo II.....	72
Anexo III	74



“Os anos aproximam-se silenciosamente”.

Ovídio

“Tenho sessenta anos. Não te iludas: não estou ainda bastante fraco para ceder às imaginações do medo, quase tão absurdas como as da esperança e seguramente muito mais penosas”.

Marguerite Yourcenar, in “Memórias de Adriano”



Introdução

Este trabalho foi realizado no âmbito da disciplina Seminário de Monografia, inserida no plano de estudos do 4º ano do Curso em Fisioterapia, Licenciatura Bi-etápica a decorrer na Escola Superior de Saúde Atlântica.

A intensidade do envelhecimento, os aspectos que o envolvem, assim como os novos desafios e oportunidades que se deparam a uma sociedade cada vez mais constituída por pessoas mais velhas, torna este tema sempre actual exigindo uma análise multidimensional.⁽¹⁾

O envelhecer com sucesso é uma alternativa possível à perspectiva do envelhecimento associado à dependência, à doença, à incapacidade e à depressão. Os progressos da medicina e uma educação saudável podem associadamente tornar os idosos menos dependentes, mais autónomos e com maior qualidade de vida.⁽²⁾ Sendo que, qualidade de vida define-se como uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio envolvente.⁽³⁾

Estudos efectuados na área da geriatria demonstram que técnicos e idosos “vêm” os problemas de forma bastante diferente. Assim, enquanto os técnicos valorizam mais os aspectos relacionados com os problemas individuais, os idosos, salientam os factores de cariz social.⁽⁴⁾ Como tal, torna-se pertinente realizar um levantamento das necessidades da população idosa para que se criem objectivos de intervenção específicos para responder de uma forma rápida e eficaz face às necessidades desta população, facilitando a promoção da saúde, autonomia e qualidade de vida ao idoso.

Os objectivos deste trabalho prendem-se com a classificação dos níveis de dependência de uma população idosa com 75 anos ou mais, residentes em meio rural, com acesso ao Centro de Dia do Lar de São João das Lampas ou com Apoio Domiciliário desta instituição. Analisar as características dos grupos de dependência anteriormente identificados e as variáveis correspondentes ao género, idade, prestação de cuidados, qualidade de vida percebida pelo sujeito, cognição e depressão, bem como, analisar a associação entre as Actividades Instrumentais (AIT's) e Actividades da Vida Diária (AVD's) e as variáveis acima mencionadas. No final, será feita uma ressenção



crítica ao instrumento de avaliação utilizado, na medida em que, durante a sua utilização foram surgindo questões que nos conduziram a algumas suas limitações.

Em Portugal não existem estudos de caracterização da (in)dependência nos idosos, esta população tem tido pouca atenção por parte dos investigadores nacionais.⁽⁵⁾ É através deste tipo de estudos que, o Fisioterapeuta poderá criar objectivos de intervenção específicos que respondam de uma forma rápida e eficaz face às necessidades desta população, facilitando a promoção da saúde, autonomia e qualidade de vida ao idoso.

A opção pelo meio rural torna-se relevante, uma vez que, atendendo ao aumento da urbanização, quando se coloca a questão da influência da experiência territorial e ambiental a nível pessoal e social todos os esforços se dirigem à avaliação das consequências de tal fenómeno a partir da vivência da cidade.⁽⁶⁾

Foram poucos os estudos encontrados relacionados com os contextos rurais. Seria importante modificar esta situação, não só devido ao significativo número de idosos que envelhece em ambientes rurais, mas também porque estamos perante cenários com características específicas que ditam de forma única a experiência de neles envelhecer.⁽⁶⁾

Para a realização deste estudo foi feita uma pesquisa bibliográfica acerca do tema principal, o envelhecimento e algumas áreas que a ele se associam. O trabalho tem início com a Revisão da Literatura, onde se encontram as bases teóricas no âmbito do tema, segue-se o Método compreendendo os procedimentos metodológicos do estudo, análise estatística e apresentação de resultados, e por fim a Discussão.



Revisão da Literatura

Conceito de Envelhecimento

Ao aceitarmos o pressuposto de que o desenvolvimento humano é um processo que decorre da concepção à morte, é evidente que os organismos não permanecem iguais sob o ponto de vista biológico e que essas transformações vão afectar as restantes dimensões da vida.⁽⁷⁾

Existem várias definições de envelhecimento que tentam de alguma forma estabelecer uma idade a partir da qual se começa a envelhecer.⁽²⁾

Nas sociedades ditas civilizadas, ao nível dos países industrializados, considera-se uma pessoa idosa quando esta atinge o patamar dos 60 ou 65 anos de idade. Dentro destes é possível fazer a distinção entre idosos jovens – dos 65 aos 74 anos – e muito idosos – acima dos 75 anos. É geralmente após esta idade que os índices de incapacidade aumentam rapidamente, reduzindo a capacidade destes para viverem uma vida independente*.⁽⁹⁾

Litré, no seu famoso dicionário definiu envelhecimento como: “A última idade da vida, cujo início se fixa no sexagésimo ano, mas que pode ser mais ou menos avançada ou retardada, segundo a constituição individual, o género de vida, e uma série de outras circunstâncias”.^(2, 10)

João Paulo II designou a velhice como “um dom e um privilégio, não apenas porque nem todos têm a sorte de a atingir, mas sobretudo porque a experiência e a sabedoria que a mesma proporciona permite um melhor conhecimento do passado, uma vivência mais real do presente e uma melhor programação do futuro”. A velhice poderá ser encarada como um privilégio, um favor especial da vida por se tratar de muitos anos de existência, sem dúvida, mas sobretudo pela riqueza da experiência social que se atinge.⁽¹⁰⁾

Charles Mobbs, definiu o envelhecimento como sendo “um processo de alterações espontâneas e graduais, resultando na maturação durante a infância,

* A independência é habitualmente entendida como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária – ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem. As actividades da vida diária (ADL's) incluem, por exemplo, tomar banho, alimentar-se, utilizar o WC e andar pela casa. As actividades instrumentais da vida diária (IADL's), incluem actividades como ir às compras, realizar tarefas domésticas e preparar refeições. 3. DGS. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. [cited 2004 Novembro]; Circular Normativa N°:13/DGCG]. Available from: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>, 8.

WHO. Active Ageing: A Policy Framework. 2002 [cited 2005 20 Maio]; Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>



puberdade e juventude, seguido de um declínio através da meia-idade e idade avançada”.^(10, 11) É um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Neste sentido o envelhecimento não é por si só uma doença, embora possa ser agravado ou acelerado por esta.⁽¹²⁾

O envelhecimento diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos, é uma perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente.^(6, 8, 10, 13-15) De uma maneira geral observa-se uma variabilidade do declínio das funções do organismo, estas generalidades não se aplicam a todos os indivíduos por haver uma individualidade biológica e formas particulares de envelhecer,^(2, 6, 8, 10, 16) que parecem estar relacionadas com factores hereditários, vicissitudes diárias e problemas psicológicos.^(6, 8, 10, 15-17)

Após o estudo do envelhecimento alguns autores sugeriram a divisão entre envelhecimento normal (primário) – que não implica a ocorrência de doença, caracterizado por perdas e alterações biológicas, psicológicas e sociais típicas da velhice – e envelhecimento patológico (secundário) – que pressupõe a existência de doença e em que esta se torna a causa mais próxima da morte.^(7, 15, 17) À luz destas duas modalidades possíveis de envelhecimento, o objectivo de todos os que se preocupam com esta temática terá necessariamente de ser, para além de prolongar a esperança média de vida, fazer com que o envelhecimento normal ♦ se torne a regra e não a excepção.^(7, 17) Trata-se, no fundo, de fazer aproximar a curva de morbilidade da de mortalidade, ou seja, procurar que os indivíduos vivam mais anos e mais saudáveis. A actual curva de morbilidade é mais desfavorável que a da esperança de vida e, se é verdade que os indivíduos vivem mais tempo, frequentemente fazem-no acompanhados de incapacidades e patologias múltiplas.^(7, 8)

Ao longo dos anos 90,^(15, 18) e como consequência do aumento significativo da esperança de vida,⁽¹⁹⁾ surge o termo *Envelhecimento activo*^(8, 15) – como uma forma de reacção à associação entre velhice e inactividade.⁽¹⁵⁾ Esta recente perspectiva encara o envelhecimento como uma fase incluída na experiência de vida, é uma visão positiva

♦ “Envelhecimento normal” – representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afectadas pela doença e pelas influências ambientais. 3. DGS. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. [cited 2004 Novembro]; Circular Normativa N°:13/DGCG]. Available from: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>



acerca do envelhecimento projectando-o para uma imagem de juventude como sinónimo de actividade, independência e um possível envelhecimento positivo.⁽¹⁸⁾

A OMS definiu o Envelhecimento activo como: “... um processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”.^(3, 8)

O envelhecimento activo está associado à reunião de três grandes categorias. A primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia. A segunda consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, especificamente as relações interpessoais e produção de actividade. A terceira é a conservação de empenhamento social de bem-estar subjectivo.^(15, 18-20) Estes três tipos de condições reúnem-se em proporções variáveis, de acordo com as diferentes influências de desenvolvimento que os indivíduos sofreram durante a vida.⁽¹⁹⁾

As teorias para um envelhecimento activo vêm o indivíduo como proactivo que regula a sua qualidade de vida estabelecendo objectivos e lutando para os atingir, acumulando fontes que poderão ser úteis na sua adaptação à idade avançada, envolvendo-se activamente para manter o seu bem-estar. O principal objectivo dos idosos está frequentemente associado às áreas da saúde, independência pessoal, estabilidade emocional, auto-estima, relação pais-filhos harmoniosa e boas relações amigáveis.⁽¹⁸⁾

Teorias do Envelhecimento

As Teorias relativamente às causas do envelhecimento, podem basicamente dividir-se em dois grandes grupos: as chamadas Teorias Estocásticas e as Teorias Deterministas.⁽²⁾

As Teorias Estocásticas são teorias que defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas, que vão conduzir ao desgaste e à morte. As Teorias Deterministas, por sua vez defendem que o envelhecimento é uma consequência directa de um programa genético, sendo o genoma um tipo de relógio molecular, biológico.⁽²⁾

As Teorias Estocásticas estão divididas nas seguintes teorias: Teoria da Lesão/Reparação do DNA; Teoria das Radiações; Teoria do Erro Catastrófico; Teoria do “Crosslinking” e Teoria do “Desgaste e Ruptura”. Qualquer uma destas teorias justifica o envelhecimento e a morte pelo desgaste e exaustão. A utilização permanente



dos processos de metabolismo, das proteínas e, no que diz respeito ao DNA (Ácido Desoxirribonucleico), as contínuas lesões que ocorrem nas células dos organismos vivos, impossibilitam que os mecanismos de recepção consigam corrigir todos os erros, sendo estes erros cumulativos ao longo da vida.⁽²⁾

As Teorias Deterministas tal como as Estocásticas são várias: Teoria Somática; Teoria Imunológica; Teoria das Telomerasas; Teoria Genética. Nas teorias deterministas a explicação reside no facto de que as espécies têm, segundo parece, uma longevidade máxima marcada, isto é, o cão vive mais ou menos em média 10 anos; o rato 1020 a 1050 dias. No que diz respeito ao ser humano a esperança de vida aumentou, mas não a longevidade, isto é, o Homem parece viver no máximo até aos 120 anos.⁽²⁾

Provavelmente a razão da existência de tantas teorias explica-se porque uma só não consegue explicar sozinha o processo de envelhecimento. Há, no entanto, nas teorias que tentam explicar as causas do envelhecimento duas que são de salientar; a Teoria Genética e a Teoria das Telomerasas. A Teoria Genética tem como base os estudos feitos por Hayflick que foram mais tarde designados por “limite de Hayflick”. Nestes estudos realizados em culturas celulares de fibroblastos verificou-se que havia potencial limite de replicação, isto é a capacidade de divisão celular ia diminuindo consoante os dias de cultura havendo como que uma senescência replicativa das células, que não se dividiam mais do que um determinado número de vezes. As células replicam-se e dão origem a populações celulares viáveis, mas cada vez que isto acontece perde-se o potencial de replicação, até que sob o ponto de vista de reprodução, a célula passa a estar morta. Na senescência replicativa, o potencial de replicação revela uma correlação positiva com a duração máxima de vida e uma correlação inversa com a idade do dador, quanto mais idoso é o dador menor a capacidade de replicação celular, sendo este fenómeno geneticamente programado e predeterminado no genoma, com o fenotipo dominante.⁽²⁾

A Teoria das Telomerasas defende que o gradual encurtamento dos telómeros faz com que a célula abandone o ciclo celular e os cromossomas fiquem como que “pegajosos” e fracturem, sendo este encurtamento uma das possíveis justificações do processo de envelhecimento.⁽²⁾

Contudo, a genética, a imunologia, a bioquímica ou a fisiopatologia não são, por si só, ou em conjunto, a única justificação para o envelhecimento. As opções de vida ou, o estilo de vida adoptado, vai condicionar o envelhecimento e as doenças a ele associadas.^(2, 8, 10) Efectivamente, Alfred Worcester advogava em 1955, de uma forma



muito sábia, que não há nenhuma doença peculiar do idoso, mas de poucas eles se encontram isentos.⁽²⁾ Ou seja, com a idade parece inevitável que haja propensão para quase todas as patologias.^(2, 8, 10)

Caracterização do Envelhecimento em Portugal

O envelhecimento pode ser caracterizado segundo duas grandes dimensões: envelhecimento individual e envelhecimento demográfico.

O *Envelhecimento Individual* assenta num aumento da longevidade dos indivíduos, ou seja, num aumento da sua esperança média de vida. A este conceito está subjacente o de envelhecimento biológico (senescência),⁽¹⁾ cujos efeitos são visíveis apesar do mecanismo interno permanecer, ainda, desconhecido.⁽⁷⁾ Numa perspectiva de cariz biológico, o envelhecimento é definido como um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado sob o ponto de vista ambiental, deixando para trás alguns factores que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de inúmeras doenças, acidentes e situações diversas de instabilidade dinâmica que, por fim, resultam na morte.^(1, 7) Desta forma, o envelhecimento manifesta-se quer pelo declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células particulares, quer de modo inespecífico pela falha de cooperação entre componentes biológicos, ou ainda pelo aumento, com a idade, de associação entre funções que causam instabilidade dinâmica.^(1, 7, 8) Assim, mesmo sem ocorrência de patologias, a probabilidade de adoecer e de morrer aumenta com a idade cronológica.^(1, 7) Ainda neste contexto, podem verificar-se alterações a nível psicológico, definidas pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência, ou seja, ao modo como o indivíduo encara e lida com o seu próprio envelhecimento (tomar decisões e fazer opções).^(1, 7) O envelhecimento psicológico é então marcado pela dificuldade que o idoso manifesta em se adaptar às mudanças físicas e sociais advindas do novo papel que passa a desempenhar na sociedade, bem como pelos choques provocados pela interacção com esta mesma sociedade, que se revela pouco tolerante perante estes indivíduos.^(1, 8)

Para além dos factores endógenos anteriormente definidos, as pessoas idosas estão ainda sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais.^(3, 16, 17) Frequentemente, são alvo de situações de discriminação social unicamente associadas à idade^(3, 16), sendo também

um dos grupos mais vulneráveis à pobreza.⁽¹⁾ Neste caso, a diminuição física e mental não são os aspectos preocupantes, mas sim as práticas sociais e as restrições económicas que afastam o homem idoso da vida profissional activa, originando consequências por vezes devastadoras nos planos familiares, profissional e social. Estas acabam por se reflectirem no equilíbrio Bio-Psico-Social do idoso, claramente fragilizado nesta etapa da vida, traduzindo-se frequentemente por somatização ou descompensação de patologias existentes.⁽¹²⁾ Socialmente, tanto o isolamento, como as inúmeras formas de exclusão social de que são alvo grande parte desta população, condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida.⁽¹⁾

O *Envelhecimento Demográfico*, por seu lado, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total.⁽¹⁾ O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos,^(1, 8, 16, 21, 22) originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens, e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos.^(1, 21)

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades obtidas em 1960 e 2000 (Figura 1).⁽¹⁾

