



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

SAÚDE DOS IDOSOS – *Polifonia de Vozes* –

Elisabete de Sousa Correia

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Elisabete de Sousa Correia

SAÚDE DOS IDOSOS
– *Polifonia de Vozes* –

Nome do Curso de Mestrado
II Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Carminda Soares Morais

Viana do Castelo, outubro de 2014

RESUMO

O duplo envelhecimento da população e o conseqüente aumento de pessoas idosas dependentes exige uma progressiva adequação da prestação de cuidados de saúde suscetíveis de proporcionarem uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

Dado que o prolongamento da vida não é garantia de um envelhecimento bem-sucedido, o debate desta problemática centra-se nas políticas de saúde que visam o planeamento numa lógica de intervenção prospetiva baseada em necessidades.

O presente estudo teve como objetivos analisar a situação de saúde das pessoas idosas de 3 freguesias do concelho de Viana do Castelo relativamente à sua qualidade de vida e bem-estar, do ponto de vista dos próprios e de líderes da comunidade, caracterizar o perfil dos cuidadores informais e a sua sobrecarga, e identificar áreas prioritárias de intervenção.

Tratou-se de um estudo quantitativo com abordagem qualitativa, descritivo, correlacional, transversal, cuja recolha de informação decorreu entre 1 de outubro de 2013 e 31 de janeiro de 2014.

Optou-se por uma amostra probabilística aleatória simples de 235 idosos, cujo nível de confiança foi de 95% e o erro amostral de 5%.

Para a recolha da informação utilizou-se o *Easycare Standard Portugal 2010*, a Escala de Sobrecarga de Zarit, um questionário de caracterização sociodemográfica aplicado aos cuidadores informais e uma entrevista semi-estruturada dirigida aos líderes.

Foram inquiridos 199 idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 96 anos, 40 cuidadores informais e 6 líderes comunitários.

Constatou-se que 84,4% dos idosos inquiridos apresentava alguma dependência nas AVD, 90,5% apresentavam risco de quedas, 94,5% risco de falha de autocuidado e 67,8% risco de depressão.

Verificou-se: correlação entre a dependência e a idade ($p=0,000$); relação entre a dependência e o sexo ($p=0,014$); não existir relação entre o risco de quedas e a idade ($p=0,050$); relação entre o risco de quedas e o sexo ($p=0,004$), sendo mais elevado nas mulheres; relação entre o risco de depressão e o sexo ($p=0,000$) mas não com a idade ($p=0,104$); e relação entre o risco de falha de autocuidado e a idade ($p=0,000$) e o sexo ($p=0,000$), sendo mais elevado nas mulheres mais idosas.

Constatou-se também uma correlação negativa entre o risco de quedas e a polimedicação ($p=0,048$).

Os cuidadores informais, com idades compreendidas entre os 41 e os 87 anos, eram na maioria filhos(as) dos idosos, mulheres (82,5%) e cuidavam do idoso dependente há mais de 3 anos (75%). Verificou-se também que 29,5% apresentavam “ausência de sobrecarga”, 54,6% “sobrecarga moderada” e 15,9% “sobrecarga severa”.

Não se observou relação estatisticamente significativa entre a sobrecarga dos cuidadores e a pontuação de dependência dos idosos ($p=0,077$).

As condições de vida promotoras de saúde, a existência de uma rede de apoio social efectiva e a promoção do envelhecimento activo foram aspectos valorizados pelos líderes comunitários.

Este estudo permitiu concluir que os idosos apresentam alguma qualidade de vida e bem-estar, que podem ser melhoradas com intervenções direccionadas às suas necessidades e realizadas com base num planeamento em saúde em parceria com todos os intervenientes na promoção da sua saúde.

Palavras-chave: Pessoas Idosas; Envelhecimento; Qualidade de vida; Participação comunitária.

Outubro de 2014

ABSTRACT

The double aging of population and the consequent increase of dependent older people requires a progressive adaptation of health care to provide a better quality of life and well-being.

As the prolongation of life is no guarantee of a successful aging, the discussion of this problem has been focused on health policies involving planning on a prospective logic intervention, based in needs.

The investigation objectives consisting in analyzing the health situation, quality of life and well-being of elderly people from 3 parishes of Viana do Castelo, from their point of view and from the community leaders, characterize the profile of informal caregivers and their overburden, and identify intervention priority areas.

This is a cross-sectional and descriptive correlational study. We used the Easycare Standard Portugal 2010, the Zarit Burden Interview Scale and an interview to the community leaders.

The data collection period ran from October 1, 2013 and January 31, 2014.

It was opted for a simple random probability sample of 235 elderly people, whose confidence level was 95% and the sampling error of 5%.

Were inquired 199 elderly people, 40 informal caregivers and 6 leaders.

It was been verified that 84.4% of elderly people showed some dependence in activities of daily life, 90.5% falls risk, 94.5% self-care failure risk and 67.8% depression risk.

It was observed: correlation between dependence and age ($p = 0.000$); significant statistical relation between dependence and sex ($p = 0.014$); no relation between falls risk and age ($p = 0.050$); relationship between the risk of falls and sex ($p = 0.004$), being higher in women; significant statistical relation between depression risk and sex ($p = 0.000$) but not with age ($p = 0.104$); and statistical relation between self-care failure risk and age ($p = 0.000$) and sex ($p = 0.000$), which is higher in older women.

It was also found a negative correlation between falls risk and polypharmacy ($p = 0.048$).

The informal caregivers were between 41 and 87 years, the majority were sons or daughters of dependent elderly, women (82,5%) and cared for the dependent elderly for more than three years (75%). It was also found that 29.5% had "no overburden", 54.6% "moderate overburden" and 15.9% "severe overburden".

There was no significant statistical relation between caregivers overburden, and elderly dependency score.

The conditions of healthy life promotion, the existence of a social support network and the promotion of active aging were reported by community leaders.

To respond elderly people needs, we need to coordinate various stakeholders including the elderly, caregivers and community leaders, taking into account their needs/potentials.

This study concluded that elderly have some quality of life and well-being, which can be improved with coordinated interventions based on their needs and on health planning with partnership with all the health promotion stakeholders.

Keywords: Elderly; Aging; Quality of life; Community participation.

October 2014

AGRADECIMENTOS

Só é possível levar a cabo um trabalho desta natureza com a tranquilidade necessária, quando à nossa volta temos pessoas que nos apoiam e motivam.

Assim, agradeço em primeiro lugar ao meu marido, Carlos, amigo e companheiro de todas as horas, pelo incentivo e apoio que me deu desde o primeiro momento.

Agradeço à Professora Doutora Carminda Morais toda a orientação dada durante a realização deste estudo e a disponibilidade demonstrada, mesmo com todas as suas responsabilidades profissionais.

Agradeço a todas as pessoas idosas, cuidadores informais e líderes da comunidade que aceitaram participar neste estudo e pela disponibilidade que demonstraram.

Agradeço aos meus colegas da equipa de Enfermagem da UCSP de Barroelas, o apoio que me deram e sem o qual não seria possível conciliar tão facilmente o meu trabalho com esta etapa formativa.

Agradeço também a todos os amigos e familiares que me encorajaram a terminar este mestrado.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas idosas...
A todos aqueles que,
ao ver chegar o fim da vida,
quando longe vão os sonhos,
se vêm confrontados com a perda de autonomia
e a dependência de terceiros para as mais simples tarefas da vida.
É no trabalho do dia a dia com eles,
que aprendo a valorizar a vida
e a apreciar cada minuto de saúde,
de independência,
de autonomia.