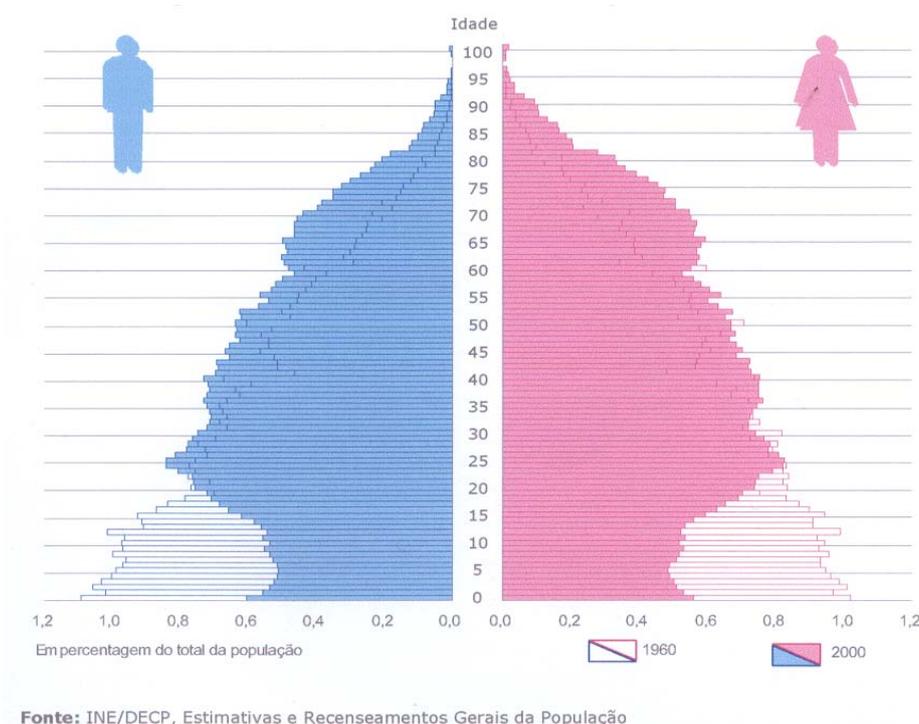


Figura 1. Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000.⁽¹⁾



Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens (0-14 anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção da população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir até atingir os 21% do total da população, no ano de 2050. Pelo contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, com uma previsão de 15,6% para o ano de 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.⁽¹⁾

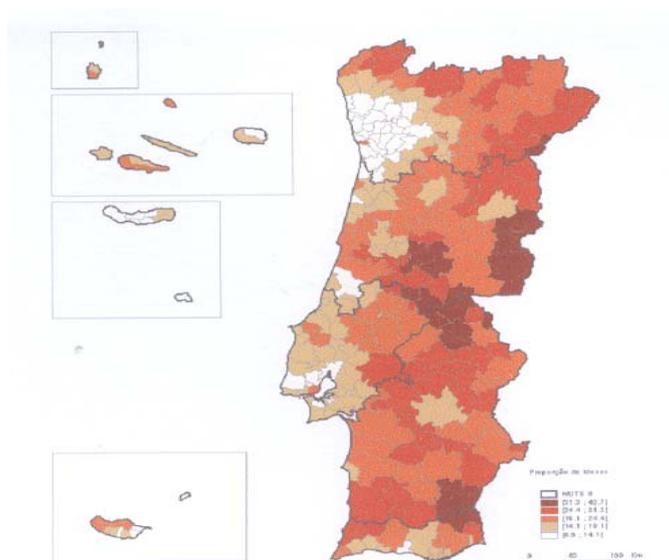
O envelhecimento demográfico não evolui de forma uniforme em todas as regiões do Mundo. Considerando a população por regiões segundo o seu grau de desenvolvimento*, confirma-se que as mais desenvolvidas iniciaram primeiro o fenómeno de transição demográfica, com a população jovem a evoluir segundo taxas negativas desde 1970, enquanto o conjunto dos países menos desenvolvidos apresenta taxas de crescimento positivas, embora relativamente baixas, aproximando-se do valor nulo a partir de 2030.⁽¹⁾

No que se refere à população com 65 e mais anos, pode observar-se que nas regiões mais desenvolvidas o ritmo de crescimento é bastante forte no início do período em análise com tendência para atenuar ao longo do mesmo (2,1% em 1960/70, 1,5% em 1990/2000 e 0,3% em 2040/50).⁽¹⁾

Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no Mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea.^(1, 16) Numa repartição por NUTS II[♥], e tendo em conta os resultados provisórios dos Censos 2001, verifica-se que o Norte detém a mais baixa percentagem de idosos no Continente. A maior prevalência de idosos pertence ao Alentejo, seguido do Algarve e do Centro, deixando transparecer uma faixa litoral muito menos envelhecida. Às Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores pertencem os mesmos níveis de envelhecimento do Continente, ou seja, as zonas demográficas com níveis de fecundidade mais elevados (Figura 2).⁽¹⁾

* Segundo a classificação das Nações Unidas, as regiões mais desenvolvidas compreendem a Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão; e as menos desenvolvidas compreendem todas as regiões de África, Ásia (excepto Japão), América Latina e Caraíbas, mais Melanésia, Micronésia e Polinésia. 1. INE-DepartamentoEstatísticasCensitáriasPopulação. O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. [cited 2004 Novembro]; Available from: http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=283#

♥ Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) níveis I, II e III (Dec. Lei nº 46/89, de 15 de Fevereiro). 1. Ibid. [cited; Available from:



Fonte: INE/DME, Serviço de Geoinformação

Figura 2. Distribuição da população idosa por conselhos.⁽¹⁾

As implicações do envelhecimento são habitualmente analisadas sob duas perspectivas: por um lado a análise pela base da pirâmide demonstra consequências sobretudo a longo prazo, nas gerações activas futuras e no dinamismo do mercado de trabalho; por outro o envelhecimento pelo topo manifesta-se a curto prazo, demonstrando o grau de longevidade da população. Este fenómeno social é um dos mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com crescente relevância como a idade da reforma, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto que estes ocupam na sociedade, a solidariedade intergeracional e a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde sobre o próprio modelo social vigente. Contrariamente, uma sociedade constituída por pessoas mais velhas pode criar oportunidades em diversos domínios, como novas actividades económicas e profissionais, nomeadamente na área da prestação de serviços comunitários e de redes de solidariedade, ambientes e arquitectónicas diferentes, bem como padrões de consumo específicos à imagem dos consumidores mais velhos, com necessidades também elas específicas.⁽¹⁾

É importante ter em atenção que os idosos de hoje são diferentes dos idosos de gerações mais antigas. Qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da



evolução do ser humano. A autonomia[♦] e o estado de saúde^{*} devem ser factores a ter em conta, pois afectam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente. Apesar disto, é necessária uma demarcação para a descrição comparativa e internacional do envelhecimento.⁽¹⁾

1. Aspectos Demográficos

Entre 1960 e 2001 o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem e um incremento de 140% da população idosa.⁽¹⁾

A proporção da população idosa, que representava 8,0% do total da população em 1960, mais que duplicou, passando para 16,4% a 12 de Março de 2001, data do último Recenseamento da população (Figura 3).^(1, 23) Em valores absolutos, a população idosa aumentou quase um milhão de indivíduos, passando de 708 570, em 1960, para 1 702 120, em 2001, dos quais 715 073 homens e 987 047 mulheres.⁽¹⁾ A superioridade numérica das mulheres deve-se à maior esperança de vida, que aumenta, naturalmente, com o avançar na idade.^(1, 24)



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

Figura 3. Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2000.⁽¹⁾

♦ Autonomia: capacidade percebida para controlar e lidar com as situações, bem como tomar decisões sobre a vida diária, de acordo com as regras e preferências de cada um. 3. DGS. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. [cited 2004 Novembro]; Circular Normativa N°:13/DGCG]. Available from: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>, 8. WHO. Active Ageing: A Policy Framework. 2002 [cited 2005 20 Maio]; Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>

* A saúde é um recurso da vida quotidiana e não apenas um objectivo a atingir. Trata-se de um conceito positivo que valoriza os recursos sociais e individuais, assim como as capacidades físicas dos indivíduos. 3. DGS. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. [cited 2004 Novembro]; Circular Normativa N°:13/DGCG]. Available from: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>

As diferenças entre os sexos são bem evidentes sendo o envelhecimento mais notório nas mulheres, em consequência do fenómeno da sobrenaturalidade masculina.^(1, 5, 23, 24) Assim, o índice de envelhecimento* traduziu-se, em 2001, em 122 mulheres e 84 homens (Figura 4). O envelhecimento da população idosa, anteriormente referido, é uma realidade bem retratada pelo índice de longevidade[♥] (Figura 5). Este indicador aumenta de 34 para 42 indivíduos entre 1960 e 2001, segundo estimativas com base nos resultados provisórios. Mais uma vez, este indicador é superior no caso das mulheres.⁽¹⁾

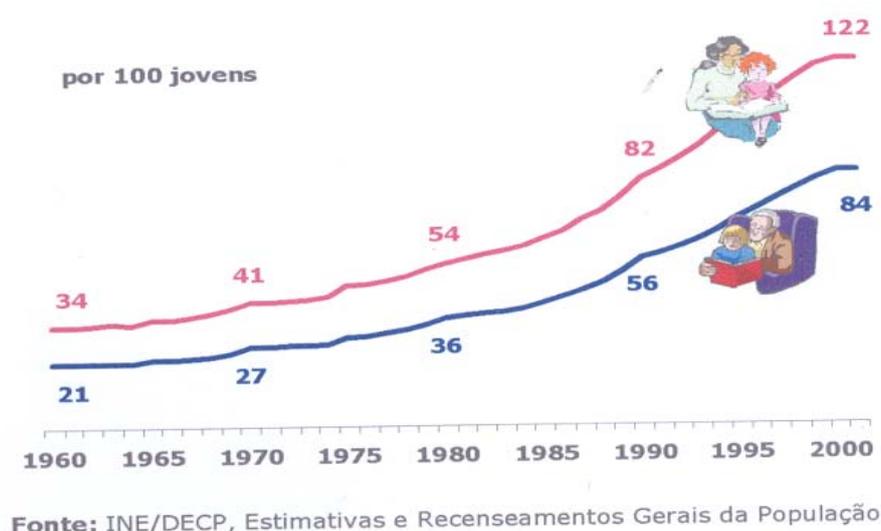


Figura 4. Índice de envelhecimento segundo o sexo, Portugal 1960-2001.⁽¹⁾

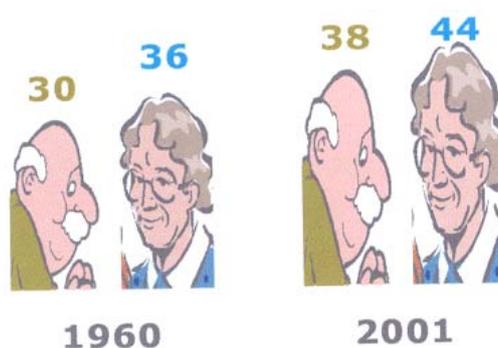


Figura 5. Índice de longevidade segundo o sexo, Portugal 1960-2001.⁽¹⁾

* Relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos; é um indicador adicional de medida do envelhecimento de uma população. 1. INE-Departamento Estatísticas Censitárias População. O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. [cited 2004 Novembro]; Available from: http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=283#

♥ Relação existente entre a população com 75 e mais anos e a população com 65 e mais anos; é um indicador adicional de medida de envelhecimento de uma população. 1. Ibid. [cited; Available from:]



Entre 1960 e 2001, a esperança média de vida aumentou cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 para as mulheres. Como consequência da sobremortalidade masculina atinge-se o século XXI com uma diferença de 7 anos, favorável às mulheres que podem viver em média 79,4 anos (contra 72,4 dos homens). A diferença entre os sexos atenua-se à medida que se avança na idade, embora a vantagem do sexo feminino seja constante.^(1, 24) Para 2000 estimou-se que os homens que atinjam os 65 anos vivam ainda, em média, mais 14,6 anos e as mulheres 18,1.⁽¹⁾

Através do cálculo das esperanças de vida sem incapacidade física de longa duração (INE/INSRJ, 2000),⁽¹⁾ verificou-se que o envelhecimento da população do sexo feminino tem associado um maior número de incapacidades,^(1, 8, 24) ou seja, embora as mulheres vivam mais anos, a esperança de vida sem incapacidades é bastante mais reduzida quando comparada com a dos homens. Por outro lado, comparando a estrutura da população feminina idosa total e da idosa com deficiência, verifica-se que o número de homens com deficiência é proporcionalmente mais elevado do que o das mulheres.^(1, 24, 25)

Ainda segundo o INE⁽²⁶⁾ – as principais causas de morte nesta população são em primeiro lugar as *Doenças Cérebro Vasculares*^(3, 13, 26) que representam 39% do total da população, segue-se em segundo lugar, *Tumores Malignos*^(3, 26) com 20%. A terceira causa de morte nos idosos, engloba o grupo das *Outras Doenças* com 36,5%, onde podemos incluir as *Doenças do Aparelho Respiratório*,^(3, 26) as *Doenças Isquémicas do Coração*, entre outras. As *Causas Externas* abrangem 4,5% da população.⁽²⁶⁾

Apesar de não constituir uma das principais causas de morte, o suicídio nesta população atinge proporções importantes no total de suicídios registados anualmente. O fenómeno foi objecto de uma análise aprofundada durante quase toda a década de 90, concluindo-se também que as taxas de suicídio dos idosos são mais elevadas entre os homens.^(1, 26) A comunidade científica ligada ao estudo da psicogerontologia aponta o facto do suicídio ser mais frequente entre os homens como consequência dos seus traços de personalidade. Por outro lado, alguns indicadores da OMS alertam para o facto de a depressão constituir a doença mais frequente entre as mulheres com proporções bastante significativas em idades avançadas. O rácio médio é de 1,5 mulheres por cada homem, embora em determinados países esta proporção seja de 3. O isolamento físico e psicológico a que grande parte dos idosos estão votados, juntamente com acontecimentos fulcrais que afectam o modo de vida, tais como, a saída do mercado de trabalho sem ter sido planeada uma actividade alternativa, a discriminação de que



frequentemente são alvo no final da vida activa, a perda de relações sociais concentradas ao ambiente emprego, podem proporcionar sentimentos de solidão, baixa auto-estima, dificuldades em enfrentar a situação e encontrar formas alternativas de ultrapassar positivamente o problema.⁽¹⁾

2. Aspectos Socio-económicos

Os resultados do Inquérito ao Emprego de 2001 revelam que a maioria da população idosa era inactiva (81%), representando cerca de 74% na população masculina e 86% na feminina.⁽¹⁾

3. Relações Sociais e Lazer

A participação das pessoas idosas como membros em organizações culturais ou sociais, tais como, clubes desportivos, recreativos, associações de bairro ou partidos políticos, regista valores pouco significativos,^(1, 23) embora mais elevados nos homens: 18,7% contra 5,2% de mulheres. A frequência com que se estabelecem relações sociais e de vizinhança atingem, por seu turno, proporções bastante significativas. Como se pode verificar, a maior parte dos homens e mulheres idosos conversam todos os dias quer com os vizinhos que com amigos e familiares (sem residência comum), embora neste caso as frequências sejam mais reduzidas. Mais de 68% das pessoas com 65 e mais anos conversam com os vizinhos diariamente. A frequência acumulada aumenta cerca de 90% em ambos os sexos se se considerar a classe de uma ou duas vezes por semana. No que se refere às reuniões com amigos ou familiares, dado que fisicamente o afastamento é maior, as proporções descem para os cerca de 36% na frequência diária e rondam os 33% na classe de uma ou duas vezes por semana. As diferenças entre os sexos são pouco significativas.⁽¹⁾

Autonomia, Dependência e Independência no Idoso

1. Autonomia

A autonomia pode ser definida como um “Estado de vontade que obedece apenas a regras que dela provêm. Condição de pessoa ou colectividade que a si mesma impõe a lei a que obedece”.⁽¹⁰⁾



A OMS, define autonomia como sendo “a capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar as decisões sobre a vida do dia-a-dia, de acordo com as próprias regras e preferências”.^(3, 8)

Podemos afirmar que, de um modo geral, a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade da mesma.⁽¹⁰⁾

Na perspectiva de Nicola, por norma “as pessoas não aceitam o seu envelhecimento. De início até o rejeitam. Não estava programado. Nunca reflectiram sobre ele e, como tal não se prepararam para este acontecimento tão importante na vida de cada um”. Daí o seu “azedume”, as queixas constantes e a irritação fácil, a rebeldia contra o destino, contra as pessoas e familiares – e até contra si próprios. A depressão e a apatia não tardam em revelar-se; e por último – o que é mais humilhante para o seu orgulho de homem – a dependência “d’outrem”.⁽¹⁰⁾

A perda de autonomia será exactamente o contrário de autonomia, ou seja a incapacidade e/ou a interdição de uma pessoa escolher ela própria as regras da sua conduta, a orientação dos seus actos e os riscos que pode correr. Deste modo diremos que autonomia é o comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas próprias leis e do sistema de valores adoptado para gerir a sua conduta e presidir às suas atitudes.⁽¹⁰⁾