SUMÁRIO

RESUMO	iii
ABSTRACT	v
AGRADECIMENTOS	vii
DEDICATÓRIA	ix
SUMÁRIO	xi
ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS	xiii
ABREVIATURAS	xvii
ACRÓNIMOS	xviii
SIGLAS	xix
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – CONCEÇÕES ESTRUTURANTES DA PESQUISA	5
Capítulo Um: ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR	7
1 - O ENVELHECIMENTO COMO FENÓMENO MULTIFATORIAL.....	7
1.1 - O ENVELHECIMENTO ATIVO E SEUS DETERMINANTE	10
1.2 - QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO.....	13
Capítulo Dois: MEDIÇÃO COMO ESTRUTURANTE DA DECISÃO EM SAÚDE	17
2.1 - A MEDIÇÃO EM SAÚDE	18
2.2 - CONTRIBUTOS DA MEDIÇÃO NA DECISÃO EM SAÚDE	19
2.3 - A MEDIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE	21
Capítulo Três: CUIDADORES INFORMAIS E LÍDERES DA COMUNIDADE – PARCEIROS NO PROCESSO DE CUIDAR	25
3.1 - A PESSOA IDOSA E A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL	25
3.2 - A PESSOA IDOSA E O CUIDADOR INFORMAL	29
3.3 - A IMPORTÂNCIA DAS PARCERIAS COMUNITÁRIAS NA SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS	32
PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO	35
Capítulo Um: METODOLOGIA	37
1.1 - PROBLEMÁTICA, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS	37
1.2 - TIPO DE ESTUDO	40
1.3 – UNIVERSO, AMOSTRA E SELEÇÃO DOS INFORMANTES PRIVILEGIADOS	41

1.4 - VARIÁVEIS E HIPÓTESES.....	44
1.5 - INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO	45
1.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	51
Capítulo Dois: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
2.1 – RELATIVOS ÀS PESSOAS IDOSAS	54
2.1.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS .	55
2.1.2 - NECESSIDADES/ PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO REFERIDAS PELAS PESSOAS IDOSAS	69
2.1.3 – PONTUAÇÕES E ESCALAS DO <i>EASYCARE</i>	72
2.1.4 – ANÁLISE INFERENCIAL.....	77
2.2 - RELATIVOS AOS CUIDADORES INFORMAIS	88
2.2.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES INFORMAIS	88
2.2.2 - NECESSIDADES/ PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO REFERIDAS PELOS CUIDADORES	96
2.2.3 - NÍVEL DE SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS	97
2.2.4 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS RELACIONADOS COM OS CUIDADORES INFORMAIS.....	98
2.3 – RELATIVOS AOS LÍDERES COMUNITÁRIOS	99
2.3.1 ÁREA TEMÁTICA 1: "CONDIÇÕES DE VIDA PROMOTORAS DE SAÚDE"	101
2.3.2 ÁREA TEMÁTICA 2: "CONSTRANGIMENTOS/ PROBLEMAS"	105
2.3.3 ÁREA TEMÁTICA 3: "RECURSOS/ POTENCIALIDADES DA COMUNIDADE"	109
2.3.4 ÁREA TEMÁTICA 4: "NECESSIDADES"	114
2.4 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES	117
CONCLUSÃO	119
BIBLIOGRAFIA	123
ANEXOS	135
Anexo 1: <i>Parecer da Comissão de Ética</i>	137
APÊNDICES	141
Apêndice 1: <i>Pedido de autorização à Comissão de Ética</i>	143
Apêndice 2: <i>Questionário de caracterização sociodemográfica dos cuidadores</i>	147
Apêndice 3: <i>Guião da entrevista aos líderes comunitários</i>	151
Apêndice 4: <i>Consentimento informado</i>	155
Apêndice 5: <i>Declaração de compromisso</i>	165
Apêndice 6: <i>Tabela síntese da análise inferencial</i>	169

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1: <i>Pirâmide etária da população inscrita no CSB</i>	42
---	----

QUADROS

Quadro 1: <i>Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo</i>	100
Quadro 2: <i>Categorias, subcategorias e unidades de análise da Área Temática 1</i>	101
Quadro 3: <i>Síntese das categorias que emergiram da Área Temática 1</i>	104
Quadro 4: <i>Categorias, subcategorias e unidades de análise da Área Temática 2</i>	105
Quadro 5: <i>Síntese das categorias que emergiram da Área Temática 2</i>	108
Quadro 6: <i>Categorias, subcategorias e unidades de análise da Área Temática 3</i>	110
Quadro 7: <i>Síntese das categorias que emergiram da Área Temática 3</i>	113
Quadro 8: <i>Categorias, subcategorias e unidades de análise da Área Temática 4</i>	114
Quadro 9: <i>Síntese das categorias que emergiram da Área Temática 4</i>	115

GRÁFICOS

Gráfico 1: <i>Distribuição percentual da pontuação global de dependência</i>	73
Gráfico 2: <i>Distribuição percentual da pontuação do risco de falha do autocuidado</i>	74
Gráfico 3: <i>Distribuição percentual do risco de quedas</i>	75
Gráfico 4: <i>Distribuição percentual da escala geriátrica de depressão</i>	76
Gráfico 5: <i>Distribuição percentual do risco de quedas segundo o sexo das pessoas idosas</i>	82
Gráfico 6: <i>Distribuição percentual do risco de depressão segundo o sexo</i>	84
Gráfico 7: <i>Distribuição percentual da Pontuação da Escala de Sobrecarga de Zarit</i>	98

TABELAS

Tabela 1: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o motivo da não participação no estudo</i>	54
Tabela 2: <i>Medidas de dispersão relacionadas com a idade e o sexo dos idosos</i>	55
Tabela 3: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a freguesia de residência</i>	56
Tabela 4: <i>Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas segundo o sexo</i>	56
Tabela 5: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o estado civil</i>	57
Tabela 6: <i>Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas segundo a escolaridade</i>	58
Tabela 7: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o rendimento mensal</i>	59
Tabela 8: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a constituição do agregado familiar</i>	61
Tabela 9: <i>Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas que são cuidadoras</i>	62
Tabela 10: <i>Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas com cuidador informal</i>	62
Tabela 11: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo os principais acontecimentos de vida</i>	64
Tabela 12: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo os grupos de patologias</i>	66
Tabela 13: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a polimedicação</i>	67
Tabela 14: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo as admissões hospitalares nos últimos 3 anos</i>	68
Tabela 15: <i>Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas segundo o motivo das admissões hospitalares</i>	69
Tabela 16: <i>Distribuição numérica e percentual da amostra segundo as necessidades e prioridades referidas</i>	70
Tabela 17: <i>Estatísticas gerais da amostra em relação à pontuação de dependência, ao risco de falha do autocuidado, risco de quedas e risco de depressão</i>	77
Tabela 18: <i>Resultado dos coeficientes de assimetria e curtose das variáveis pontuação de dependência e sexo das pessoas idosas</i>	79
Tabela 19: <i>Distribuição da pontuação de dependência segundo o sexo</i>	79
Tabela 20: <i>Distribuição numérica e percentual da população segundo o risco de quedas e a idade</i>	80

Tabela 21: <i>Distribuição das pessoas idosas segundo o risco de quedas e o sexo</i>	81
Tabela 22: <i>Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose das variáveis risco de depressão e idade das pessoas idosas</i>	82
Tabela 23: <i>Resultado do teste estatístico para a relação risco de depressão e sexo</i>	83
Tabela 24: <i>Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose das variáveis risco de falha do autocuidado e idade das pessoas idosas</i>	85
Tabela 25: <i>Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose das variáveis risco de falha no autocuidado e sexo das pessoas idosas</i>	86
Tabela 26: <i>Resultado do teste estatístico para a relação risco de quedas e polimedicação</i>	87
Tabela 27: <i>Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo o estado civil</i>	90
Tabela 28: <i>Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo a etapa do ciclo de vida da família</i>	90
Tabela 29: <i>Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo a escolaridade</i>	91
Tabela 30: <i>Distribuição numérica e percentual dos cuidadores informais segundo a relação de parentesco com a pessoa idosa</i>	92
Tabela 31: <i>Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo o período de tempo de prestação de cuidados</i>	93
Tabela 32: <i>Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo o tempo de cuidado</i>	93
Tabela 33: <i>Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo o apoio na prestação de cuidados</i>	95
Tabela 34: <i>Distribuição numérica e percentual dos cuidadores informais segundo a formação na área da geriatria</i>	95

ABREVIATURAS

Et alii (e outros)	<i>et al.</i>
Edição	ed.
Ibidem (no mesmo lugar)	<i>ibid.</i>
Idem (O mesmo)	<i>id.</i>
Número	n.º ou num.
Não significativo	n. s.
Página	p.
Páginas	pp. ou págs.
Volume	<i>vol.</i>

ACRÓNIMOS

ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diárias
CEPCEP	Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSIF	Comissão Social Inter-Freguesias
DGS	Direção-Geral da Saúde
EPS	Educação para a Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
RIMAS	Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	<i>World Health Organization</i>

SIGLAS

CS	Centro de Saúde
CSB	Centro de Saúde de Barroselas
CSP	Cuidados de Saúde Primários
MTSS	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
OE	Ordem dos Enfermeiros
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

INTRODUÇÃO

O progresso tecnológico, a melhoria substancial das condições de vida e da saúde conduziram nas últimas décadas, ao envelhecimento da população mundial relacionado com o aumento da esperança média de vida e com a diminuição da taxa de natalidade.