Sendo a autonomia entendida como a capacidade individual para a realização da vontade própria, torna-se uma aproximação aceitável da saúde. Constituindo a autonomia uma componente fundamental para o bem-estar do idoso, então uma abordagem íntegra exige uma intervenção a nível dos factores que promovem a saúde e mantêm essa mesma autonomia.⁽¹⁰⁾

2. Independência/Dependência

Trata-se de conceitos complexos e difíceis de operacionalizar. Os mesmos têm merecido alguma reflexão por parte dos investigadores dado o seu grau de subjectividade e dificuldade em torná-los mensuráveis.⁽¹⁰⁾

Independência foi definida pela OMS como “... a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária – ou seja, a capacidade de viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda e outrem”.^(3, 8)



“O nível aceitável de satisfação é um nível que permite a presença de um equilíbrio fisiológico e psicológico que se manifesta por estado satisfatório de bem-estar. No entanto, uma necessidade pode permanecer ligeiramente insatisfeita sem necessitar de ajuda de outrem”.⁽¹⁰⁾

A dependência nas pessoas idosas é resultado de mudanças biológicas, assim como, mudanças na expectativa social, frequentemente encaradas mais tarde como um modelo. Baltes e Silverberg descrevem três tipos de dependência:

- ✓ Dependência Estruturada: O significado do valor do ser humano é determinado, principalmente, pelo empenhamento que este assume no trabalho.^(5, 18)
- ✓ Dependência Física: Incapacidade funcional individual para realizar as actividades da vida diária.^(5, 18)
- ✓ Dependência Comportamental: Antecede frequentemente a dependência física e é social induzida independentemente do nível da competência individual dos idosos: o meio envolvente espera incompetência por parte dos idosos.^(5, 18)

A dependência tem sido referida como sendo a incapacidade do indivíduo em adoptar comportamentos ou de realizar por si mesmo, sem a ajuda de outros, as actividades da vida diária (AVD's) e as actividades instrumentais (AIT's) ou acções que lhe permitem alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades.^(10, 18, 27) Neste sentido as AVD's incluem situações como: comer, entrar e sair da cama, andar dentro de casa, subir/descer escadas, vestir-se, tomar banho, cuidar da sua aparência física e ir à casa-de-banho.^(3, 8, 18, 28) As AIT's incluem a capacidade que o indivíduo tem em realizar o trabalho doméstico, preparar refeições, ir às compras, sair de casa, administrar o seu próprio dinheiro, utilizar o telefone e tomar medicamentos.^(3, 8, 18, 27)

O facto de uma pessoa não poder efectuar sem ajuda, porque é idosa ou por outros motivos, as principais actividades da vida diária, quer sejam físicas, psicológicas, económicas ou sociais, torna-a dependente,⁽¹⁰⁾ reduz a sua qualidade de vida e aumenta o risco de ser necessário contratar alguém que possa dar uma ajuda permanente.⁽²⁷⁾

A particularidade da situação dos idosos resulta de factores como a redução das capacidades físicas, psicológicas ou mentais, insegurança financeira, isolamento, solidão, dependência de parentes ou outros apoios sociais^(10, 16, 27) Estes factores associados, apresentam uma elevada taxa de prevalência, e dão origem aos “gigantes da geriatria”, assim denominados por Bernard Isaacs: Incontinência urinária; Instabilidade postural e quedas; Imobilidade; Delirium;⁽¹⁶⁾ Demência/Défices Cognitivos e Depressão.^(16, 27)



A dependência nos idosos surge com mais frequência face a obstáculos que o impedem de satisfazer as suas necessidades como:

- Falta de apoio e afecto familiar;⁽¹⁰⁾
- Isolamento e solidão devido à perda de familiares e amigos;^(10, 16)
- A inactividade proveniente da reforma ou perda de forças, originando diminuição dos rendimentos económicos;⁽¹⁰⁾
- Alteração do estatuto e perda de prestígio;⁽¹⁰⁾
- A passividade, porque não tem compromissos.⁽¹⁰⁾

Estes e outros factores provocam ansiedade e stress daí resultando o desequilíbrio que se manifesta através de múltiplos sinais e sintomas.⁽¹⁰⁾

Em determinadas situações, o idoso necessita de ajuda para adquirir ou readquirir a sua independência e autonomia a fim de manter o equilíbrio fisiológico e emocional, uma vez que o corpo e a mente são inseparáveis.⁽¹⁰⁾

Os idosos dependentes, vulneráveis, isolados, pobres, que vivem afastados da família e daqueles que lhe são mais próximos ou que estão sujeitos a institucionalização por não terem outra alternativa, constituem um grupo de risco. No plano social a existência de preconceitos relativamente ao idoso, estereótipos ou atitudes negativas, a perda de estatuto e mesmo o crescente aumento de violência social representam factores principiantes.⁽¹⁰⁾

3. Relação entre a Autonomia e a Independência

Estes dois conceitos (independência e autonomia), têm a vantagem de mostrar as diferentes combinações possíveis, que podem acontecer ao idoso.⁽¹⁰⁾

Assim este pode:

- Ser autónomo e independente.⁽¹⁰⁾
- Ser dependente e autónomo, isto é, pode ter necessidade de ajuda para realizar as AVD's o que lhe provoca dependência, mas manter a autonomia porque decide o seu modo de vida.⁽¹⁰⁾
- Ser independente e não autónomo. Esta perda de autonomia surge quando é interdita ao idoso a escolha de regras do seu comportamento, não por uma situação de dependência mas porque é interdito ao idoso fazer a escolha das regras das suas actividades, não por incapacidade, mas porque se encontra



inserido numa instituição (lar, hospital), onde o indivíduo não dependente perde parcial ou totalmente a sua autonomia.⁽¹⁰⁾

- Ser dependente e não autónomo.⁽¹⁰⁾

Em resumo, podemos afirmar que a vida em sociedade deve ser vivida em liberdade, sem a qual não há autonomia, e que os meios para a desenvolver ou restabelecer são, por um lado, a organização social global (acção educativa, formação, organização do trabalho, acesso à cultura, entre outras). Por outro, ainda antes que a dependência se instale, devem desenvolver-se estratégias de forma a darem respostas a esta dependência para que se preserve ao máximo a independência do idoso.⁽¹⁰⁾

Em situações de dependência, é fundamental fazer-se a avaliação das necessidades em que o indivíduo necessita de ajuda, respeitando e incentivando a autonomia e independência.⁽¹⁰⁾

Qualidade de Vida

A longevidade do ser humano é cada vez maior, aumentando a probabilidade de ocorrência de doenças e de limitações ao nível biológico, psicológico e social. Mais anos vividos podem ser anos de sofrimento para os próprios idosos e para as suas famílias; anos marcados por doenças, que limitam funcionalmente o idoso, aumentando a sua dependência, a perda de autonomia, o isolamento social e a depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia e independência, com boa saúde física, desempenhando papéis sociais, permanecendo activos e desfrutando do seu significado pessoal, a qualidade da sua vida pode ser muito boa.⁽²⁹⁾

Segundo a Declaração Universal dos Direitos do Homem, no seu artigo 3º, afirma que “todo o indivíduo tem direito à vida”. Mais recentemente é dada ênfase à Qualidade de Vida, como sendo um objectivo estimável e alcançável por todo e qualquer ser humano. Como afirma Ciccone, a teoria da qualidade de vida introduziu a discriminação perversa entre vida com valor e vida sem valor, numa perspectiva antropológica em que “a vida só goza de valor se estiver na posse, ou puder recuperar, de certas condições de eficiência, de produtividade e de bem-estar: sem essas condições, a vida apresenta-se carecida de sentido e de valor”. Também o conceito de “valorização da vida” como “representação mental dos aspectos positivos e negativos da vida quotidiana da pessoa”, enquanto base da “vontade de se agarrar à vida ou desejar o seu



fim” pode, neste contexto, ser usado para decisões condenáveis, e, mais ainda, quando a valorização é feita por outros que não o próprio.⁽³⁰⁾

A melhoria do nível de vida, do perfil sanitário das populações, o aumento da longevidade⁽¹¹⁾ e da esperança média de vida tem contribuído para o envelhecimento da população idosa nos países industrializados.⁽³¹⁾ O aumento do tempo de vida que se tem vindo a verificar, devido à maior esperança de vida do ser humano, nem sempre é acompanhado “...por um aumento da qualidade de vida, antes pelo contrário, tende mesmo a degradar-se com o envelhecimento, quer do ponto de vista socio-económico, quer psicológico”.⁽³¹⁾

Quando se pensa em qualidade de vida, não podemos associá-la apenas às condições que os idosos dispõem neste momento e que lhe são impostas pela sociedade. Não se pode pensar em qualidade de vida, quando o idoso não é respeitado ao serem-lhe negados os direitos mais fundamentais à sua existência. A Constituição da República Portuguesa, em 1976, definia no seu artigo 72º, que “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento e a marginalização social”. Apesar de terem sido criadas estruturas de apoio ao idoso, no seu domicílio, em centros de dia, em lares de idosos ou em organizações de outro tipo, verifica-se que estes são insuficientes e apenas vão respondendo aos problemas mais prementes.⁽³¹⁾

1. Conceito de Qualidade de Vida

Após a II Guerra Mundial, a OMS redefiniu saúde, incorporando a noção de bem-estar físico, emocional e social e desencadeando a discussão considerável a respeito da possibilidade e impossibilidade de medir o bem-estar.⁽²⁹⁾

O conceito de qualidade de vida, pela sua utilização frequente em discursos ou simples conversas tornou-se num conceito popular que, “faz parte da linguagem do homem comum, dos especialistas aos leigos, de gente culta ou inculta”. Tema de interesse para muitos, conserva a particularidade⁽³¹⁾ de estar submetido a múltiplos pontos de vista que variam de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo de indivíduo para indivíduo, conforme o decorrer do tempo e em função de estados emocionais e da ocorrência de eventos quotidianos, sócio-históricos e ecológicos.^(29, 32) É neste sentido que reside a dificuldade em definir qualidade de vida.^(29, 31)



Intimamente ligada à saúde, continua a não ter significado único, e os termos, “condições de saúde”, “funcionamento social” e “qualidade de vida”, têm sido usados como sinónimos.^(31, 32) A qualidade de vida é um conceito muito mais abrangente do que o da saúde, sendo esta, a par de outros, um dos indicadores utilizados para medir qualidade de vida. Há autores que chegam mesmo à conclusão que a componente ou o domínio “saúde” é aquela que apresenta maior correlação com o resultado total de qualidade de vida, ou seja, a saúde é talvez a componente ou domínio mais importante que a influencia. Mas a qualidade de vida não pode depender exclusivamente da saúde, ao entender o homem como um ser Bio-Psico-Social.⁽³¹⁾ Ela vai depender também de outros domínios extremamente importantes para além da saúde, como o trabalho, a família e a ausência de dificuldades económicas, entre outros.^(31, 33) Sendo esta fronteira muito ténue, a investigação é muito clara no que respeita à influência inter-domínios, ou seja, os desempregados, com situação económica precária e com problemas familiares têm mais possibilidades de adoecer.⁽³¹⁾

A definição de qualidade de vida apresentada em 1995 pelo grupo de especialistas da OMS, que é compatível com os conteúdos anteriormente abordados, é a seguinte: “qualidade de vida é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que os indivíduos vivem, relacionando-se com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações.”^(3, 8, 29) Este é um conceito amplo e subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente”.^(3, 8) A qualidade de vida nos idosos é amplamente determinada pela capacidade que o idoso tem em manter a autonomia e independência.⁽⁸⁾

Assim, uma avaliação da qualidade de vida, na opinião de Ribeiro deve, “considerar aspectos positivos do funcionamento individual, ao invés do que é tradicional no modelo biomédico (...) em que o que avalia é a disfunção”. Salienta ainda que “avaliar pela positiva significa avaliar a capacidade, o potencial, a realização, ao invés da incapacidade, da impotência”.⁽³¹⁾

Mas quando se investiga o modo como as pessoas avaliam a sua própria situação, em termos de aspectos positivos da sua vida quotidiana, verifica-se que, não obstante a saúde ser um factor importante, o que mais conta são as relações com os outros, o modo como usam o seu tempo e as emoções positivas que podem levá-las a



aceitar os lados negativos da sua saúde e a suportar os eventuais efeitos molestos dos tratamentos.⁽³⁰⁾

2. Factores da Qualidade de Vida no Idoso

A qualidade de vida do idoso depende sobretudo dos seguintes factores:

- Saúde e capacidade funcional, nomeadamente no seu reflexo sobre as actividades da vida diária (ditas ADL, do inglês activities of daily living) e das actividades instrumentais da vida quotidiana (ditas, também do inglês, IADL),^(30, 32)
- Relações interpessoais que o façam sentir acompanhado e querido;⁽³⁰⁾
- Independência, entendida como capacidade de organizar o seu dia-a-dia e de escolher as actividades a realizar;⁽³⁰⁾
- Convicção da sua utilidade, quer enquanto “repositórios de sabedoria, experiência e outras qualidades úteis à sociedade, quer como produtores de contributos económicos e sociais”, quer ainda pelo valor dado ao contributo de uma vida de oração e ascese, como é o caso das ordens religiosas contemplativas;⁽³⁰⁾
- Ausência de condições económicas asfixiantes.⁽³⁰⁾

3. Qualidade de Vida e Envelhecimento

Lawton, em 1983, construiu um modelo de qualidade de vida na velhice em que a multiplicidade de aspectos e influências inerentes ao fenómeno é representada em quatro dimensões interrelacionadas. A primeira,⁽²⁹⁾ diz respeito às condições ambientais, na medida em que, integra o contexto físico, ecológico e o contexto construído pelo Homem, que está associado às competências adaptativas (emocional, cognitiva e comportamental).^(6, 29, 32) Ou seja, o ambiente deve oferecer condições adequadas à vida das pessoas. A segunda dimensão,⁽²⁹⁾ integra a competência comportamental, traduz o desempenho dos indivíduos face às diferentes situações da sua vida e portanto, depende do potencial de cada um, das suas experiências e condições de vida, dos valores adquiridos durante o curso de vida e do desenvolvimento pessoal, que, por sua vez, é influenciado pelo contexto histórico-cultural.^(29, 32) A terceira dimensão, engloba a qualidade de vida percebida, reflecte a avaliação da própria vida, influenciada pelos



valores que o indivíduo foi adquirindo e pelas suas expectativas pessoais e sociais. Igualmente a pessoa avalia as condições do seu ambiente, físico e social, e a eficácia das suas acções nesse ambiente. A quarta,⁽²⁹⁾ relaciona-se com o bem-estar subjectivo,^(29, 32) significa a satisfação que o indivíduo tem pela sua própria vida, satisfação global e satisfação específica relativamente a determinados aspectos da vida; reflecte as relações entre condições objectivas (ambientais), competências adaptativas e percepção da própria qualidade de vida, as três dimensões precedentes. É mediada pelos antecedentes pessoais (históricos, genéticos e sócio-económico-culturais), pela estrutura de traços de personalidade e pelos seus mecanismos de auto-regulação (senso de significado pessoal, sentido da vida, religiosidade, senso de controle, senso de eficácia pessoal e adaptabilidade).⁽²⁹⁾

Estudos empíricos indicam que existem fortes associações entre a qualidade de vida percebida, o bem-estar subjectivo e os mecanismos da personalidade. Estas dimensões possuem fortes relações com a competência adaptativa, que se expressa na competência emocional (capacidade em lidar com factores de stress), na competência cognitiva (capacidade de resolução de problemas) e na competência comportamental (desempenho e competência social). Em conjunto, todas estas competências reflectem-se no exercício de papéis sociais, na manutenção de actividades sociais, nas relações sociais e no ajustamento pessoal, e constituem um papel preponderante na relação com a saúde física e mental.⁽²⁹⁾

4. Avaliação da Qualidade de Vida

O Envelhecimento determina, em grau variável de indivíduo para indivíduo, a redução das capacidades de eficiência e de produtividade, e pode acompanhar-se ou não de doença mais ou menos incapacitante, física ou mental, tudo isto com consequências para a independência e bem-estar e, em última análise, para a qualidade de vida.⁽³⁰⁾

Perante esses factos importa pois desenvolver meios para atender às dificuldades do crescente grupo de idosos. Parece que a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e de bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população que permitam o alcançar de um envelhecimento bem sucedido.⁽⁵⁾ Acresce que a velhice vista pelo idoso que a vive é diferente daquela que os outros vêem nele. E se é compreensível que quem vê de fora não veja tão bem, o certo é que nem sempre quem vê de dentro vê



correctamente. Assim, como demonstrou Glass, é “grande a diferença entre o que as pessoas dizem ser capazes de fazer, no que se refere à avaliação das suas capacidades funcionais, e aquilo que elas fazem efectivamente em casa”. Convém também referir que a avaliação subjectiva que cada um faz da sua qualidade de vida não piora necessariamente com o envelhecimento.⁽³⁰⁾

Depressão

No passado, a depressão era considerada como sendo o problema psiquiátrico preponderante nos idosos. Dados mais recentes têm vindo a pôr em causa essa ideia e a considerar mesmo que a taxa de prevalência da depressão nos idosos é baixa, principalmente nos que vivem em comunidade.⁽³⁴⁾

Na perspectiva de Barreto, o termo “depressão” pode designar uma doença, síndrome, um sintoma ou, inclusivamente, um simples estado afectivo – a tristeza.⁽³⁵⁾

De facto, e ainda segundo o mesmo autor, quando nos debruçamos sobre a depressão como um quadro clínico estamos geralmente a referir-nos a um síndrome, ou seja, a um conjunto de sintomas e sinais, com uma génese comum e constituindo uma vertente importante do quadro clínico de diversas doenças, ou mesmo a uma doença da qual, em princípio, são conhecidos a etiologia, a patogenia, os sintomas, a evolução, o tratamento, as complicações e o prognóstico.⁽³⁵⁾

A depressão tem na sua origem mecanismos genéticos, activados em determinadas circunstâncias do meio ambiente, a sua sintomatologia prolonga-se por alguns meses ou mesmo anos, sem alterações de personalidade mas apenas do ânimo e trazendo consigo modificações das perspectivas pessoais, ou seja, levando a que o indivíduo recorde apenas os aspectos negativos da vida, alterando as perspectivas passadas, presentes e futuras, acompanhando com uma desvalorização pessoal e sentimentos de incapacidade.⁽³⁴⁾

Constitui um estado de elevada complexidade, sendo possível a detecção de diversos sintomas: ansiedade, agitação, insónia, perda de actividade, anorexia, isolamento social, pessimismo, baixa auto-estima, choro, sentimentos de inutilidade e externalidade.⁽³⁴⁻³⁶⁾

O estado depressivo é frequente qualquer que seja a faixa etária considerada. Se bem que 15% a 20% da população manifestem sintomas depressivos, o estado depressivo *major* só afecta 2% a 5% das pessoas. Encontra-se difundida a ideia de que a



percentagem das depressões graves aumenta depois dos 65 anos. Os inquéritos não parecem confirmar esta ideia. Segundo Blazer e seus colaboradores, somente 1% das pessoas com mais de 60 anos são gravemente depressivas.⁽³⁶⁾

1. Depressão no Idoso

Tendo em conta que a depressão no idoso terá de ser, em muitas situações, enquadrada no contexto social em que o indivíduo está inserido, poderemos afirmar que os indivíduos deprimidos afectam de forma relevante aqueles que com os mesmos contactam e, por seu lado, são afectados por pessoas com quem se relacionam. Muitas situações de depressão encontram-se relacionadas com o rompimento, ou com a ameaça de rompimento, de vínculos ou de diversos tipos de relações afectivas com familiares próximos.⁽³⁵⁾ A situação mais comum que contribui para a sintomatologia depressiva é o luto, enquanto experiência humana universal.⁽³⁴⁾

Dados empíricos não apoiam a ideia de que há um aumento do risco de depressão com o aumento da idade, mas antes, que idosos sejam uma população de maior risco para problemas de saúde mental em geral e de depressão em particular, devido ao declínio de alguns factores biológicos, psicológicos e sociais.⁽³⁴⁾ A depressão está associada com a incapacidade e dependência física. Muitos casos depressivos neste grupo populacional, têm como causas os factores ambientais, económicos e sociais (por exemplo, solidão, exclusão social, pobreza, condições de vida precárias e perdas de familiares/amigos). A depressão é normalmente acompanhada por uma diminuição da actividade física, resultando em limitações funcionais e incapacidade.^(27, 37)

A depressão nos idosos é muitas vezes acompanhada por experiências subjectivas de perda de memória e perturbação cognitiva, menos frequentes em indivíduos jovens e, pelo contrário, os sintomas somáticos são menos úteis nos diagnósticos de depressão na velhice porque são comuns os idosos não deprimidos.⁽³⁴⁾

Convém no entanto, clarificar que, de acordo com Vaz Serra, a depressão quando surge num indivíduo da Terceira Idade, geralmente mais não é do que a repetição de uma crise depressiva cujo surto inicial terá decorrido bastantes anos antes, podendo ter apresentado vários episódios recorrentes. Muito embora as crises depressivas nesta fase da vida, sejam na sua generalidade, uma repetição de surtos anteriores, existem motivos que nos levam a pensar que as mesmas possam assumir contornos clínicos diferentes, devido ao inexorável processo de envelhecimento



implicar modificações de natureza biológica (por exemplo, perturbações ao nível do sistema locomotor, do aparelho cardiocirculatório, dos órgãos dos sentidos), psicológicas (temos como exemplo, a perda de familiares e amigos próximos) e social (isolamento social, solidão, insegurança, entre outros).⁽³⁵⁾

Envelhecimento e Capacidades Cognitivas

Numa revisão de trabalhos sobre as mudanças cognitivas associadas ao envelhecimento, verificaram-se através da análise de estudos transversais, diferenças nas capacidades cognitivas entre adultos jovens e idosos, favorecendo os primeiros. Embora existam mudanças em todas as capacidades, os resultados dos testes de vocabulário e informação podem aumentar ou permanecer estáveis ao longo da maior parte da vida, declinando apenas muito tarde na velhice, enquanto outras capacidades, ligadas ao desempenho, tarefas piagetianas e resolução de problemas, começam o seu declínio muito mais cedo. Não é de desprezar, contudo, a existência de uma larga variabilidade interindividual quanto à idade em que o declínio começa e à sua respectiva extensão.⁽⁷⁾

Numa perspectiva estritamente neuropsicológica, Braun e Lalonde, defendem a existência de perfis de declínio cognitivo associados à senescência, os quais seriam independentes dos factores sociais, da saúde e dos artefactos psicométricos utilizados na avaliação das capacidades cognitivas. O modelo neuropsicológico definido por estes autores consagra a existência desses perfis de declínio nas esferas das funções executivas e mnésicas, que resultam directamente da deterioração dos sistemas frontais e temporais telencéfalo.⁽⁷⁾

Salthouse, por sua vez, propõe um modelo de envelhecimento cognitivo em que o declínio com a idade de aspectos processuais ou cognitivos é atribuído a variações na taxa de propagação de informação. Assim, a ocorrência de diminuição da eficiência da velocidade de processamento de informação ao nível do Sistema Nervoso Central, concomitante com o envelhecimento, reflecte-se num abrandamento cognitivo e é responsável pelos défices cognitivos relacionados com a idade. A maior ou menor velocidade de processamento cognitivo das informações parece, com efeito, estar intimamente relacionada com o *estado de saúde* cerebrovascular de cada indivíduo, mesmo quando não se está propriamente doente nem sujeito a limitações nas actividades quotidianas.⁽⁷⁾



É importante considerar o efeito do treino das capacidades cognitivas em si mesmas, através de uma estimulação adequada. A este respeito, Denney sugere que as capacidades cognitivas devidamente exercitadas (em função do potencial biológico e da experiência ambiental) sofrem um declínio mais tardio e menos dramático do que as capacidades não exercitadas.⁽⁷⁾

Barreto afirma que “a análise dos nossos próprios resultados sugere que se encontram em particular risco de deterioração mental, ao lado dos indivíduos afectados por doenças físicas como as cerebrovasculares, também aqueles que estão em situação de inactividade, com acentuada baixa de contactos durante o dia, e os que não têm tarefas definidas que impliquem responsabilidade e tomadas de decisão. Esta insuficiência de estimulação parece, assim, poder desencadear um declínio da eficiência mental, o que leva a supor que em um determinado nível de solicitações é indispensável para a manutenção de estratégias de resposta. O exercício da inteligência será, pois, indispensável para a sua preservação”.⁽⁷⁾

Muitos sintomas, associados com a velhice, estão fortemente correlacionados com a inactividade física, resultado em mudanças neurofisiológicas que reforçam os factores psicogénicos que estão na origem dessa mesma inactividade,^(7, 38) dando pois razão à afirmação de Kuhl: “a deterioração de algumas capacidades mentais são mais devidas à falta de uso do que à doença”.⁽⁷⁾

A memória é a função psicológica que nos é mais familiar, na medida em que, está muito ligada às nossas actividades diárias. Acontece frequentemente queixarmo-nos da nossa memória. Os especialistas chamam a este fenómeno “queixa mnésica”. Ela é muito vulgar nos idosos, que têm tendência para interpretar este esquecimento como fenómeno de amnésia. Não obstante, não existem provas de qualquer associação entre a extensão da queixa mnésica e um real défice da memória no idoso.⁽³⁹⁾ As investigações parecem sugerir que o declínio da memória a longo prazo não é um fenómeno característico do envelhecimento; bem pelo contrário, a haver declínio parece ser a memória a curto prazo a que apresenta défice maior com a idade e, uma vez mais, a principal diferença situa-se a nível do tempo que é necessário para evocar a informação memorizada.⁽⁷⁾

Não existindo evidências que comprovem que haja um declínio cognitivo geral a acompanhar inevitável e necessariamente o envelhecimento normal, a adopção de medidas ambientais compensatórias de um eventual empobrecimento cognitivo associado a certas variáveis biológicas (perda de acuidade sensorial, diminuição da



velocidade de processamento de informação, entre outras) surge como um factor imprescindível para combater a concepção fatalista de que o idoso não é capaz de perceber, de fazer, de aprender. Trata-se, uma vez mais, de privilegiar um envelhecimento óptimo através da optimização do meio físico e social, criando condições para que o sujeito que envelhece possa manter ou readquirir um equilíbrio favorável à sua qualidade de vida.⁽⁷⁾

Para a realização de uma avaliação acerca dos desempenhos cognitivos, poderão ser utilizados uma bateria de testes de fácil aplicação, que requerem um tempo limitado, tornando-se extremamente úteis como instrumentos discriminativos entre situações normais e patológicas. Relativamente a um rastreio cognitivo breve, podemos considerar as seguintes áreas a avaliar: Informação geral; Atenção; Orientação temporo-espacial; Linguagem; Memória e fixação; Recordação; Abstracção; Cálculo e Construção (ANEXO I, II).⁽⁴⁰⁾

Avaliação Multidimensional do Idoso

A saúde física não é por si só condição de felicidade, no entanto a sua ausência provoca sofrimento físico e psicológico bem como uma diminuição do bem-estar percebido por cada um de nós, através de interacções complexas – directas e indirectas – com outros factores da qualidade de vida. A doença física mobiliza as capacidades de *coping* dos indivíduos para a recuperação, focaliza toda a sua actividade e recursos neste problema e pode, secundariamente, fazer com que haja diminuição do poder económico, devido aos elevados gastos com a saúde, perda de autonomia, alteração das AVD's e das relações sociais, desconforto generalizado e, por vezes, medo da morte. Todas estas alterações, comuns às situações de doença, sucedem com efeito de forma mais provável e agravada no caso dos idosos. Para estes, a saúde surge como uma preocupação prioritária e uma das variáveis determinantes para a satisfação na vida.⁽⁷⁾

A avaliação funcional do indivíduo idoso deve ter um cariz multidimensional, uma vez que as alterações que surgem à medida que se envelhece dizem respeito a vários órgãos e sistemas, a mudanças no estilo de vida e a condicionantes socio-económicas, estando frequentemente presentes doenças de evolução crónica. Mediante uma avaliação multidimensional é possível a identificação de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, e a contribuição para um plano de intervenção em que a



ênfase seja dada à manutenção/melhoria das capacidades. Assim sendo, as áreas a avaliar devem ser as mais capazes de predizer a possibilidade dos indivíduos se manterem a viver independentes no seu domicílio, designadamente as capacidades funcionais e locomotora, a morbilidade física e mental e os aspectos socio-económicos.⁽⁴¹⁾

Goldeberg e Dab referem que, para avaliar a saúde, são necessárias três abordagens essenciais: uma abordagem que recorra à percepção do indivíduo, na linha da definição da OMS e de outros; uma abordagem funcional, onde o foco é colocado na capacidade do indivíduo para realizar as tarefas sociais e desempenhar o seu papel social; e uma abordagem baseada no conceito de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.⁽⁴²⁾

O conceito de “estar bem de saúde” é muito variável dentro da população idosa e podemos-nos deparar com indivíduos que subestimam as suas capacidades, menosprezando sinais e sintomas por considerarem que os seus problemas advém da idade, ou com idosos que se preocupam em excesso com o mínimo problema.⁽⁴²⁾

Apesar da longevidade ter aumentado exponencialmente, é incorrecto colocar todas as pessoas idosas no mesmo patamar, generalizando as manifestações do envelhecimento. Nesta perspectiva há que reconhecer a diversidade de factores susceptíveis que podem influenciar positiva ou negativamente a adaptação do idoso: factores ligados à biologia humana, elementos do meio, hábitos de vida e sistemas de saúde.⁽⁴²⁾

Esta forma de conhecer da pessoa, relativamente à natureza dos seus problemas e da limitação por eles provocada, exige instrumentos de avaliação simples que permitam constantemente reajustar a informação, reorganizá-la e completá-la, à medida que esta vai surgindo. Isto requer da parte do fisioterapeuta, ou de qualquer outro profissional de saúde, uma atitude criativa, partindo da descoberta do problema e suas causas, através da própria pessoa, família ou prestador de cuidados.⁽⁴²⁾

Assim, seja qual for a metodologia utilizada, esta deverá permitir ao fisioterapeuta, no momento em que der por terminada a sua avaliação, estar na posse de dados individuais obtidos através da entrevista e dados objectivos obtidos através dos testes e medidas, e do exame físico, seguindo as seguintes dimensões:

1. Percepção individual de saúde – grau de conhecimento e compreensão do utente relativamente aos seus problemas de saúde; a percepção individual da saúde é



- influenciada por factores como a idade, o sexo, a natureza dos problemas de saúde e os níveis socio-económico e cultural.⁽⁴²⁾
2. Hábitos, costumes e preferências – são factores determinados pelo que é sentido, isto é, pelo impacto emocional, ressonância e repercussão que cada pessoa sente em determinada situação. O idoso que adopta uma atitude positiva face à saúde tem também comportamentos positivos: espírito de iniciativa; desenvolvimento de novas aptidões e evita o isolamento.⁽⁴²⁾
 3. AVD's – afectam o estado de saúde ou são modificadas pela perda de autonomia ou pelo regime terapêutico.⁽⁴²⁾
 4. Estado funcional – a funcionalidade pode avaliar-se em termos de poder fazer parcialmente, ou de não poder fazer determinada tarefa. Isto pode relacionar-se com o funcionamento dos sentidos (diminuição da visão, da acuidade auditiva, da percepção táctil, entre outros); ou ligar-se a uma deficiência, ou à perda de uma função orgânica.⁽⁴²⁾
 5. Ambiente – a saúde é influenciada por um conjunto de factores externos ao corpo humano, nomeadamente: sociais (família, cultura); económicos; físicos (recursos externos e condições ambientais) e ambiente de trabalho.⁽⁴²⁾

Estes elementos indicadores permitem ao fisioterapeuta determinar quais os cuidados básicos a adoptar para proporcionar ao idoso uma assistência global promotora do bem-estar, autonomia e independência.⁽⁴²⁾

Questões Orientadoras

- 1. Classificação dos níveis de dependência de uma população idosa com 75 anos ou mais, residentes em meio rural, com acesso ao Centro de Dia do Lar de São João das Lampas ou com Apoio Domiciliário desta instituição.**

A dependência é definida como a incapacidade para realizar sem ajuda, as AIT's e as AVD's da vida diária. Neste sentido, para caracterizar o nível de dependência, as actividades acima mencionadas foram avaliadas segundo a escala EASYCare (*Elderly Assessment System*) (Anexo III), através das seguintes dimensões: Área Funcional e Mobilidade.



- 2. Analisar as características dos grupos de dependência identificados e as variáveis correspondentes ao gênero, idade, prestação de cuidados, qualidade de vida percebida pelo sujeito, cognição e depressão, bem como, analisar a associação entre as AIT's/AVD's e as variáveis acima mencionadas.**

Ao analisarmos de que forma as variáveis em estudo se comportam em cada um dos grupos de dependência identificados teremos uma percepção mais real acerca das influências que estas comportam para o nível de (in)dependência, bem como o grau de associação entre elas.