Este fenómeno do duplo envelhecimento potenciou o crescente interesse pelas questões da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas, dado que o prolongamento da vida não é garantia de um envelhecimento com qualidade. Atualmente, o debate desta problemática centra-se, entre outras questões, nas políticas de saúde que visam o planeamento numa lógica de intervenção prospetiva baseada nas necessidades dos indivíduos, tendo em conta as suas perceções e as dos parceiros comunitários.

Já muito se tem escrito sobre a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas no entanto, dado que o processo de envelhecimento é caracterizado por uma grande variabilidade individual, importa conhecer especificamente as perceções do grupo de pessoas idosas alvo dos nossos cuidados. Deste modo, a identificação dos fatores que determinam a qualidade de vida e bem-estar dos idosos constituem um precioso auxiliar no processo de tomada de decisão e na implementação de políticas direcionadas para as necessidades específicas de cada grupo e de cada comunidade.

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2012) ser idoso é o novo padrão dado que o grupo populacional com crescimento mais rápido é o das pessoas com mais de 65 anos. Estima-se que em 2050 haja 2 biliões de pessoas idosas no mundo, o que significa que o número de pessoas com mais de 60 anos será superior ao número de crianças menores que 5 anos.

Portugal não é exceção e, tal como outros países industrializados da Europa, confronta-se desde há alguns anos com sérias alterações demográficas, relacionadas com a diminuição da população e o envelhecimento desprotegido. Segundo Carneiro [et al.] (2012, p, 14) no Relatório Final do Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (CEPCEP) *“Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. (...) Esta dinâmica populacional aponta para uma transição demográfica sem precedentes na história.”*

Isto pode ser comprovado com dados dos últimos Censos do Instituto Nacional de Estatística (INE) (Portugal, INE, 2011), onde se verifica um aumento na percentagem de idosos de cerca de 11% em 2001, para cerca de 19% em 2011. De salientar que 46,8% do total de idosos têm 75 ou mais anos. De facto, de acordo com a mesma fonte, verifica-se um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado no nosso país, com

uma proporção de idosos 7% superior à de jovens com 14 e menos anos, e uma esperança média de vida à nascença de 79,2 anos. Isto traduz-se num índice de envelhecimento da população de 131%, o que significa que por cada 100 jovens existem 131 idosos.

De acordo com dados do Perfil Local de Saúde 2014 (Portugal, ARS Norte, I.P, 2014), o distrito de Viana do Castelo ou seja, a área de abrangência da Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, E.P.E. (ULSAM), possui um cenário mais preocupante com um índice de envelhecimento de 177,3%.

Para além disto, os idosos são hoje mais dependentes, dado que se verificou nos últimos dez anos um agravamento do índice de dependência de 26 para 30 idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa (Portugal, INE, 2011).

O concelho de Viana do Castelo enfrenta igualmente um grave problema de envelhecimento demográfico, com uma população constituída por 17335 idosos (Portugal, INE, 2011), sendo que 8024 têm 75 e mais anos. Atualmente, o número de idosos é superior ao número de jovens, em comparação com os valores médios verificados no país e na região norte, verificando-se um índice de envelhecimento de 141,3% no concelho de Viana do Castelo.

Envelhecer nos dias de hoje já não significa apenas viver mais anos, mas sim envelhecer com boa saúde, com a máxima qualidade de vida e bem-estar (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2012). É da responsabilidade dos serviços de saúde o objetivo primordial de melhorar o nível de saúde das populações, prestando cuidados de qualidade através do desenvolvimento de uma prática globalizante centrada nos indivíduos, famílias e comunidades, e nas suas necessidades e potencialidades/ recursos.

As alterações provocadas pelo envelhecimento são progressivas e a sua evolução é variável no entanto, estas conduzem a uma diminuição da qualidade de vida e do bem-estar e da autonomia dos idosos na realização das suas AVD. Isto condiciona não só o dia a dia do idoso, mas acarreta igualmente repercussões a nível da família como sistema, pois a perda de capacidades relacionadas com o autocuidado afeta toda a dinâmica familiar, nomeadamente no que diz respeito à aquisição de novos papéis, como o de cuidador e o de recetor de cuidados.

Para Schumacher e Meleis (1994), citados por Zagonel (1999, p. 25), as mudanças dos padrões de vida das pessoas são designadas transições. Estas consistem em

“mudanças muitas vezes dramáticas que estão atraindo a atenção para que os profissionais, especialmente o enfermeiro, desenvolvam novas perspetivas, reflexão e criatividade para a realidade presente, conduzindo a uma revisão na mentalidade e nos valores sociais”.

É precisamente nestes períodos de transição que, no processo de desenvolvimento familiar, os indivíduos vivenciam maior instabilidade e stress que potenciam o surgimento de ruturas no ciclo vital da família.

O processo de envelhecimento, como evento de transição no ciclo de vida familiar constitui, assim, um grande desafio para as famílias, nomeadamente para os cuidadores informais, para os serviços de saúde e para os seus parceiros na comunidade, tendo em conta que a finalidade é a prestação de cuidados de saúde capazes de assegurar o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prevenindo a sobrecarga de quem cuida.

Para tal, torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos que visem alargar o conhecimento sobre este grupo da população, possuidor de uma grande riqueza em saberes, memórias e aprendizagens que constituem o nosso legado enquanto seus descendentes e futuros idosos. Desta forma, a análise desta problemática tendo por base uma intervenção direcionada para a forma como cada família vivencia os processos de transição, possibilita aos enfermeiros a prestação de cuidados sob uma perspetiva inovadora e centrada nas reais necessidades das pessoas idosas e dos seus cuidadores informais.

Neste âmbito, o envolvimento dos líderes comunitários é fundamental para a tomada de decisões de saúde dado que estes, para além do maior conhecimento das necessidades e potencialidades da comunidade, têm influência e capacidade para mobilizar os indivíduos e as suas famílias nos processos de mudança.

Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, potenciar recursos e desenvolver estratégias para melhorar as respostas aos problemas das pessoas idosas. Para tal, como referem Sousa, Galante e Figueiredo (2003, p.365) *“a obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, é um dado que pode ser fundamental para dinamizar medidas adequadas a essa população (...)”*. É, portanto, pertinente a obtenção de informação que permita um adequado e rigoroso diagnóstico de situação, de forma a promover a planificação e execução de medidas adequadas para a prestação de cuidados personalizados, direcionados para as necessidades efetivas deste grupo etário, promovendo assim o seu envelhecimento ativo.

De facto, cada vez mais a medição dos estados de saúde das populações é imprescindível para uma boa prática se se procuram mobilizar parceiros, rentabilizar recursos e alcançar objetivos suscetíveis de uma correta avaliação.

Tendo em conta todos estes pressupostos, e motivadas por questões pessoais e profissionais, surgiu este estudo, realizado no âmbito da dissertação de mestrado do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, intitulado **“Saúde dos Idosos: Polifonia de Vozes”**. O seu principal objetivo consistiu em analisar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas de três freguesias do concelho de Viana do Castelo, sob diferentes perspetivas, com a finalidade de contribuir para a melhoria da prestação de cuidados.

O presente estudo foi realizado em três freguesias do concelho de Viana do Castelo, designadamente Carvoeiro, Mujães e Portela Susã, da área de abrangência do Centro de Saúde de Barroselas (CSB), e incidiu sobre as pessoas idosas com 75 e mais anos, seus cuidadores informais e os líderes comunitários das referidas freguesias.

Tratou-se de um estudo descritivo, correlacional, transversal, cuja metodologia se centrou numa abordagem predominantemente quantitativa. Para o estudo da perceção dos líderes comunitários recorreu-se a uma abordagem de natureza qualitativa.

Esta dissertação foi organizada em três partes, estruturadas de forma a facilitar a sua leitura e, ao mesmo tempo, proporcionar uma melhor compreensão da forma como o estudo se desenvolveu: Parte I – Conceções Estruturantes da Pesquisa; Parte II – Trabalho Empírico e Sugestões, Limites do Estudo e Conclusão.

Na Parte I faz-se um breve enquadramento teórico da problemática, o qual resultou da pesquisa bibliográfica realizada, fundamental para se perceber qual o estado atual dos conhecimentos existentes na área, e na qual se procurou realizar uma abordagem dos principais conceitos orientadores deste estudo nomeadamente o envelhecimento, a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas, o envelhecimento ativo e bem-sucedido, a importância da medição em saúde e das parcerias na comunidade, e a sobrecarga dos cuidadores informais.

Na Parte II, descreve-se todo o trabalho empírico desde as opções metodológicas até à apresentação, análise e discussão dos resultados.

No final apresentam-se as sugestões, limites do estudo e as principais conclusões.

Esperamos que a leitura desta dissertação permita a compreensão clara de todo o trabalho desenvolvido ao longo deste estudo, bem como dos seus resultados.

PARTE I – CONCEÇÕES ESTRUTURANTES DA PESQUISA

A revisão da literatura ou enquadramento teórico pressupõe a clarificação de conceitos fundamentais para o desenvolvimento e compreensão da problemática em estudo. Tal como refere Bento (2012, p.1) esta fase da investigação

“é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento”.

A investigação em Enfermagem deve ser um reflexo das necessidades específicas da profissão e deve procurar esclarecer fenómenos com a finalidade de os compreender, utilizando posteriormente os resultados para melhorar a prática. Assim, dado que a problemática deste estudo é a **“Saúde dos Idosos: Qualidade de vida e bem-estar”**, considerou-se pertinente a abordagem teórica de alguns conceitos inerentes ao estudo, nomeadamente envelhecimento, qualidade de vida, bem-estar, envelhecimento ativo e envelhecimento bem-sucedido.

Colocando-se o enfoque na maximização da qualidade dos cuidados de saúde e de enfermagem prestados às pessoas idosas, numa lógica de proximidade e de centralidade no cidadão, a medição em saúde, como apoio à decisão, a partir da perspetiva dos próprios e dos cuidadores informais, bem como o envolvimento das parcerias comunitárias no processo de cuidar, constituem aspetos estruturantes da pesquisa.

Capítulo Um

ENVELHECIMENTO, QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR

O processo natural e progressivo de degeneração do ser humano, ou senescência, conduz à perda da capacidade funcional do organismo e ao surgimento de diversas patologias.

Estas alterações normais do processo de envelhecimento acarretam, de forma mais ou menos evidente, alterações a nível físico, psicológico e social, bem como aumento da dependência de terceiros para a satisfação de necessidades básicas do dia a dia. No entanto, é no decorrer deste período da vida que os indivíduos têm maior disponibilidade de tempo e possibilidade de desfrutar do seu tempo livre dedicando-se à família e ao lazer. Por outro lado, os conhecimentos e a experiência adquirida ao longo da vida, aliados ao envelhecimento ativo, conferem às pessoas idosas capacidades para desenvolver as suas potencialidades no seu contexto familiar e social (Ferreira [et al.], 2010).

As alterações na funcionalidade dos idosos condicionam a sua qualidade de vida e bem-estar e a forma como estes vivenciam o seu processo de envelhecimento, é única e dependente de múltiplos fatores.

1- O ENVELHECIMENTO COMO FENÓMENO MULTIFATORIAL

A velhice é uma fase da vida inerente a qualquer ser humano, embora atualmente não exista uma definição consensual para o conceito de envelhecimento. No entanto, este pode ser definido como um fenómeno caracterizado por um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem ao longo da vida e fazem parte do seu ciclo natural.

Há muito que o ser humano se preocupa com o processo de envelhecimento, sendo que alguns autores o caracterizam pela diminuição geral das capacidades da vida diária e pela crescente dependência e outros, pela fase da vida em que se atinge o auge “*da sabedoria, bom senso e serenidade*” (Fechine e Trompieri, 2012, p.107).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (CIPE 1.0, 2006, p.53) define envelhecimento como um

“[p]rocesso de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice, de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando a perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras, perda de pêlos e pele fina e enrugada”.

De acordo com Moniz (2003, p.39), *“a concepção da pessoa idosa resulta da fixação de uma idade cronológica que são os 65 anos”* assim, a partir desta idade definida pela OMS, um indivíduo é considerado idoso. Nesta fase do ciclo de vida, podem observar-se diversas alterações físicas, psicológicas e sociais debilitantes, das quais se destacam a diminuição da capacidade funcional, trabalho e resistência, solidão, calvície, perda dos papéis sociais, alterações motoras, afetivas e perda de memória.

O envelhecimento humano implica uma série de alterações em várias estruturas, tal como refere a Direção-Geral da Saúde (DGS) (Portugal, DGS, 2006, p.5), ele *“pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”.*

O envelhecimento biológico implica várias alterações fisiológicas ao nível do sistema cardíaco (diminuição da capacidade do coração e da resistência vascular), do sistema respiratório (diminuição da função pulmonar), do sistema músculo-esquelético (diminuição no comprimento, elasticidade e número de fibras, perda de massa muscular e osteoporose) e do sistema nervoso (redução no número de neurónios, redução na velocidade de condução nervosa, redução da intensidade dos reflexos, restrição das respostas motoras, do poder de reação e da capacidade de coordenação) (Fechine e Trompieri, 2012).

As alterações fisiológicas relacionadas com o sistema músculo-esquelético são aquelas que causam mais limitações ao idoso dado que podem evoluir para quadros patológicos que influenciam negativamente a qualidade de vida e bem-estar, na medida em que provocam diminuição da capacidade de mobilidade e dor e são potenciadoras da possibilidade de quedas. Estudos comprovam que a falta de exercício físico ou a inatividade física associada ao envelhecimento são fatores que potenciam o agravamento destas patologias. Assim, como referem Pereira, Teixeira e Etchpare (2006, p.1),

“por se tratar de um sistema intimamente ligado às necessidades de locomoção e sustentação e por conseguinte à autonomia e qualidade de vida de todas as pessoas em especial dos idosos, deve-se resguardar suas funções com um estilo de vida mais ativo e saudável”.

Para além das alterações a nível físico, o envelhecimento provoca também declínio no funcionamento cognitivo. Contudo, este *“varia quanto ao início e progressão, pois*

depende de factores como educações, saúde, personalidade, nível intelectual global, capacidade mental específica, entre outros” (Fechine e Trompieri, 2012, p.126). Pode assim ser provocado pela falta de estímulo, por doenças como a depressão, por fatores comportamentais como o consumo de álcool e medicamentos, por fatores psicológicos como a falta de motivação, de confiança e baixas expectativas, e por fatores sociais como a solidão e o isolamento, e não apenas pelo envelhecimento em si.

Alguns autores defendem que o envelhecimento psicológico e social pode ser prevenido através do exercício físico e da manutenção de um estilo de vida ativo. Cress [et al.] (1999), citado por Fechine e Trompieri (2012, p.126), corroborando da mesma opinião afirmam que o *“idoso que ao longo da vida se mantêm ativo apresenta ganhos para a sua saúde, beneficiando-se com melhoras no campo do bem-estar psicológico e da qualidade de vida”*. Isto implica um reaprender do papel do idoso na sociedade e, se este processo for acompanhado por inatividade física e social, conduz a uma perda progressiva de autonomia e de independência, com conseqüente diminuição da qualidade de vida. Por outro lado, um idoso com um estilo de vida ativo, terá maior qualidade de vida que se refletirá em níveis mais elevados de bem-estar, autoestima, sensação de autoeficácia, menor ansiedade e depressão.

Em suma, as alterações associadas ao processo de envelhecimento consistem em *“perda progressiva das capacidades do corpo; não renovação das capacidades perdidas; transformação dos processos sensoriais, perceptivos, cognitivos e afectivos; mudança no autoconceito; alteração do seu papel social; perda progressiva da autonomia”* (Fernandes, 2007, p.21).

O envelhecimento, com todas as alterações inerentes é, acima de tudo, um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligado intimamente a múltiplos fatores, que determinam a perda gradual da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que limitam funcionalmente o idoso.

A forma como cada indivíduo envelhece e vivencia este processo é, pois, única. Algumas previsões podem ser feitas relativamente às mudanças que ocorrem nos órgãos porém, não existem dois indivíduos que envelheçam de forma idêntica pois as alterações decorrentes do envelhecimento são variáveis e dependentes de diversos fatores como o estilo de vida, as condições socioeconômicas e as doenças crônicas associadas (Fechine e Trompieri, 2012).