- 3. Ressenção crítica ao instrumento de avaliação utilizado.**

Durante a realização deste estudo surgiram algumas questões que levaram a determinadas limitações. Neste sentido, pretende-se questionar e alertar para algumas das lacunas existentes.



Método

Participantes

Este estudo irá incidir na população idosa com 75 anos ou mais, residentes em meio rural, na Freguesia de São João das Lampas, com acesso ao Centro de Dia do lar de São João das Lampas ou com Apoio Domiciliário prestado por esta instituição.

Como critérios de inclusão, o idoso deve ter 75 anos ou mais; residir na comunidade pertencente à Freguesia de São João das Lampas; ter acesso ao Centro de Dia do Lar de São João das Lampas e/ou possuir Apoio Domiciliário da mesma instituição.

A população avaliada é composta por 26 pessoas. Ao Centro de Dia dirigem-se diariamente 19 idosos, contudo, apenas 14 (9 mulheres e 5 homens) foram avaliadas por estarem de acordo com os critérios de inclusão. Em regime de Apoio Domiciliário existem 24 idosos, mas, apenas 12 (6 mulheres e 6 homens) foram avaliados segundo os critérios de inclusão.

Tipo de Estudo

A realização deste trabalho assenta num estudo descritivo e de classificação. Classificação, na medida em que, pretende definir o “*Nível de Dependência*” da população idosa com 75 anos ou mais, inseridos na comunidade, através de uma análise de clusters identificando os vários grupos de dependência possíveis/existentes. Descritivo, pois pretende analisar as características dos grupos quanto ao género, idade, prestação de cuidados (centro de dia/apoio domiciliário), qualidade de vida percebida pelo sujeito, cognição e depressão, bem como, analisar a associação entre as AIT's/AVD's e as variáveis acima mencionadas associação entre.

Caracterização do Instrumento de Avaliação

Para a realização deste estudo, foi utilizada a versão portuguesa 1999-2002 da escala EASYCare, desenvolvida no âmbito do projecto europeu SCOPE. Trata-se de um instrumento de avaliação simples, global e rápido do bem-estar físico, mental e social da pessoa com idade igual ou superior a 75 anos. Focaliza-se sobretudo na qualidade de



vida (e não na doença), reconhecendo o importante papel dos prestadores de cuidados informais.^(4, 43)

O instrumento foi desenvolvido com o objectivo de auxiliar os profissionais de saúde e da acção social a melhorar os cuidados de saúde primários a prestar à população desta faixa etária. No entanto, verifica-se que os dados obtidos através do EASYCare poderão ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades e objectivos que auxiliem os serviços sanitários, a gestão dos serviços, a distribuição de serviços/recursos, a pesquisa e formulação de políticas a implementar.⁽⁴⁾

Em Novembro de 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou uma conferência em Belfast, reunindo 50 delegados de 14 países da União Europeia com experiência em prática clínica, investigação, gestão e assistência social. O objectivo desta conferência foi o de chegar a um consenso relativamente aos critérios que deveriam servir de suporte ao desenvolvimento de um instrumento adequado para avaliar a saúde e o bem-estar das pessoas idosas.⁽⁴⁾

Em suma, os critérios acordados foram os seguintes:

- Desenvolvimento de um instrumento prático, curto, simples e abrangente;
- Utilização do conhecimento proporcionado por instrumentos de avaliação válidos e fidedignos;
- Constituição de uma avaliação inicial;
- Detenção de potencial transcultural.⁽⁴⁾

Por outro lado, as áreas a contemplar seriam:

- Incapacidades (AVD's, incontinência, visão e audição);
- Actividades de cuidados pessoais;
- Circunstâncias sociais;
- Percepção das necessidades, objectivos e satisfação com os cuidados.⁽⁴⁾

Neste contexto, a versão inicial do EASYCare (designada por *EPIC Assessment System*) foi desenvolvida para um projecto financiado pela União Europeia (*European Prototype for Integrated Care - EPIC*), tendo-se realizado o estudo-piloto em quatro países: Irlanda do Norte, Finlândia, Espanha e Itália. O desenvolvimento do EASYCare



teve continuidade no âmbito do projecto SCOPE (*Supporting Clinical Outcomes in Primary Care for Elderly*), inserido no Programa Biomedicina e Saúde 1994-1998.⁽⁴⁾

A construção da escala realizou-se a partir de outros instrumentos que avaliavam algumas das várias dimensões que se consideravam pertinentes, ou seja, todas as questões do EASYCare foram retiradas de outros instrumentos de avaliação. Deste modo, a inovação do EASYCare consiste em integrar numa só escala itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.⁽⁴⁾

A partir deste projecto de lançamento, vários trabalhos de divulgação e aperfeiçoamento da escala têm sido levados a cabo pelo Grupo de Desenvolvimento do EASYCare. A Universidade de Sheffield coordena o desenvolvimento e a investigação em torno desta escala e organizou uma base de dados em nome da OMS (Gabinete Regional para a Europa) tendo em vista a comparação de indicadores estratégicos relativos à saúde e bem-estar da população idosa.⁽⁴⁾

O EASYCare foi inicialmente desenvolvido na língua inglesa e, posteriormente, sujeito a um processo de validação linguística para as línguas dos outros países envolvidos, incluindo Portugal. No nosso País Liliana Sousa e Daniela Figueiredo estiveram na origem da tradução e validação do instrumento. Este processo definindo de forma *standardizada* envolve seis fases: primeira, tradução do inglês para o português (o tradutor tem bons conhecimentos de inglês mas a sua língua materna é o português); segunda, retroversão (tradução da anterior versão em português para inglês, sendo que a língua materna do tradutor é o inglês); terceira fase, reunião entre os investigadores e os tradutores para comparar as versões e acertar pormenores da tradução; quarta fase, reunião com um grupo de técnicos ligados aos cuidados primários dos idosos, para análise da correcção dos termos utilizados; quinta fase, reunião com idosos para análise de possíveis dificuldades no entendimento da escala; sexta fase, revisão do texto por um especialista em língua portuguesa para eventuais correcções ortográficas e gramaticais.⁽⁵⁾

Liliana Sousa e Daniela Figueiredo realizaram em 2002 um estudo de validação psicométrica do EASYCare para a população portuguesa, baseando a sua análise estatística na Análise de Componentes Principais e Análise de Clusters. Os resultados revelaram boas qualidades psicométricas na Escala Global (alfa de Cronbach = 0,86). Quanto às várias dimensões que compõem o instrumento de medida, apenas discriminam as qualidades psicométricas de 4 áreas. Na área das AVD's obtiveram um



alfa de 0,87, Qualidade de Vida atingiu 0,57, as Competências Cognitivas 0,45 e por fim a mobilidade 0,87.⁽⁵⁾

Objectivos e Âmbito do Instrumento

O EASYCare tem sido desenvolvido essencialmente para auxiliar os profissionais e cuidados primários a melhorar a assistência que podem facultar às pessoas idosas. Por outro lado, os dados obtidos no EASYCare podem ser utilizados para avaliar problemas diversificados na população, necessidades e objectivos que auxiliem os serviços sanitários, a gestão dos serviços, a distribuição de recursos, a pesquisa e a formulação de políticas a implementar. Todas estas utilizações dos dados, quer a nível individual quer da população, devem estar de acordo com os padrões de confidencialidade e protecção de dados.^(4, 43)

Recomenda-se que o EASYCare seja utilizado nas seguintes circunstâncias:

- Contacto inicial entre a pessoa idosa e os serviços sociais e/ou de saúde;
- Alteração da saúde física ou mental;
- Alteração das circunstâncias sociais;
- Como parte de um processo de rastreio;
- Para monitorizar os resultados dos cuidados prestados;
- Como parte de investigações acerca do bem-estar físico, mental e social da pessoa idosa;
- Como elemento de avaliação da pessoa idosa aquando do seu encaminhamento para determinado serviço de apoio/saúde.^(4, 43)

O EASYCare é constituído por uma ficha inicial de identificação do idoso em que, para além de conter dados relativos ao nome, morada, sexo, data de nascimento, subsistema de saúde e o local onde é efectuada a avaliação, inclui igualmente a possibilidade de registar informação relativamente à sua situação de residência (se vive sozinho, com a família, em lar, ou outra), às respostas sociais de apoio de que poderá eventualmente beneficiar (apoio domiciliário, centro e dia, centro de convívio, outra), às habilitações literárias que possui e à idade com que concluiu a escolarização, bem como informação relativa à idade com que deixou de ter trabalho remunerado e à profissão que exercia.⁽⁴⁾



As áreas/questões contempladas pelo EASYCare são as seguintes:

- **Incapacidade Física (questões 1 a 4)** – nestas questões aborda-se a acuidade visual, a acuidade auditiva, a mastigação e o discurso; referem-se essencialmente à recolha de informação sobre eventuais dificuldades que possam decorrer do uso de determinados “aparelhos” (óculos, “aparelho” auditivo, prótese dentária).^(4, 43) A cotação é idêntica para os quatro parâmetros considerados, podendo assumir os seguintes valores: 0, 1 e 3, sendo o valor máximo desta variável igual a 12 (resultando da soma dos valores obtidos nos 4 parâmetros considerados), e os valores mais elevados indicam maior incapacidade.
- **Qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões de 5 a 7)** – referem-se à qualidade de vida tal como é percebida pelo sujeito, considerando a saúde, a solidão e a habitação.^(4, 43) Qualquer item é cotado de 1 a 5, sendo que os valores mais elevados indicam menor qualidade de vida. Assim, a pontuação global da qualidade de vida pode atingir um valor máximo de 15 (resultante da soma dos 3 itens anteriores).
- **Área instrumental/funcional (questões 8 a 13)** – Nestas questões deve-se ter em conta a possibilidade da pessoa idosa não realizar habitualmente uma determinada tarefa ou actividade. Como tal, deve-se averiguar se a pessoa se sente capaz de a realizar, caso venha a ser necessário (por exemplo, um homem que nunca tenha cozinhado deve-se-lhe perguntar se, havendo necessidade, o conseguiria fazer). As questões referem-se às capacidades para: fazer o trabalho doméstico, preparar as próprias refeições, ir às compras, administrar o seu próprio dinheiro, usar o telefone e tomar os medicamentos; nestas questões, bem como nas questões que se seguem (até à 24), perante a dificuldade ou mesmo incapacidade do idoso em desempenhar uma determinada tarefa, é dada ao avaliador a possibilidade de registar informação relativa à pessoa ou entidade que, eventualmente, lhe presta apoio no cumprimento dessa tarefa (cônjuge ou companheiro, membro da família, amigo ou vizinho, ajuda privada, ajuda pública, outra, ajuda não disponível).^(4, 43)



- Q. 8 “Consegue fazer o seu trabalho doméstico?” – Pode ser necessário explicar esta questão, uma vez que as pessoas têm diferentes perspectivas acerca do conceito de trabalho doméstico. Deste modo, podemos acrescentar algumas sugestões a esta questão. Por exemplo: “Consegue lavar a loiça depois da refeição?”, ou “É capaz de varrer o chão?”, ou ainda “Consegue limpar o pó?”.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 1 – Com alguma ajuda ou 3 – Completamente incapaz.
- Q. 9 “Consegue preparar as suas próprias refeições?” – Ao colocar esta questão, o técnico pode deparar-se com pessoas que, por várias razões, nunca tiveram necessidade de o fazer. Deste modo, o avaliador terá de perguntar se a pessoa se sentiria capaz de o fazer, em caso de necessidade.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 2 - Com alguma ajuda ou 5 – Completamente incapaz.
- Q. 10 “Consegue ir às compras?” – A explicação dada na questão anterior aplica-se a esta questão.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 2 – Com alguma ajuda ou 4 – Completamente incapaz.
- Q. 11 “Consegue administrar o seu próprio dinheiro?” – Esta questão foi concebida para averiguar se a pessoa se sente capaz de gerir os seus gastos financeiros e não para saber o valor da sua conta bancária ou da sua reforma como, por vezes, a pessoa idosa tende a responder.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 2 – Com alguma ajuda ou 4 – Completamente incapaz.
- Q. 12 “Consegue usar o telefone?” – É irrelevante se a pessoa tem ou não telefone; o que interessa apurar é se ela, em caso de necessidade, se sente capaz de o utilizar.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 1 – Com alguma ajuda ou 3 – Completamente incapaz.
- Q. 13 “Consegue tomar os seus medicamentos?” – A explicação está implícita na questão.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 2 – Com alguma ajuda ou 4 – Completamente incapaz.

A pontuação máxima da área funcional é de 23 pontos (resulta da soma da pontuação obtida nos itens de 8-13), correspondendo ao máximo de incapacidade.



- **Mobilidade (questões 14 a 19)** – estas questões remetem para a capacidade de: sair de casa e caminhar na rua, movimentar-se dentro de casa, subir e descer escadas, deslocar-se da cama para a cadeira, utilizar a sanita (ou cadeira sanitária), usar a banheira ou o chuveiro. Tal como nas questões anteriores, se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade em desempenhar uma actividade, o técnico deverá assinalar o quadro relativo à eventual entidade que lhe presta apoio.^(4, 43)
 - Q. 14 “Consegue sair de casa e caminhar na rua?” – Por vezes, as pessoas idosas mencionam o recurso a algumas ajudas técnicas (p. ex., bengala, canadianas...), devendo o técnico registar essa informação no espaço relativo aos comentários.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 4 – Com alguma ajuda ou 6 – Completamente incapaz.
 - Q. 15 “Consegue movimentar-se dentro de casa?” – Se a pessoa for autónoma, recorrendo apenas a um apoio técnico específico (p. ex., bengala), então considera-se que ela consegue movimentar-se sem ajuda.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 4 – Numa cadeira de rodas sem ajuda; 6 – Com alguma ajuda ou 9 – Acamado.
 - Q. 16 “Consegue subir e descer escadas?” – É irrelevante se a pessoa possui ou não escadas em casa. O que interessa é averiguar se elas as conseguem subir ou descer, caso necessitem. Por outro lado, se necessitarem de ajuda técnica para o fazer, deve-se registar essa informação no espaço relativo aos comentários.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 2 – Com alguma ajuda ou 5 – Completamente incapaz.
 - Q. 17 “Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem próximas uma da outra?” – Se a pessoa for autónoma, recorrendo apenas de um apoio técnico, então considera-se que ela se consegue deslocar.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 5 – Com alguma ajuda ou 7 – Completamente incapaz.
 - Q. 18 “Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira-sanitária)?” – A explicação está implícita na questão.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 5 – Com alguma ajuda ou 8 – Completamente incapaz.



- Q. 19 “Consegue usar a banheira ou o chuveiro/polivan?” – Do mesmo modo, a explicação está implícita na questão.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda ou 6 – Com alguma ajuda.

A pontuação máxima para a mobilidade é de 41 pontos, pontuação correspondente a uma grande incapacidade para a realização das tarefas mencionadas (resulta da soma da pontuação obtida da questão 14 à 19).

- **Actividades de cuidados pessoais (questões 20 a 22)** – aqui, é considerada a capacidade do idoso para cuidar da sua aparência pessoal, vestir-se e alimentar-se. Tal como para as questões anteriormente referidas, se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade em desempenhar as actividades de cuidados pessoais aqui abordadas, deve-se proceder ao registo das entidades que lhe prestam ajuda.^(4, 43)

- Q. 20 “Consegue cuidar da sua aparência pessoal?” – A explicação está implícita na pergunta.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda ou 5 – Com alguma ajuda.

- Q. 21 “Consegue vestir-se?” – Aqui, deve-se averiguar se a pessoa idosa se consegue vestir na totalidade, ou se necessita de ajuda para o desempenho de determinadas acções, como por exemplo, calçar os sapatos, apertar os atacadores ou os botões, entre outros.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 3 – Com alguma ajuda ou 6 – Completamente incapaz.

- Q. 22 “Consegue alimentar-se?” – Nesta questão, pode surgir a necessidade de dar exemplos: “Consegue descascar uma maçã?” ou “Consegue abrir um pão e espalhar manteiga?”.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem ajuda; 5 – Com alguma ajuda ou 8 – Completamente incapaz.

Esta área pode atingir o máximo de 19 pontos, correspondendo ao máximo de incapacidade na realização das tarefas.

- **Controlo esfíncteriano (questões 23 e 24)** – estas questões referem-se à incontinência urinária e fecal.^(4, 43) Podem surgir situações em que a pessoa idosa não compreende muito bem o que se pretende avaliar com as questões ou se sinta embaraçada pela natureza das mesmas,



daí que o técnico tenha de demonstrar alguma sensibilidade na sua explicação. Também nestas questões, perante o facto de existirem dificuldades ou mesmo incapacidades nestas situações por parte da pessoa idosa, o técnico deverá assinalar quem lhe presta ajuda.⁽⁴³⁾

- Q. 23 “Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga?” – Se houver problema, deve-se registar informação acerca do modo como ele é resolvido (p. ex., uso de fraldas). Deve-se ter também em conta o facto de algumas pessoas idosas que têm problemas desta natureza, referirem que não necessitam de ajuda.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem problemas; 6 – Com problemas ocasionais ou 8 – Com problemas frequentes.
- Q. 24 “Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos?” – É possível que a pessoa idosa entenda esta questão como fazendo referência a problemas de obstipação; neste caso, o técnico deverá assegurar-se de que a pessoa compreendeu bem à questão.⁽⁴³⁾ Cotação: 0 – Sem problemas; 6 – Com problemas ocasionais ou 9 – Com problemas frequentes.

O valor máximo que o score de incapacidade a nível do controlo esfíncteriano pode atingir é 17.

- **Escala Geriátrica de Depressão (questões 25 a 28)** – trata-se de um procedimento mínimo importante que poderá, eventualmente, detectar sintomas de depressão e indicar a necessidade de uma avaliação adicional mais detalhada.^(4, 43) A depressão é um problema de saúde mental comum às pessoas idosas. Muitas vezes, encara-se a depressão como uma consequência natural de uma idade avançada não sendo, por isso, diagnosticada. Consequentemente, esta ausência de diagnóstico pode impedir o acesso da pessoa a um tratamento que poderá melhorar a sua qualidade de vida. Relativamente à cotação, atribui-se 1 ponto por cada sintoma de depressão, sendo uma pontuação total de um ponto ou mais, indicando a possibilidade de estarmos perante uma depressão e a pessoa deve ser avaliada em maior detalhe.⁽⁴³⁾



- **Teste de Diminuição Cognitiva** – este teste é de opção, isto é, pode ser aplicado se há suspeita de uma diminuição cognitiva significativa ou pode não ser aplicado se o avaliador sentir que tal poderá constituir uma ofensa para a pessoa idosa; a administração deste teste tem essencialmente como objectivos: prevenir a demência, detectar algum estado de demência, informar no sentido de planejar recursos e validar as respostas dadas pelo sujeito nas questões anteriores, caso haja suspeita de uma diminuição cognitiva significativa.^(4, 43) A aplicação do teste deverá ter em conta os seguintes aspectos: - Algumas pessoas têm problemas de memória, podem oferecer alguma resistência em responder a estas questões, já que têm receio de errar ou de se sentirem envergonhadas. Assim, cabe ao técnico tranquilizá-las e encorajá-las, explicando-lhes que se trata de um teste rotineiro. - Evitar induzir determinada resposta, bem como completar as suas frases. - O ritmo da entrevista deve ser conduzido pela pessoa idosa. É importante dar-lhe tempo para responder às perguntas segundo o seu próprio ritmo. - A performance da pessoa idosa será maximizada se o técnico falar claramente em termos de tom de voz, intensidade e velocidade. - É importante explicar à pessoa idosa que, depois da questão 2, o técnico irá dizer uma curta frase pedindo-lhe, em seguida, para a lembrar e repetir depois da questão 5. - Idealmente, deve colocar-se cada questão uma só vez. Aceita-se que a pessoa idosa possa pedir para repetir a pergunta uma vez. No entanto, se a pessoa pedir várias vezes para se repetir a pergunta, será importante considerar se será apropriado prosseguir com a avaliação. - A pessoa idosa tem a palavra final relativamente a completar ou não o teste.⁽⁴³⁾
 - Q. 1 “Em que ano estamos?” – A resposta dada deve ser o ano exacto. Se a pessoa errar, o técnico atribui 1 ponto e depois multiplica por 4, obtendo uma pontuação total de 4. O resultado só poderá ser 0 ou 4.⁽⁴³⁾
 - Q. 2 “Em que mês estamos?” – Esta é equivalente à questão anterior. A resposta tem que ser o mês exacto. Se a pessoa errou, então o técnico terá que atribuir 1 ponto e, depois, multiplicá-lo



por 3, obtendo uma pontuação total de 3. O resultado só poderá ser 0 ou 3.⁽⁴³⁾

- Q. 3 “Que horas são?” – Trata-se de um teste de orientação, sendo muito importante que a pessoa idosa não veja as horas pelo seu relógio de pulso ou outro relógio. A resposta dada a esta questão tem uma margem de erro de 1 hora. Por exemplo, se são 15h, a sua resposta tem que se situar entre as 14h e as 16h. A resposta está correcta caso se situe dentro destes limites, em que a pontuação é igual a 0. Se a sua resposta se situar fora desta margem, mesmo que por poucos minutos, atribui-se 1 ponto e multiplica-se este resultado por 3, obtendo uma pontuação total de 3. O resultado só poderá ser 0 ou 3.⁽⁴³⁾
- Q. 4 “Conte na ordem inversa de 20 para 1”. É importante dar à pessoa idosa tempo suficiente para completar esta tarefa, bem como fazê-la sentir-se aceite e apreciada. Existem três pontuações possíveis para esta questão: - A pessoa não comete nenhum erro: 0 pontos x 2 de ponderação = 0; - A pessoa comete 1 erro: 1 ponto x 2 de ponderação = 2; - A pessoa comete 2 ou mais erros: 2 pontos x 2 de ponderação = 4. Nas situações em que se verifica que a pessoa se está mesmo a esforçar, apesar de já ter comido vários erros, o técnico deverá ponderar se valerá a pena continuar.⁽⁴³⁾
- Q. 5 “Diga os meses de ordem inversa”. Esta questão é pontuada da mesma forma que a anterior.⁽⁴³⁾
- Q. 6 “Repita a frase de memória”. Poderá ser útil para o técnico, anotar exactamente o que a pessoa idosa diz, uma vez que se terá de proceder a uma pontuação exacta. Aqui, pode cometer-se um máximo de 5 erros, atribuindo 1 ponto por cada erro, a pontuação limita-se a este valor máximo, não interessando os erros que serão dados para além dos compatibilizados.⁽⁴³⁾

A pontuação total é obtida pela soma dos scores, sendo que a pontuação máxima é de 28 pontos. De 0 a 10 indica normalidade ou diminuição ligeira; de 11 a 28 indica diminuição moderada a



grave. Uma pontuação elevada pode indicar a necessidade de uma avaliação suplementar.⁽⁴³⁾

Para além destas áreas, o EASYCare possui ainda uma página designada por “Fixação de Objectivos” cujo objectivo consiste em identificar aquilo que a pessoa desejaria modificar ou melhorar na sua vida. Considerando os objectivos identificados pela pessoa idosa, o papel do avaliador consiste em delinear com ela um plano de acção, baseado na descrição das possíveis opções que a podem ajudar a mudar ou a melhorar aquilo que pretende. Reconhece-se, porém, que a parte relativa à “Fixação de Objectivos” é, de algum modo, ambiciosa pois é pensada para alterar as percepções dos profissionais acerca das prioridades da pessoa idosa e encorajá-los a responder de forma criativa às necessidades por ela expressas.^(4, 43)

As últimas páginas do EASYCare constituem um espaço para o registo de “Outra Informação” que se considere pertinente (por exemplo, resultados de análises, existência de alguma patologia específica...); para além destas páginas, há ainda espaço no final de cada questão para o registo de comentários que o avaliador considere relevantes.⁽⁴⁾

Convém aqui salientar que o EASYCare é um instrumento que pretende avaliar capacidades (ser capaz de...) e não competências (saber-fazer), ou seja, não avalia aquilo que a pessoa idosa faz na realidade, mas sim aquilo que ela sente que é capaz de fazer. Esta distinção é de fundamental importância e, como tal, apresenta-se um exemplo para elucidar: assim, a um homem que, pelas mais variadas razões, nunca tenha preparado/confeccionado as suas próprias refeições, deve-se-lhe perguntar se se sente capaz de o fazer, caso seja necessário. Isto é, embora este homem nunca tenha cozinhado, ele pode sentir-se com capacidade para aprender a tarefa e executá-la em caso de necessidade.⁽⁴⁾

Em suma, este instrumento pode ser dividido em três fases:

1ª Fase – Avaliação das necessidades da pessoa idosa em que se recolhe informação acerca das necessidades da pessoa idosa, através das questões 1 à 28 e do Teste de Diminuição Cognitiva.⁽⁴³⁾

2ª Fase – Exploração das necessidades da pessoa idosa, a partir da reflexão da pessoa idosa sobre a informação recolhida e posterior identificação das mudanças que pretende realizar.⁽⁴³⁾



3ª Fase – Negociação dos Objectivos, consiste essencialmente, na elaboração de um plano de acção. Isto é, a partir dos objectivos/necessidades identificados pela pessoa idosa, o avaliador irá encaminhá-la para o tipo de resposta que mais se adequa à satisfação das suas necessidades.⁽⁴³⁾

Aplicação e Cotação

Na medida em que o EASYCare foi concebido com o intuito de melhorar os cuidados prestados à pessoa idosa, recomenda-se que seja utilizado no âmbito de um processo de avaliação entre o profissional e o idoso. Sendo assim, o auto-preenchimento ou a administração por um colaborador deverão efectuar-se somente quando a informação recolhida se destina apenas à investigação.⁽⁴⁾

Em princípio, o EASYCare demora cerca de 10 minutos a ser preenchido e 10 minutos suplementares para cada avaliação opcional das dificuldades cognitivas e fixação de objectivos. No entanto, o tempo de aplicação poderá variar em função da necessidade de obter informação mais pormenorizada acerca da situação da pessoa idosa. Por outro lado, o profissional poderá sempre alterar a formulação das questões se sentir que isso irá facilitar a compreensão da pessoa idosa. Efectivamente, melhorar o processo de consulta é seguramente mais importante do que uma adesão estrita ao protocolo.⁽⁴⁾

Pode-se obter uma pontuação máxima de 127 pontos e mínima de 3, resultado do somatório das seguintes dimensões (Incapacidade Física + Qualidade de Vida percebida + Área Funcional + Mobilidade + Cuidados Pessoais + Controlo Esfíncteriano), contudo, a incapacidade apresenta um resultado máximo de 100 pontos, resultante da soma das seguintes áreas (Área Funcional + Mobilidade + Cuidados Pessoais + Controlo Esfíncteriano). Basicamente, é importante saber que pontuações mais elevadas significam maior incapacidade; no entanto, o *score* não permite demarcar um valor a partir do qual se pode considerar que o sujeito não tem problemas (apenas os valores extremos nos dão indicações claras). Este instrumento não substitui o juízo clínico, pelo que não há um valor a partir do qual se identifica incapacidade.^(4, 43)

Considerações para a Fase Inicial da Entrevista

O primeiro contacto entre o técnico e a pessoa idosa é o pilar de uma relação futura. Assim o avaliador deverá ter em conta os seguintes aspectos-chave:

- Apresentar-se a si próprio e à entidade para a qual trabalha.



- Explicar qual é o seu papel e começar a indicar como poderá ser a sua ajuda. Explicar a razão da avaliação e os fins a que se destina.
- Explicar que para fazer uma avaliação completa, pretende usar o EASYCare. Descreva, brevemente, as áreas contempladas: saúde física, alojamento, bem-estar emocional, memória, percepção das necessidades e registo de objectivos.
- Indicar à pessoa idosa que poderá achar algumas questões irrelevantes para a sua situação, mas justificar salientando os objectivos de avaliação (identificar uma variedade de necessidades, o que torna fundamental cobrir todas as áreas).
- O Teste de Diminuição Cognitiva pode ser uma nova experiência para alguns participantes. Por isso, é importante explicá-lo durante a entrevista para que a pessoa tenha tempo de assimilar a informação. Será importante verificar se a pessoa se sente confortável com este teste. Se detectar alguma resistência, informe que este teste é opcional e pode ser discutido mais tarde.
- Explicar como esta informação irá ser registada e guardada.
- Explicar quem pode aceder a esta informação e iniciar claramente qual a informação que será partilhada com outros técnicos.
- Explicar que a informação pode ser utilizada para investigação.
- Confirmar se o idoso compreende toda a informação dada.
- Transmitir entusiasmo, interesse e preocupação.⁽⁴³⁾

Procedimento

Este estudo teve início com a marcação de uma reunião com o Director do Lar de São João das Lampas a quem foi dado a conhecer os objectivos do trabalho, assim como, pedida a autorização para a realização das entrevistas aos idosos que estão associados à instituição. Ultrapassada esta primeira fase, a Assistente Social foi a pessoa que me auxiliou na caracterização e escolha da população de idosos que enquadravam os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Os inquéritos tiveram início com os idosos que diariamente se deslocavam ao Centro de Dia, posteriormente era conduzida pela Assistente Social até às respectivas



habitações dos idosos que enquadravam Apoio Domiciliário. Este processo teve início em Abril de 2005 e terminou a meados de Junho do mesmo ano.

O instrumento de avaliação foi preenchido pelos idosos em todas as suas dimensões, contudo, para a análise estatística apenas foram estudadas as áreas que contemplam os objectivos de estudo e que através da revisão da literatura demonstraram ter grande influência no processo de envelhecimento: Idade, Género, Prestação de Cuidados, Qualidade de Vida, Área Funcional, Mobilidade, Depressão e Cognição.

Análise Estatística

Os resultados foram avaliados segundo o programa SPSS-12, versão para o Windows.

Pretendeu-se estudar grupos de idosos de acordo com o seu nível de (in)dependência. Para tal foi necessário recorrer a uma análise que permitisse a classificação de dados. A metodologia considerada consistiu na análise de clusters (análise classificatória). Em geral, a análise de clusters pretende agrupar um determinado número de dados em classes de elementos que apresentam semelhanças entre si. Uma das possíveis abordagens para a análise de clusters consiste na resolução do problema por optimização, em que se pretende maximizar a semelhança intra grupos e minimizar a semelhança inter grupos.

Existem vários tipos de análise de clusters, o procedimento utilizado neste estudo baseia-se no método hierárquico em que o resultado final do algoritmo é uma árvore de clusters denominada dendograma, que mostra a relação entre os clusters. Adoptou-se o método particional K-means, com o objectivo de encontrar uma partição de dados que minimize o quadrado da distância euclidiana ao centro do cluster procurando assim encontrar grupos mais homogéneos. Os membros de cada classe identificada são organizados através de um processo iterativo.

Resultados

Através da análise dos resultados obtidos nos inquéritos e antes de apresentar os resultados referentes aos objectivos deste estudo, torna-se pertinente realizar uma breve revisão acerca da estatística descritiva das variáveis em estudo. Para tal, usam-se medidas de localização e de dispersão, relacionando os dados entre si e retirando as devidas ilações.

Assim, começa-se por observar a dimensão da amostra inquirida e o número de idosos que recorrem ao Centro de Dia do Lar de São João das Lampas ou que possuem Apoio Domiciliário da mesma instituição. Segundo os métodos estatísticos utilizados para a interpretação dos resultados obtidos, verificou-se que a Prestação de Cuidados não se associa às variáveis em estudo. Segundo a distância euclidiana, esta variável é a que se encontra mais afastada das restantes, neste sentido, a estatística descritiva que se segue não apresenta a discriminação de cada variável quanto à prestação de cuidados.

Foram inquiridos um total de 26 idosos, dos quais 14 estão inseridos no Centro de Dia e 12 possuem Apoio Domiciliário (Gráfico 1).

Ao analisarmos a população inquirida quanto ao género, podemos verificar igual número de mulheres e homens na amostra seleccionada (Gráfico 2).