Tendo em conta todas as alterações do envelhecimento e as suas repercussões a nível pessoal, familiar e social, cada vez mais se enfatiza a importância do envelhecimento ativo, como determinante para a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

1.1 - O ENVELHECIMENTO ATIVO E SEUS DETERMINANTES

Envelhecer com saúde e autonomia, o maior tempo possível, é um dos grandes desafios das sociedades de hoje que apela à responsabilidade individual e coletiva, nomeadamente dos serviços de saúde pois, de acordo com o mesmo autor *“as políticas e programas que promovem a saúde mental e as relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas da saúde”* (Fechine e Trompieri, 2012, p. 42).

A OMS desenvolveu, em 2002, o conceito de envelhecimento ativo, aplicável a todos os indivíduos e populações no sentido de promover a noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva, potenciadora do bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, com a participação do indivíduo na sociedade, de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades.

De acordo com a mesma fonte, o envelhecimento ativo *“é o processo de optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objectivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”* (WHO, 2002, p. 12). Este permite aos indivíduos perceberem qual o seu potencial social e de saúde, de forma a facilitar a sua participação na vida das sociedades e *“aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas, inclusive as que estão frágeis, fisicamente incapacitadas e requerem cuidados”* (Ivo, 2008, p.41).

A promoção do envelhecimento ativo é um dos grandes desafios da atualidade. Neste âmbito, Fonseca (2007) afirma que a participação, a saúde e a autonomia devem ser conceitos presentes quando se fala de envelhecimento ativo. Este conceito deve ser trabalhado com os indivíduos ainda durante a idade adulta para que, quando idosos, estes sejam capazes de continuar a ser independentes e a contribuir de forma ativa na vida familiar e na vida da sua comunidade (Fechine e Trompieri, 2012).

Cada vez mais se reconhece a necessidade e a importância da promoção do envelhecimento ativo destacando-se como prioridades, neste âmbito, *“a relação entre pobreza e saúde; o impacto da situação socioeconómica no envelhecimento; a redução da dependência e da discriminação em relação a todas as idades; e a proteção social”*, com o objetivo de que todos os idosos desfrutem ao máximo da sua vida e maximizem a

sua saúde física e mental alcançando, desta forma, níveis de saúde mais elevados Carneiro [et al.] (2012, p.14).

A OMS, na IIª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2005) defendeu a existência de alguns fatores determinantes a ter em conta na promoção do envelhecimento ativos tais como a cultura, o género, os fatores relacionados com os sistemas de saúde e o serviço social, os fatores comportamentais, os fatores relacionados com o ambiente físico e com o ambiente social onde os idosos se encontram inseridos, e os fatores económicos.

A cultura influencia o envelhecimento ativo na medida em que determina a forma como cada pessoa idosa encara o seu próprio processo de envelhecimento, tendo em conta as características da sociedade em que está inserida. Por seu lado, as diferenças de género potenciam a suscetibilidade a determinados problemas de saúde, dado que algumas patologias apresentam maior incidência no sexo feminino do que no sexo masculino, e vice-versa.

Os fatores relacionados com os sistemas de saúde e o serviço social também contribuem de forma positiva ou negativa para o envelhecimento ativo pois, para que este possa ser promovido é necessária uma perspetiva global que vise a promoção da saúde, a prevenção de doenças e o igual acesso aos cuidados de saúde.

Um dos mitos relacionados com o envelhecimento é que é tarde demais para a adoção de estilos de vida saudáveis no entanto, os fatores comportamentais como a prática de exercício físico, a alimentação saudável, a cessação de hábitos tabágicos e do consumo de álcool, são determinantes para a promoção do envelhecimento ativo.

A participação no cuidado da própria saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis é fundamental em todos os estágios da vida, dado que aumentam a longevidade e a qualidade dos anos vividos.

Em suma, uma vida ativa melhora a saúde física e mental e promove o contacto social com os outros e com os grupos da comunidade. Segundo Carneiro [et al.] (2012, p.18) *“[a] satisfação na vida e a felicidade estão positivamente correlacionadas com a participação social, destacando-se como efeitos os contactos sociais regulares”* pelo que a participação do idoso em atividades da comunidade deve ser incentivada.

Os fatores relacionados com o ambiente físico podem fazer a diferença entre a dependência e a independência nos idosos, pois aqueles que habitam em locais com múltiplas barreiras físicas e arquitetónicas estão mais suscetíveis ao isolamento social e, conseqüentemente, à depressão.

Em algumas áreas rurais, por exemplo, escasseiam os meios de transporte e existe menor proximidade de bens e serviços, comprometendo o dia a dia do idoso na sua acessibilidade, o que nos pode levar a concluir que os idosos que residem em meios urbanos apresentam menor risco de isolamento social e de perda de autonomia na gestão de tarefas como a ida às compras, à farmácia, aos serviços de saúde, entre outros.

No entanto, o meio rural proporciona aos idosos a manutenção de um estilo de vida ativo, na medida em que lhes permite dar continuidade à ocupação que tinham anteriormente à reforma, e que em muitos casos consistia na agricultura ou em certas artes e ofícios que estes muitas vezes mantêm. Este fator, aliado à proximidade da família e às relações de vizinhança, é determinante para um envelhecimento com qualidade.

Fonseca [et al.] (2005), num estudo de avaliação da satisfação e qualidade de vida em idosos do meio rural e de idosos do meio urbano, verificaram que os idosos do meio rural apresentavam uma percepção mais positiva da saúde e um maior nível de autonomia, mantendo, na maior parte das vezes, a mesma atividade que tinham antes da reforma ou seja, a agricultura.

Anes [et al.] (2012, p.1), num estudo comparativo de avaliação da qualidade de vida enquanto percepção individual em idosos residentes no meio rural e no meio urbano, concluíram que *“[s]ão os idosos residentes no meio rural, aqueles que apresentam melhores pontuações de qualidade de vida. Tanto no que respeita ao desempenho físico como no desempenho mental”*.

As barreiras arquitetónicas da residência e do meio envolvente são também determinantes para a qualidade de vida e bem-estar dos idosos, na medida em que podem comprometer o acesso destes ao exterior da habitação e conduzi-los a uma situação de afastamento social e solidão. Por outro lado, uma casa sem condições básicas como luz elétrica, casa de banho, saneamento, água quente canalizada, aquecimento e boa higiene, também influencia os níveis de qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

O ambiente social, traduzido no apoio social ao idoso bem como nas oportunidades de educação e proteção, são essenciais para a promoção do envelhecimento ativo pois estimulam a saúde, a participação na sociedade e a segurança, à medida que as pessoas envelhecem.

De acordo com Anes [et al.] (2012, p.1) no meio rural *“a presença contínua de familiares ou vizinhos, constituem fatores determinantes do envelhecimento com qualidade”*, o que torna os idosos residentes no meio rural menos suscetíveis à solidão.

Por último, os fatores económicos têm um efeito particularmente relevante sobre o envelhecimento ativo pois, sem recursos, os idosos não podem fazer face às despesas fundamentais e básicas como a habitação, a alimentação e a saúde. Carneiro [et al.] (2012, p.74), no relatório final do CEPCEP sobre o envelhecimento da população, referem que “[e]m Portugal, a população idosa é um dos grupos mais desfavorecidos em termos económicos” pois auferem rendimentos inferiores à maioria da população ativa, sendo que a falta de rendimentos é um dos fatores de risco para os idosos.

Todos estes fatores são determinantes para a promoção do envelhecimento ativo e, conseqüentemente contribuem para a melhoria ou diminuição dos níveis de qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas. Assim sendo, o conceito de envelhecimento ativo não pode ser dissociado dos conceitos de qualidade de vida e de bem-estar.

1.2 - QUALIDADE DE VIDA, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO

A qualidade de vida dos idosos e as condições que a promovem são questões cada vez mais estudadas por variadíssimas áreas da ciência. Existe uma multiplicidade de variáveis inerentes à promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, tendo as mesmas diferente impacto no seu bem-estar (Ribeiro, 2011).

O termo qualidade de vida surge, tal como já foi referido, associado ao conceito de envelhecimento ativo, sendo definido pela OMS (2005, p.42) como:

“a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas crenças e a sua relação com características proeminentes no ambiente”.

O conceito de saúde surge associado ao conceito de qualidade de vida, dado que esta desempenha um papel fundamental no desenvolvimento do processo de envelhecimento e na forma como cada pessoa idosa o vivencia.

Apesar da heterogeneidade que caracteriza o envelhecimento, “a saúde, real e percebida, é para a generalidade dos idosos um aspecto fundamental quando se equaciona a respectiva qualidade de vida”, ao ponto destes referirem frequentemente os problemas de saúde nas entrevistas e consultas de saúde (Fonseca e Paúl, 2008, p. 32).