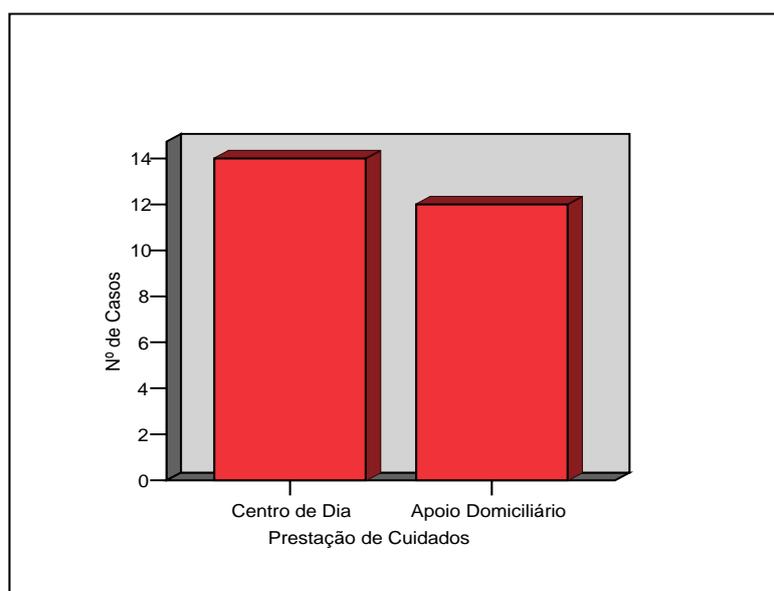


Gráfico 1: Prestação de Cuidados

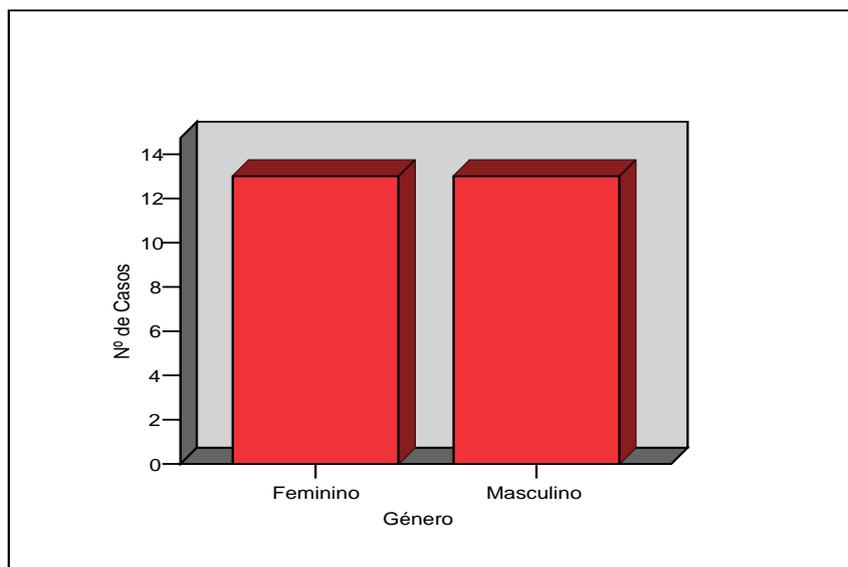


Gráfico 2: Género

De seguida, calcularam-se os valores relativos às medidas de localização, nomeadamente a mediana, a média, o valor máximo e mínimo obtido das seguintes variáveis: idade, qualidade de vida, AIT's, AVD's, depressão e cognição. No que se refere, às medidas de dispersão calculou-se a amplitude total da amostra e o desvio padrão, das variáveis acima mencionadas.

Estatística Descritiva

	Idade	Qualidade de Vida	AIT's	AVD's	Depressão	Cognição
N Validos	26	26	26	26	26	26
Média	83,00	10,73	4,69	6,96	1,62	11,04
Mediana	83,00	11,00	4,00	6,00	2,00	10,00
Moda	75	11	0	0	0	10
Desvio Padrão	6,046	1,823	5,152	8,459	1,577	8,646
Mínimo	75	7	0	0	0	0
Máximo	95	14	19	38	4	28

Tabela 1: Estatística Descritiva



1. Idade

A média de idades dos inquiridos ronda os 83 anos. A pessoa mais nova tem 75 anos e a mais velha 95 (Tabela 3).

2. Qualidade de Vida

A qualidade de vida percebida pelo idoso apresenta um valor médio que se aproxima de 11 (Tabela 3). Através da análise da pontuação desta dimensão no instrumento de avaliação, podemos observar que 3 corresponde a uma excelente qualidade de vida e 15 a uma fraca qualidade de vida. Neste sentido podemos considerar que o valor médio obtido está próximo de uma fraca qualidade de vida.

A pontuação máxima para esta dimensão foi de 14 pontos e a mínima de 7. Segundo a análise dos valores obtidos pelo desvio padrão, podemos afirmar que existe uma fraca dispersão dos dados obtidos (Tabela 3).

3. Actividades Instrumentais

As AIT's são avaliadas pelo instrumento de avaliação segundo a capacidade que o idoso tem em realizar sem ajuda, com alguma ajuda ou totalmente incapaz as actividades instrumentais da vida diária. A pontuação para esta área é atribuída da seguinte forma: 0 corresponde à independência na realização das AIT's e 41 à total dependência de outrem.

Através da análise de resultados podemos observar um valor médio de 4,65 (próximo da independência). A pontuação máxima para esta dimensão foi 19, significando que os idosos necessitam de alguma ajuda na realização de determinadas actividades instrumentais e a pontuação mínima foi 0, bem como, correspondendo a uma independência da maioria dos idosos na realização das AIT's (Tabela 3).

4. Actividades da Vida Diária

As AVD's são avaliadas pelo instrumento de avaliação segundo a capacidade que o idoso tem em realizar sem ajuda, com alguma ajuda ou totalmente incapaz as actividades da vida diária. A pontuação para esta área é atribuída da seguinte forma: 0 corresponde à independência na realização das AVD's e 41 à total dependência de outrem.

Através da análise dos resultados obtidos podemos observar um valor médio de 7 (próximo da independência). A pontuação máxima para esta dimensão foi 38,



significando que os idosos são totalmente incapazes na realização de determinadas actividades da vida diária e a pontuação mínima foi 0, correspondendo a uma independência da maioria dos idosos na realização das AVD's (Tabela 3).

5. Depressão

Para a área da depressão o instrumento de avaliação apenas considera que a atribuição de 1 ponto refere a existência de um sintoma de depressão, ou seja, uma pontuação total de um ponto ou mais indica a possibilidade de estarmos perante uma depressão e a pessoa deverá ser avaliada em maior detalhe. A pontuação máxima para esta área é 4 e a mínima 0.

Através da análise dos resultados obtidos podemos observar um valor médio de 1,62, indicando segundo as normas do instrumento de avaliação a existência de sintomas depressivos. A pontuação máxima para esta dimensão foi de 4 pontos (indicador máximo de sintomas depressivos) e a mínima 0 correspondendo à ausência de sintomas depressivos (Tabela 3).

6. Cognição

Relativamente à área da cognição o instrumento de avaliação considera os seguintes intervalos de pontuação para os resultados obtidos: 0-10 indica normalidade ou diminuição ligeira e de 11-28 indica diminuição de moderada a grave.

Segundo a análise de resultados nesta área podemos observar um valor médio de 11, que se encontra no grupo da diminuição cognitiva moderada a grave. A pontuação máxima para esta dimensão foi de 28 pontos (diminuição cognitiva grave) e a mínima de 0 (normalidade cognitiva) (Tabela 3).

Um dos objectivos deste trabalho pretende classificar o nível de dependência/independência da população idosa em estudo, considerando a capacidade que os idosos têm para realizar AVD's e AIT's. Para tal, realizou-se uma análise de clusters (k-means) e foram standardizadas as variáveis compreendendo os valores entre [0,1] para eliminar o efeito das unidades de medida, nomeadamente a idade.

Através da utilização deste método foram extraídos 3 grupos caracterizados segundo o nível de dependência dos idosos (Tabela 4):

1. Independentes (46%): Os idosos deste grupo são independentes na realização das AIT's e AVD's.



2. Parcialmente dependentes (50%): Os idosos deste grupo necessitam de ajuda de terceiros para a realização de algumas tarefas instrumentais e da vida diária, com maior ajuda para a confecção de refeições, andar sozinhos na rua e o uso da banheira ou o chuveiro/polivan.
3. Muito dependentes (4%): Os idosos encontram-se muito dependentes na realização de todas as tarefas consideradas, com maior necessidade para a deslocação dentro/fora de casa, passar da cama para a cadeira, utilizar a sanita e o uso da banheira ou o chuveiro/polivan.

Análise de Clusters Final

AIT's/AVD's	Clusters		
	Independentes	Parcialmente Dependentes	Muito Dependentes
Consegue fazer o seu trabalho doméstico?	0	1	3
Consegue preparar as suas próprias refeições?	0	2	5
Consegue ir às compras?	0	1	4
Consegue administrar o seu próprio dinheiro?	0	1	4
Consegue usar o telefone?	1	1	1
Consegue tomar os seus medicamentos?	0	0	2
Consegue sair de casa e caminhar na rua?	0	2	6
Consegue movimentar-se dentro de casa?	0	1	6
Consegue subir/descer escadas?	1	2	5
Consegue deslocar-se da cama para a cadeira?	0	0	7
Consegue utilizar a sanita ou cadeira sanitária?	0	0	8
Consegue usar a banheira ou o chuveiro/polivan?	0	6	6

Tabela 2: Identificação dos grupos de dependência na realização das AIT's e AVD's

Pretende-se também analisar as características dos grupos de dependência identificados e as variáveis correspondentes ao género, idade, prestação de cuidados, qualidade de vida percebida pelo sujeito, cognição e depressão, bem como, analisar a associação entre as AIT's/AVD's e as variáveis acima mencionadas (Tabela 5).



Para identificar as relações entre variáveis utilizou-se o método de análise hierárquica com o método de aglomeração Linkage (within groups) e como medida de semelhança utilizou-se a distância euclidiana (Figura 1).

Grupos de Dependência

Variáveis (médias)/Grupos de Dependência	Independentes (46%)	Parcialmente Dependentes (50%)	Muito Dependentes (4%)
Idade	83	82	83
Género	Masculino	Feminino	Feminino
Prestação de Cuidados	Centro de Dia	Apoio Domiciliário	Centro de Dia
Qualidade de Vida	10,5	11	11
Depressão	1	2	4
Cognição	11,5	10,8	8

Tabela 3: Características dos Grupos de Dependência

Os grupos de dependência foram comparados com as variáveis acima descritas e através da análise de resultados podemos verificar que os idosos que se enquadram no grupo dos independentes possuem uma média de idades que ronda os 83 anos, em média pertencentes ao sexo masculino, com aproximação a uma fraca qualidade de vida, baixos indicadores depressivos e uma diminuição cognitiva moderada. A maioria dos idosos deste grupo desloca-se diariamente ao Centro de Dia.

Os idosos parcialmente dependentes são pouco mais novos do que os independentes, possuem uma média de idades de 82 anos, maioritariamente do sexo feminino. Apesar de serem mais dependentes na realização de actividades como preparar as suas próprias refeições, andar sozinhos na rua, subir/descer escadas e utilizar a banheira, a sua qualidade de vida é idêntica à dos independentes, ou seja, aproxima-se de uma fraca qualidade de vida. Possuem alguns indicadores depressivos e uma ligeira diminuição cognitiva. Na generalidade, são idosos com Apoio Domiciliário.

Quanto aos idosos muito dependentes, podemos verificar que estes possuem uma média de idades de 83 anos, equivalente à média de idades dos independentes, maioritariamente do sexo feminino, com uma fraca qualidade de vida, elevados índices depressivos e uma ligeira diminuição cognitiva. São idosos que possuem grandes



Discussão

A realização deste estudo permitiu a identificação de três níveis de dependência quanto à realização das AIT's/AVD's. Neste sentido temos os idosos independentes (46%), os parcialmente dependentes (50%) e os muito dependentes (4%).

Fazendo uma análise do comportamento das variáveis em estudo em cada um dos grupos e confrontando com a revisão da literatura efectuada, podemos questionar os dados obtidos em várias dimensões.

A longevidade do ser humano é cada vez maior, aumentando a probabilidade de ocorrência de limitações ao nível biológico, psicológico e social. Mais anos vividos maior o nível de dependência e consequente necessidade de institucionalização.⁽²⁹⁾ Os resultados sugerem que apesar de estar considerado que a dependência aumenta com a idade cronológica, observam-se idosos independentes com uma média de idades igual à dos idosos muito dependentes. Quer isto dizer, que ao contrário do que é consagrado como sendo standard, a nossa população é composta por pessoas muito idosas totalmente independentes.

Em média, os idosos independentes passam os seus dias em regime de Centro de Dia, assim como, os idosos muito dependentes. Os parcialmente dependentes estão na sua maioria em regime de Apoio Domiciliário, contrariamente aos estudos que revelam a necessidade de institucionalização com o aumento no nível de dependência.

Estes resultados questionam as imagens sociais sobre a velhice. Na sociedade ocidental os idosos têm sido estereotipados e sofrido de exclusão social por serem pessoas muito dependentes e inúteis.⁽⁵⁾ Contrariamente a esta análise verificamos um núcleo de idosos bastante autónomo na realização das suas actividades da vida diária e com interesse nas relações sociais, tanto é, que se dirigem diariamente ao Centro de Dia. Por outro lado, temos o núcleo dos muitos dependentes, que, por razões que nos são alheias estão também em regime de Centro de Dia. Provavelmente porque os seus familiares não possuem condições para os manter em casa diariamente ou porque vivem sozinhos e não possuem capacidades para manter uma autonomia suficiente que lhes permita sobreviver a todos os níveis.



Quanto ao género, verificamos que as mulheres apresentam valores de incapacidade superior aos homens, provavelmente, por terem uma vida, em média mais longa, assim como também são as que se encontram mais deprimidas.

Segundo Fernandes, a perda de autonomia é um dos fenómenos que, sobretudo a nível psicológico, maior influência exerce na vida dos idosos e na qualidade de vida da mesma.⁽³⁵⁾ Dados empíricos não apoiam a ideia de que há um risco de depressão com o aumento da idade, mas antes, que a depressão está associada com a incapacidade e dependência física.^(27, 37) A análise dos resultados obtidos, dando ênfase ao comportamento das variáveis em estudo dentro de cada grupo, revela que efectivamente a perda de autonomia confere alterações a nível psicológico, na medida em que, quanto maior o nível de dependência, maior é o número de indicadores depressivos. Contudo, aqueles que são totalmente independentes também possuem indicadores depressivos embora sejam em valor reduzido.

Os elevados indicadores de depressão obtidos neste estudo poderão estar relacionados com a insuficiência avaliativa que esta área requer. O instrumento de avaliação contempla apenas 4 itens da Escala Geriátrica da Depressão (EGD), que, embora constitua um importante procedimento mínimo podendo eventualmente detectar sintomas depressivos, é menos fidedigno que a sua escala original. Poderemos ter resultados que apontam para indicadores de depressão com base nestes 4 itens considerados, contudo, se for efectuada a versão original os resultados poderão ser opostos. Neste sentido, sugere-se a aplicação da EGD de Yesavage, versão mais recente, adequada à maior parte das situações, uma vez que os seus resultados são sobreponíveis aos da versão original. Assim, os resultados obtidos serão mais precisos/fidedignos e representativos da realidade.

A OMS refere que a qualidade de vida nos idosos é amplamente determinada pela capacidade que o idoso tem em manter a autonomia e independência.⁽⁸⁾ Contudo, existem variações pouco significativas quanto à classificação da qualidade de vida dentro dos grupos. Podemos afirmar que esta é igual tanto para um idoso independente como para o idoso muito dependente, ou seja, aproxima-se claramente de 11 significando uma fraca qualidade de vida. Neste sentido, sugere-se a existência de outros factores que não foram avaliados neste estudo.



Ribeiro salienta que a avaliação da qualidade de vida deve considerar aspectos positivos do funcionamento individual, ao invés da tradicional avaliação da disfunção, incapacidade e impotência.⁽³¹⁾ Algumas dimensões possuem um valor acrescido e devem ser consideradas na avaliação da qualidade de vida do idoso, são elas as condições socio-económicas, ambientais e relações interpessoais.⁽⁸⁾ Estas áreas não foram consideradas neste estudo, como tal, a semelhança quase exacta entre a qualidade de vida de um idoso independente e a de um idoso muito dependente poderá estar associada a esses factores de cariz social e económico.

Os idosos, muitas vezes, temem que a sua ida para um lar ou centro de dia diminua a sua independência e qualidade de vida.⁽⁵⁾ Este facto não se verifica nesta população avaliada, na medida em que, os idosos que se dirigem diariamente ao Centro de Dia demonstram um nível de independência total na realização das AIT's/AVD's e referem uma qualidade de vida semelhante aqueles que possuem apenas apoio domiciliário.

As investigações na área da cognição sugerem que muitos dos sintomas cognitivos na velhice estão associados à inactividade e dependência.^(7, 38) Os resultados para esta dimensão revelam, que os problemas cognitivos surgem, consistentemente, em todos os grupos identificados independentemente do nível de dependência. Verifica-se ainda, que os idosos independentes são aqueles que possuem maior diminuição cognitiva e que os totalmente dependentes são os que possuem menor diminuição cognitiva comparando com todos os grupos. Desta forma, existem outras variáveis que poderão estar na origem destes resultados.