De facto, a ausência de saúde pode significar sofrimento e aumento da dependência de terceiros, com conseqüente diminuição dos níveis de bem-estar e da qualidade de vida.

De acordo com Fonseca (2007), envelhecer com qualidade de vida

“só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto socio-cultural, integrando a sua vida actual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas”.

Assim, as diferenças individuais, socioculturais e ambientais são determinantes para a percepção que cada idoso tem da sua própria qualidade de vida.

Fonseca (2007), num estudo realizado acerca do envelhecimento em Portugal, constatou que o sentimento de resignação para com a vida e com o destino é bastante comum nos idosos portugueses e que, a par de uma profunda devoção religiosa, este define o perfil dos indivíduos cujo envelhecimento é bem-sucedido.

Assim, o conceito de qualidade de vida como percepção individual pode ter múltiplas definições no entanto, e segundo Fonseca (2007), existem alguns aspetos que são determinantes para a qualidade de vida dos idosos, nomeadamente as condições económicas, a saúde física e mental e a rede social de apoio. (Idem, 2007).

Um estudo realizado pela Fundação MacArthur (1984-1998), citado por Fonseca (2007), salienta também três condições necessárias para um envelhecimento com qualidade, designadamente a manutenção de estilos de vida saudáveis que reduzam o risco de doença, a manutenção de um funcionamento físico e mental elevados e a manutenção de uma vida ativa. O mesmo autor refere a existência de indicadores de qualidade de vida associados ao envelhecimento, definidos por Castellón (1998-2003), citado por Fonseca (2007), tais como *“autonomia, actividade, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade, relações pessoais”*. Deste modo, o conceito de qualidade de vida tem tanto de abrangente como de subjetivo.

Para Carneiro [et al.] (2012, p.18) *“a qualidade de vida, na ótica do bem estar ou da satisfação com a vida, inclui um alargado espectro de áreas da vida e vários domínios como, a saúde, o trabalho, a família, a qualidade da habitação, a vizinhança e a economia.”* Isto revela a heterogeneidade e a larga amplitude do conceito.

Para Paschoal (2004), citado por Ribeiro (2011, p.23), qualidade de vida na velhice *“é a percepção de bem estar de uma pessoa, a partir da avaliação do quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e do grau de satisfação com o que foi possível concretizar até aquele momento”*.

O conceito de qualidade de vida também pode ser aplicado à saúde, onde ele se apresenta como *“um subconjunto dos aspectos de qualidade de vida relacionados, na existência individual, com o domínio da saúde”* (Ferreira, 1998, p.17), sendo este bastante valorizado pelos idosos, quando as alterações relacionadas com o surgimento de determinadas patologias ameaçam o seu bem-estar.

O conceito de bem-estar surge, assim, associado ao conceito de qualidade de vida e, de acordo com Sousa [et al.] (2003), já não se traduz apenas na disponibilidade de bens materiais e no acesso a serviços mas relaciona-se, também, com a segurança, a dignidade, o alcance de objetivos e a satisfação com a vida.

As mesmas autoras (Idem, p.364), num estudo de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos do ponto de vista dos próprios, realizado com 1665 idosos com 75 anos ou mais, residentes em 13 distritos de Portugal, concluiu que “[a] qualidade de vida, para a maioria dos idosos, pode ser considerada bastante positiva, sendo que uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou algum grau de dependência”.

Para estas autoras, este tipo de estudos, cujo objetivo é conhecer a perceção individual dos idosos acerca da sua qualidade de vida e bem-estar, são fundamentais para que se planifiquem medidas adequadas à população idosa, com vista à promoção do envelhecimento bem-sucedido. Isto porque

“[a]s teorias do envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como pro-activo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar” (Idem, p.365).

Deste modo, para que se verifique um envelhecimento bem-sucedido, os conceitos de qualidade de vida e bem-estar devem estar presentes ao longo de toda a vida adulta, tendo em conta a singularidade de cada indivíduo.

O conceito de envelhecimento bem-sucedido foi introduzido numa perspetiva salutogénica na qual se realça a importância da saúde e do ajustamento psicológico como principal critério para que envelhecer bem seja uma realidade (Fonseca e Pául, 2008).

Não existe uma definição consensual para envelhecimento bem-sucedido sendo este muitas vezes designado por envelhecimento ativo numa tentativa de, segundo Teixeira e Neri (2008, p.81) “*explicar o processo de envelhecer bem*”.

Estas autoras enfatizam a subjetividade do conceito dado que este, tal como os conceitos de envelhecimento ativo, qualidade de vida e bem-estar, está dependente da individualidade e das diferenças socioculturais pois

“[e]nvelhecer bem envolve múltiplos fatores, incluindo individuais, psicológicos, biológicos e sociais. (...) O envelhecimento bem-sucedido assemelha-se a um princípio organizacional que pode ser alcançado estabelecendo-se metas pessoais realistas no curso de vida” (Idem, p.81).

Envelhecer bem é um processo complexo e heterogêneo dado que cada indivíduo vive num contexto singular e chega à velhice com uma experiência de vida recheada de vivências muito próprias.

Os idosos de hoje são mais exigentes quanto às expectativas que colocam para o fim da vida e buscam, cada vez mais, um envelhecimento com qualidade e bem-estar. Este deve ser fomentado de modo a que o idoso seja capaz de gerir as suas capacidades e recursos, potenciando-os ao máximo.

Para que um projeto de envelhecimento bem-sucedido seja eficaz e contemple os conceitos de qualidade de vida e de bem-estar, as políticas e programas que promovem a saúde mental, social e física são fundamentais, devendo, para tal, ter-se em conta as reais necessidades dos indivíduos, através da metodologia do planeamento em saúde e da medição adequada da saúde das populações.

As políticas de saúde sempre deram maior ênfase ao controlo da morbilidade e da mortalidade no entanto, recentemente, de acordo com Fleck (2000), citado por Tamai (2010, p.15), tem-se verificado uma crescente preocupação com “*a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção da saúde e medida de disfunção/ status funcional*”, o que tem conduzido a gestão dos serviços de saúde para uma nova dimensão da prestação de cuidados mais individualizados e focados nas reais necessidades dos utentes.

Capítulo Dois

A MEDIÇÃO COMO ESTRUTURANTE DA DECISÃO EM SAÚDE

A avaliação de medidas de percepção da saúde, como a qualidade de vida e o bem-estar, tem-se revelado fundamental no processo de intervenção em saúde, na medida em que se pretende o desenvolvimento efetivo de estratégias que potenciem comportamentos promotores de saúde adequados à realidade das populações, em resultado da sua participação ativa e concertada com outros atores sociais para além dos profissionais da área. Aliás, o próprio conceito de saúde da Ordem dos Enfermeiros (OE) remete-nos também, quer para um processo participado quer para a dimensão subjetiva, ao afirmar que

“saúde é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjectivo; portanto, não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. Neste contexto, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural” (Conselho de Enfermagem, 2001, p3).

Assim, a intervenção em saúde terá que passar inevitavelmente pela medição de diferentes perspetivas e dimensões. A avaliação de medidas de percepção da saúde, como a qualidade de vida e o bem-estar, tem-se revelado fundamental no planeamento em saúde quando se pretende o desenvolvimento de estratégias de intervenção que potenciem comportamentos promotores de saúde adequados à realidade das populações, tal como refere McElhone (2006), citado por Almeida (2013, p. 6),

“[a]valiar a qualidade de vida relacionada com a saúde consagra aos doentes a oportunidade de participar plenamente no seu tratamento, proporcionando uma melhor comunicação com a equipa multidisciplinar de profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados”.

Nesta linha de pensamento, a medição em saúde está cada vez mais presente na intervenção nesta área, dada a sua importância para a tomada de decisões determinantes para a melhoria dos níveis de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

É neste sentido que, de seguida, nos propomos visitar algumas noções de medição em saúde problematizando a sua articulação com as principais conceções norteadoras da nossa pesquisa.

2.1 - A MEDIÇÃO EM SAÚDE

O conceito de saúde é, ainda hoje, ambíguo e carece de uma definição clara dado que, e de acordo com Ferreira (1998), pode ser definido sob diferentes perspetivas, as dos profissionais de saúde e as dos utentes que, em algum momento da vida, são alvo de cuidados mas que na sua maioria não estão profissionalmente ligados à área da saúde.

Segundo o mesmo autor *“[a]mbas as perspetivas, embora competindo, coexistem e trocam informação entre si. As próprias percepções populares são por vezes usadas pelos profissionais de saúde como apoio às tomadas de decisão”* (Idem, p.13). É esta segunda perspetiva que, na opinião de um número cada vez maior de autores, tem interesse quando se pretende avaliar resultados e parâmetros relacionados com a saúde *“com base na forma como afectam a sua funcionalidade ou o seu bem-estar, e satisfazem as suas expectativas e necessidades”* (Geigle e Jones, 1990, citado por Ferreira, 1998, p.8).

Nos últimos anos, a importância da medição em saúde tem sido discutida pela comunidade científica e pelas equipas de gestão dos cuidados de saúde como uma mais-valia para a caracterização do estado de saúde das populações e para a avaliação do impacto das medidas políticas no âmbito da mesma. Por outro lado, constitui um apoio sólido à tomada de decisão por parte dos profissionais no âmbito dos diferentes níveis de intervenção, nomeadamente em termos de prestação direta de cuidados.

A adequação das práticas de cuidados às necessidades implica um pensar global, mas também um agir local tendo em conta o contexto, as suas especificidades e potencialidades. De facto, a forma como os cuidados de saúde estavam a ser geridos alterou-se. É neste sentido que Ferreira (1999, p.23) refere que

“[a]ctualmente, a discussão em torno da medição de resultados em saúde abrange não só indicadores tradicionais como as taxas de mortalidade e de morbilidade mas também a medição dos valores e das preferências dos indivíduos relativamente ao seu estado de saúde e à sua qualidade de vida”.

Ora isto consiste numa evolução dos objetivos da medição em saúde dado que, até meados do século passado, estes se centravam apenas *“na detecção da presença ou ausência de estados negativos de saúde, de limitações funcionais, de sintomas de doença e da existência de problemas agudos e crónicos”* (Kaplan, 1989, citado por Ferreira, 1998, p.9).

Apenas na segunda metade do século XX surgiu a necessidade de medir conceitos como o bem-estar, o desempenho e a funcionalidade (Ferreira, 1998). Mais recentemente ainda, estas questões deixaram de preocupar não só os investigadores provenientes das ciências sociais, mas passaram também a fazer parte das preocupações da classe

política e dos gestores dos cuidados de saúde, quando se procurou o alcance de resultados de saúde centrados nas percepções dos recetores de cuidados (Ferreira, 1998).

Em verdade, e de acordo com o mesmo autor “[t]er uma vida mais efectiva e preservar a função e o bem-estar começam a ser as metas a atingir pelos vários actores da prestação de cuidados em saúde” (Idem, p.10) dos quais se destacam o utente e os profissionais envolvidos em decisões, como a alocação de recursos e a implementação de programas e projetos capazes de responder às necessidades dos utentes.

2.2 - CONTRIBUTOS DA MEDIÇÃO NA DECISÃO EM SAÚDE

A crescente necessidade de cuidados de saúde da população idosa tem constituído fonte de preocupação política e uma das grandes prioridades dos governos. No entanto, a atual situação de crise económica e as consequentes restrições relacionadas com o Programa de Assistência Financeira, têm tido um efeito negativo não só no rendimento mensal das famílias mas também nas políticas de saúde, designadamente as relacionadas com as pessoas idosas. Com esta conjuntura, a questão da medição em saúde reveste-se ainda de maior sentido dado que a preocupação da gestão de recursos deve ser tanto maior, quanta a escassez dos mesmos. Assim,

“é fulcral a definição e medição de consequências, por forma a que os decisores as possam utilizar em comparações entre diferentes programas de saúde que poderão ter impactos díspares sobre diferentes aspectos da saúde das populações” (Ferreira, 2008, p.3).

Neste âmbito, a medição subjacente às diferentes fases de intervenção, nomeadamente no Planeamento em Saúde é fundamental para a definição de estratégias de atuação realmente adequadas às necessidades da população.

Apesar desta metodologia não fazer parte do histórico sistemático e contínuo das instituições de saúde, estas cada vez mais sentem a necessidade de que ela oriente uma prática de implementação de programas e projetos pensados com os utentes e com a comunidade.

Tavares (1990, p.14) define Planeamento em Saúde como um *“auxiliar na tomada de decisão que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde, que são sempre escassos seja qual for o país ou o sistema de saúde adoptado”*. Mais do que um conjunto de técnicas, o Planeamento em Saúde deve ser uma atitude face à realidade, uma forma de estar das instituições e destas definirem prioridades reduzindo custos.

Segundo a Administração Regional de Saúde, I.P. (Portugal, ARS, 2012) o Planeamento em Saúde é importante porque os recursos são cada vez mais escassos, sendo necessário

“utilizá-los da maneira mais eficaz e mais eficiente, (...) intervir nas causas dos problemas, (...) basear cada vez mais as decisões de intervenção e as diversas intervenções projectadas, na evidência (...) ter instrumentos que permitam definir, de um modo dinâmico, quais as principais prioridades de intervenção, (...) evitar intervenções isoladas e implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes, (...) utilizar e adequar os Serviços e os seus recursos de modo a poderem responder, atempada e adequadamente, aos principais problemas e necessidades de saúde que forem identificados”.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), o Planeamento em Saúde procura atingir um estado de saúde através da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação, implicando mudanças no estilo de vida das pessoas.

Esta metodologia consiste numa série de etapas que incluem o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos, a preparação da execução e da avaliação e a execução, monitorização e avaliação (Idem, 1993).

Todas as fases são importantes no entanto, nenhuma delas é exequível sem o diagnóstico de situação. Esta primeira fase do Planeamento em Saúde reveste-se de singular importância na medida em que é através da recolha de informação de forma clara e sucinta, que é possível determinar necessidades e problemas para posterior priorização e definição de estratégias de intervenção.

Em saúde o diagnóstico de necessidades e potencialidades é fundamental pois sem ele não é possível adequar as intervenções às reais necessidades da população. Só desta forma o projeto de intervenção se torna eficaz e se traduz em ganhos efetivos em saúde.

A medição em saúde não se dissocia de todo este processo. Ela é, antes de mais, imprescindível em duas fases fundamentais de todo o processo do Planeamento em Saúde: o diagnóstico de situação e a avaliação de resultados.

É através da medição em saúde que se torna possível conhecer as necessidades da população através da perceção dos seus indivíduos e, após a execução das estratégias planeadas, proceder à avaliação dos resultados.

Só com esta prática se torna possível sustentar todas as intervenções e adequar a prestação de cuidados de saúde às reais necessidades de quem os recebe, os utentes.

Para a maior parte dos autores, os inquéritos de saúde que visam a medição de estados de saúde ou da qualidade de vida, têm uma grande utilidade no processo de

planeamento em saúde cujo fim último é melhorar o nível de saúde da população pois, tal como afirma White (1983), citado por Campos (1993, p.192), *“as informações em saúde utilizadas para a tomada de importantes decisões devem, primeiramente, ser aquelas referentes aos problemas de saúde percebidos pela população”*. Deste modo, é fundamental recolher informação fidedigna e posteriormente medir os resultados das estratégias e intervenções, para que os recursos sejam aplicados de forma eficaz e eficiente, nomeadamente em termos de qualidade de vida relacionada com a saúde.

2.3 - A MEDIÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

A melhoria das condições de vida e de saúde trouxeram novas questões e um maior interesse pelo desenvolvimento de métodos e técnicas de medição quantitativa dos estados de saúde, sob a perspetiva dos indivíduos e das populações.

A medição da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) surgiu da necessidade dos serviços de saúde avaliarem as intervenções relacionadas com a funcionalidade e o bem-estar dos utentes, no sentido de conhecer os ganhos alcançados com as mesmas ou seja, a sua eficiência (Lima e Portela, 2010).

Patrick & Erickson (1993), citados por Lima e Portela (2010, p.1652) consideram a QVRS como o *“valor atribuído por indivíduos, grupos ou sociedade para a duração da sobrevivida modificada por comprometimentos, estados funcionais, percepções e oportunidades sociais resultantes de doença, lesão, tratamento, ou política”*. Medir a QVRS não consiste apenas em medir características pessoais mas sim em avaliar a dimensão qualitativa a nível do funcionamento físico, social ou bem-estar psicológico.