Autores defendem que a deterioração das funções cognitivas ocorre associada a processos de senescência e alterações de memória por falta de uso.⁽⁷⁾ Os idosos que possuem maior défice cognitivo são em média muito idosos e que se encontram em Centro de Dia. Poderíamos então pensar que estas alterações estão de acordo com os processos de senescência associados à idade e com o facto de estarem inseridos diariamente numa instituição que zela pelo seu bem-estar, mas, que não os obriga a utilizar/desenvolver a memória uma vez que existe sempre alguém a controlar horários e todas as actividades. Por outro lado, existem os idosos muito dependentes que também se inserem no grupo dos muito idosos com regime de Centro de Dia e que apresentam o melhor nível cognitivo relativamente aos outros grupos.



Analisando o instrumento de avaliação na dimensão referente ao estado cognitivo, observamos que são considerados 6 itens, na sua maioria relacionados com a concentração e memória. Contudo a cognição é uma área bastante ampla que deverá avaliar áreas do saber como: informação geral, atenção, orientação temporo-espacial, linguagem, memória e fixação, recordação, abstracção, cálculo e construção.⁽⁴⁰⁾ Desta forma, os resultados obtidos poderão levar-nos na maioria dos casos a diminuições cognitivas com base apenas na memória, uma vez que, esta está alterada na maioria dos idosos. Por outro lado, actividades como gerir o dinheiro, usar o telefone e tomar os medicamentos estão associadas com a autonomia do idoso, avaliados na área instrumental/funcional do EASYCare.

Os resultados cognitivos que demonstram alterações em todos os grupos considerados poderão estar associados às lacunas na avaliação desta área, acima mencionadas. Existem casos em que os idosos demonstram uma diminuição cognitiva grave segundo este instrumento avaliativo, contudo, vivem sozinhos, tomam os seus medicamentos sem ajuda de outrem, fazem as suas refeições, entre outras tarefas que apelam à capacidade de abstracção. Estas situações sugerem erros na avaliação cognitiva.

Para uma melhor avaliação desta área, sugere-se a utilização de outro instrumento de medida que englobe todas as áreas relacionadas com a cognição.

Através da análise das distâncias euclidianas, verifica-se uma forte associação entre as AVD's/AIT's, neste sentido, estas variáveis são fortes indicadores das capacidades físicas dos idosos, fornecendo um feedback preciso acerca do nível de (in)dependência desta população. A actividade de usar a banheira/polivan é a que se encontra mais distante de todas as outras, muito próxima da qualidade de vida (dimensão que avalia o estado de saúde), levantando algumas dúvidas para as quais não se obtiveram respostas.

A depressão e a cognição estão associadas ao grupo anterior, sugerindo que a actividade é importante para todo o bem-estar psicológico e intelectual. Na realidade aqueles que apresentam diminuições na função física são aqueles se encontram mais deprimidos.

A idade aparece associada à qualidade de vida e não ao nível de dependência física. Podemos constatar indivíduos muito idosos e totalmente independentes com fraca



qualidade de vida ou vice-versa. Assim, a qualidade de vida seria mais baixa com o avançar da idade.

A prestação de cuidados e o género são duas variáveis que se encontram muito afastadas das restantes, sugerindo que estas dimensões não influenciam positivamente ou negativamente qualquer uma das dimensões em estudo.

Em síntese, pode-se dizer que a população idosa inserida na comunidade com Apoio Domiciliário ou inserida em regime de Centro de Dia do Lar de São João das Lampas apresenta níveis de autonomia bastante satisfatórios havendo um número muito reduzido de idosos muito/totalmente dependentes. A qualidade de vida e bem-estar dos idosos independentemente do regime de prestação de cuidados é fraca.

É necessário, por um lado, prestar particular atenção à depressão e à diminuição de competências cognitivas; por outro lado, tem de se pensar, também, na forma de manter os idosos capazes, independentes e ocupados de forma que se sintam valorizados.

Estes resultados contribuíram para o Fisioterapeuta, um conhecimento mais profundo da condição actual da população de idosos em estudo, conferindo a possibilidade de identificar áreas de intervenção junto do idoso, família e comunidade, numa perspectiva global e não isolada ou parcial, para dinamizar e desenvolver actividades e/ou atitudes preventivas, de modo a suavizar os condicionalismos próprios do envelhecimento.



Bibliografia

1. INE-DepartamentoEstatísticasCensitáriasPopulação. O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. [cited 2004 Novembro]; Available from: http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=283#
2. Pinto AM. Envelhecimento: das teorias à fisiopatologia. In: Pinto AM, editor. Envelhecer Vivendo. Lousã: Quarteto; 2001. p. 11-29.
3. DGS. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. [cited 2004 Novembro]; Circular Normativa N°:13/DGCG]. Available from: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>
4. Figueiredo D, Sousa L. EASYCare – Um instrumento de avaliação da qualidade de vida e bem-estar do idoso. [cited 2004 Nov 5]; Available from: <http://portal.ua.pt/thesaurus/default.asp?H1=3>
5. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Revista de Saúde Pública. 2003;37(3):364-71.
6. Sequeira A, Silva MN. O bem estar da pessoa idosa em meio rural. Análise Psicológica. 2002;3(XX):505-16.
7. Paúl C, Fonseca AM. Envelhecimento, Saúde e Bem-Estar Psicológico. In: Paúl C, Fonseca AM, editor. Psicossociologia da Saúde. Lisboa: Climepsi; 2001. p. 111-28.
8. WHO. Active Ageing: A Policy Framework. 2002 [cited 2005 20 Maio]; Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>
9. Deliberato PCP. Fisioterapia Preventiva: fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole; 2002.
10. Fernandes P. Processo de Envelhecimento. In: Fernandes P, editor. A depressão no idoso. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2002. p. 19-51.
11. Higgs I. Fisioterapia: Teoria e Prática II. Barcarena: Universidade Atlântica - Licenciatura em Fisioterapia, 4º Ano; 2004-2005.
12. Ermida J. Processo de Envelhecimento. In: Costa M, et al, editor. O Idoso – Problemas e Realidades. Coimbra: FORMASAU; 1999. p. 41-51.
13. Silva A, Lima J. Ser Idoso - Estudo de uma População. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica - Geriatria. 2002 Janeiro;XIV(140):12-8.



14. Fonseca AM. Perspectivas desenvolvimentais. In: Fonseca AM, editor. Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores; 2004. p. 117-36.
15. Assis M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 2004 [cited 2005 24 Agosto]; Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2004/doutorado/TeseMonicaAssis.pdf>
16. Martins RML. Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. [cited 2005 8 Agosto]; Available from: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/14.htm>
17. Fontaine R. O envelhecimento e as suas causas. In: Fontaine R, editor. Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi; 2000. p. 19-32.
18. Sousa L, Figueiredo D. Dependence and independence among old persons - relatives and myths. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2002;12:269-73.
19. Fontaine R. O envelhecimento bem sucedido, o envelhecimento ótimo. In: Fontaine R, editor. Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi; 2000. p. 147-58.
20. Motta M, Bennati E, Malaguarnera M, Motta L. Successful aging in centenarians: myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2005 May-June;40(3):241-51.
21. INE - Carrilho M, Patrício L. A Situação Demográfica Recente em Portugal. 2002 [cited 2005 10 Junho]; Available from: http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=281#
22. Silva M, Peralta E. Perspectivas da Velhice em Idosos com Diferentes Situações de Vida. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica - Geriatria*. 2002 Novembro;XV(148):9-16.
23. INE. As Gerações mais Idosas. 2002 [cited 2005 10 Junho]; Available from: <http://www.ine.pt/pesquisa/pesquisa.asp>
24. INE. Esperanças de vida sem incapacidades físicas de longa duração. 2000 [cited 2005 10 Junho]; Available from: <http://www.ine.pt/pesquisa/pesquisa.asp>
25. Gonçalves C. Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. 2003 [cited 2005 10



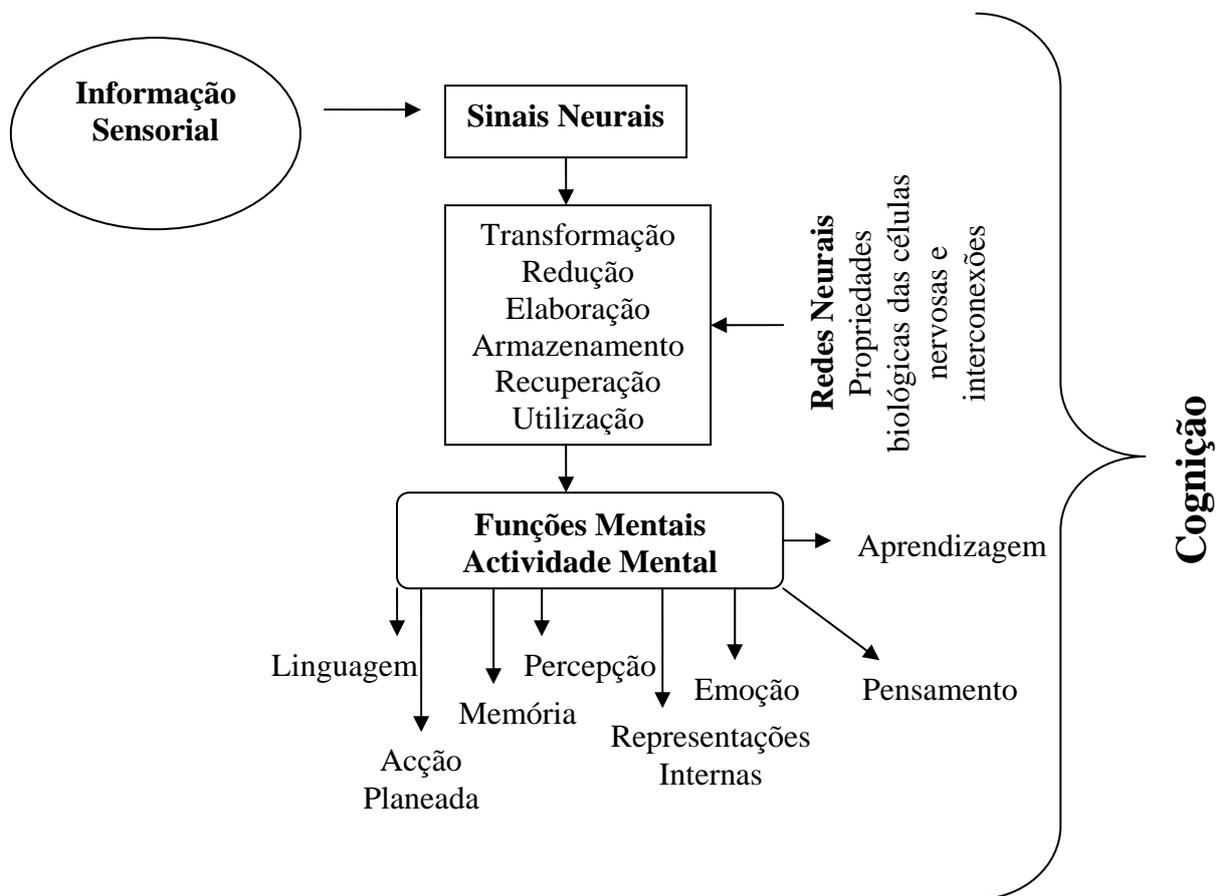
- Junho]; Available from: http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=295#
26. INE. As Causas de Morte em Portugal - 2000. 2002 [cited 2005 18 Agosto]; Available from: http://www.ine.pt/prodserv/destaque/arquivo.asp?sm_cod=64
27. Heikkinen E. What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented? 2003 [cited 2005 12 Junho]; Available from: <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf>
28. Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K, Fujisawa M, Murakami S, Otsuka K, Yano S, Kita T, Matsubayashi K. Depression in Japanese community-dwelling elderly - prevalence and association with ADL and QOL. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2004;39:15-23.
29. Paschoal SMP. Qualidade de Vida na Velhice. In: Freitas E, Nery A, Cançado F, Gozone M, Rocha S, editor. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 79-84.
30. Ramos HV. Qualidade de Vida e Envelhecimento. In: Archer L, Biscaia J, Osswald W, Renaud M, editor. *Novos Desafios à Bioética*. Porto: Porto Editora; 2001. p. 225-31.
31. Coimbra J, Brito IS. Qualidade de Vida do Idoso. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*. 1999(3):29-35.
32. Crosby R, Kolotkin RL, Williams GR. Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003;56:395-407.
33. Fassino S, Leombruni P, Daga G, Brustolin AD, Rovera GG, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2002 July-August;35(1):9-20.
34. Paúl MC. A Depressão em Idosos: Estudo Exploratório. *Análise Psicológica*. 1993 Dezembro;4(XI):609-17.
35. Fernandes P. Depressão. In: Fernandes P, editor. *A depressão no idoso*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora; 2002. p. 55-71.
36. Fontaine R. A psicopatologia do envelhecimento. In: Fontaine R, editor. *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi; 2000. p. 159-73.
37. Stek M, Gussekloo J, Beekman ATF, Tilburg WV, Westendorp RGJ. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *Journal of Affective Disorders*. 2004;78:193-200.



38. Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004 October;85:1694-704.
39. Fontaine R. O envelhecimento da memória. In: Fontaine R, editor. *Psicologia do envelhecimento.* Lisboa: Climepsi; 2000. p. 111-30.
40. Bartolomé M, Fernández VL, Ajamil CE. *Neuropsicologia: Libro de trabajo.* 2^a ed. Salamanca: Amarú Ediciones; 2001.
41. Botelho MA. Avaliação da Autonomia Funcional em Idosos. In: Pinto AM, editor. *Envelhecer Vivendo.* Lousã: Quarteto Editora; 2001. p. 57-70.
42. Cordeiro MPA. Avaliação da Saúde em Gerontologia. In: Costa M, et al, editor. *O Idoso – Problemas e Realidades.* Coimbra: FORMASAU; 1999. p. 52-62.
43. Figueiredo D, Sousa L. EASYCare – Guia de Utilização do EASYCare. [cited 2004 Nov 5]; Available from: <http://portal.ua.pt/thesaurus/default.asp?H1=3>



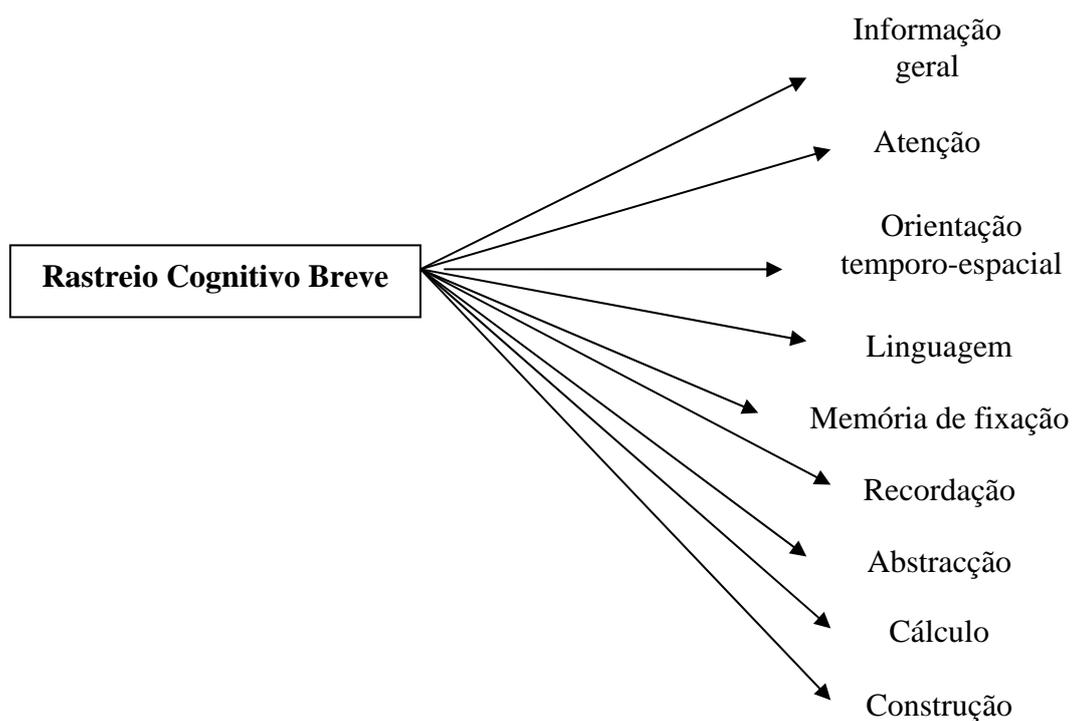
Anexo I



Esquema 1: Funcionamento do Sistema Cognitivo.⁽⁴⁰⁾



Anexo II



Esquema 2: Áreas Funcionais que devem ser avaliadas num rastreio cognitivo.⁽⁴⁰⁾



Anexo III