A medição da QVRS tem como objetivo a *“avaliação de estado de saúde subjectivo, pois pontua aspectos das experiências vividas pelo indivíduo que são decorrentes de alguma intervenção de cuidado em saúde”* (Idem, p.1652).

A importância dada à medição da QVRS proporcionou o surgimento de novas formas de medir a saúde dado que

“[o] planeamento dos sistemas de saúde e as decisões sobre determinadas políticas de saúde e as escolhas entre diferentes alternativas implicam o conhecimento dos seus efeitos na esperança de vida (quantidade de vida) e na qualidade de vida relacionadas com a saúde” Ferreira (2008, p.3).

O interesse pela medição da QVRS e a utilização de instrumentos de medida validados e específicos tem vindo a crescer nas últimas décadas. A investigação nesta área demonstrou que existem muitas vantagens na determinação das percepções e preferências dos estados de saúde, na medida em que contribuem para a tomada de

decisões acertadas e avaliação das mesmas permitindo, ao mesmo tempo, o envolvimento dos utentes como sujeitos ativos no seu próprio processo de saúde (Ferreira, 2008).

O investimento nesta área proporcionou o surgimento de variadíssimos métodos e instrumentos de medição, dado que, de acordo com Ferreira (2002, p.5), *“não parece possível que, num campo tão vasto, possa existir um instrumento que consiga satisfazer todos os autores, possibilitando a obtenção dos resultados desejados em qualquer tipo de estudo.”* Assim, para além do grande número de instrumentos de medição em saúde existentes, observa-se igualmente uma imensa variedade de aplicação dos mesmos, nomeadamente, e segundo o Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde (RIMAS) (2014), para

“a determinação de ganhos em saúde em ensaios clínicos ou em avaliações económicas sobre a efetividade de alternativas de tratamento, a monitorização da gestão da doença, a determinação do peso da doença e a obtenção de valores de preferências dos cidadãos sobre estados de saúde com vista a uma melhor e mais racional distribuição dos recursos”.

A informação relacionada com as particularidades individuais, obtida com a aplicação destes instrumentos é, na maior parte dos casos, conseguida através do uso de questionários (Ferreira, 2002).

Este tipo de instrumento, quando devidamente validado para a população em estudo, consegue avaliar a perceção individual e medir quer o estado de saúde dos indivíduos, quer a sua qualidade de vida.

O mesmo autor refere que *“[a]mbos os instrumentos gerais ou específicos podem dar origem a perfis ou índices. Os perfis são valores individuais de cada dimensão, não sendo feita qualquer comparação entre as diferentes dimensões através do seu peso relativo”* (Idem, p.23). Por outro lado, os índices resultam da agregação das várias dimensões do instrumento de recolha de informação.

Nesta linha de pensamento, Ferreira e Santana (2003, p.15) defendem que a medição do estado de saúde das populações permite

“definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidade em relação a condições de saúde (por exemplo, entre diferentes patologias ou tipos de cronicidade), às áreas geográficas (entre regiões, países ou zonas dentro dos países), às condições sociais (por exemplo, entre grupos populacionais socialmente excluídos e os restantes), a condições económicas (por exemplo, entre várias classes de rendimento e/ou de ocupação), ou ainda relativas ao género e à idade”.

Num mundo cada vez mais global, torna-se imperiosa a medição dos estados de saúde das populações dado que os resultados obtidos constituem um sólido apoio à tomada de decisões políticas no âmbito da saúde.

Capítulo Três

CUIDADORES INFORMAIS E LÍDERES DA COMUNIDADE – PARCEIROS NO PROCESSO DE CUIDAR

As doenças crônicas tendem a manifestar-se de forma mais expressiva nas pessoas idosas e ocorrem por vezes em simultâneo, podendo comprometer de forma significativa a sua qualidade de vida e, na maioria das vezes, serem geradoras de um processo incapacitante e progressivo que conduz à dependência nas AVD. De acordo com a DGS, estas situações têm-se tornado cada vez mais evidentes devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, e vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados (Portugal, DGS, 2006).

Os cuidadores informais desempenham um papel fundamental e inquestionável no suporte e na prestação de cuidados à pessoa idosa dependente.

A par destes, também os líderes comunitários se constituem como parceiros no processo de cuidar, na medida em que possuem um melhor conhecimento da realidade da comunidade onde se encontram inseridas as pessoas idosas alvo de cuidados.

3.1 - A PESSOA IDOSA E A IMPORTÂNCIA DO SUPORTE SOCIAL

O fenómeno do envelhecimento da população trouxe consigo uma série de problemas relacionados com a dependência das pessoas idosas e a conseqüente necessidade de prestação de cuidados específicos a este grupo vulnerável.

Tal como refere Jaques (2005, p.161) “[o] modo como cada sociedade encara os seus idosos afecta a percepção que estes têm de si próprios e do processo de envelhecimento”. Assim, no sentido de colmatar lacunas na assistência a este grupo da população foi aprovado em 2002, o Plano Internacional de Ação do Envelhecimento, emanado pela Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, que aponta três prioridades de acção, tais como:

“os idosos e o processo de desenvolvimento; a promoção da saúde, do apoio social e do bem-estar para todo o ciclo da vida; a criação de contextos propícios e favoráveis que promovam políticas orientadas para a família; e a comunidade como base para um envelhecimento seguro” (Carneiro [et al.], 2012, p.15).

Estas diretrizes ressaltam a importância do suporte social e da comunidade para a promoção da saúde das pessoas idosas.

De facto, verificou-se nos últimos anos uma maior atenção do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e do sistema de Segurança Social (SS) para as necessidades específicas deste grupo etário, o que se traduziu na implementação de estratégias de atuação e na melhoria da distribuição de recursos.

No âmbito da política social existem atualmente alguns apoios direcionados para as pessoas idosas e para os seus cuidadores informais, complementares à Pensão Social de Velhice, tais como o Complemento Solidário para Idosos, o Complemento por Dependência e o Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa.

Para além disto, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) surgiu, nos últimos anos, como uma válida resposta às necessidades de reabilitação e manutenção da saúde das pessoas com dependência que, não necessitando de internamento hospitalar, carecem ainda de um conjunto complexo de cuidados que o cuidador informal não consegue satisfazer.

Verifica-se também um cada vez maior número de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), a maior parte delas ligadas à Igreja, e de instituições privadas que fornecem vários serviços tais como internamento em regime de Lar, Centro de Dia, Centro de Noite e apoio domiciliário para prestação de cuidados de higiene e de alimentação.

Ao mesmo tempo, e numa tentativa de manter os idosos na sua própria residência, desde que possível, surgiram as ajudantes familiares com o objetivo de auxiliar a família no cuidado ao idoso. Quando tal não é possível, as famílias de acolhimento, aprovadas pela SS, são uma solução para a manutenção da prestação de cuidados ao idoso (Jaques, 2005).

Todas estas medidas, baseadas nos princípios de justiça e de igualdade para todos os cidadãos, a par de outros já existentes e direcionadas para a assistência às pessoas idosas, contribuíram para que se atingissem níveis de envelhecimento mais elevados.

O envolvimento do estado e dos diversos setores sociais em complementaridade com a ação familiar e da rede de suporte social são determinantes na qualidade do processo de envelhecimento. Tal como refere a Carta Social do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS) (Portugal, MTSS, 2009, p.10), citando Capucha (2006),

“[q]uando os nossos idosos ficavam entregues à família não chegavam, em regra, aos níveis de envelhecimento que são hoje comuns. (...) à medida que o Estado e um conjunto de actores que nele colaboram se organizam para

prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou (...)”.

A nível comunitário, a expansão deste fenómeno que é o envelhecimento, trouxe um novo desafio, segundo Jaques (2005, p.162), no sentido de se *encontrarem “estratégias pessoais e sociais que permitam encarar o envelhecimento como fenómeno natural e sadio e não como fatalidade”*. Assim, nos dias de hoje, apesar de não estarmos perante uma realidade ideal, existe uma rede social mais desenvolvida que contribui positivamente para a qualidade de vida das pessoas idosas e suas famílias.

Entende-se por rede social um conjunto de relações estabelecidas entre várias pessoas que fazem parte da vida de um indivíduo, e com as quais este mantém contacto mais ou menos frequente. Este conjunto de relações forma uma estrutura mais ou menos organizada, que assegura apoio ao indivíduo em situação de dependência (Nardi, 2012).

A questão das redes sociais e a sua importância na promoção da saúde das pessoas, principalmente de quem é alvo de cuidados, começou a ser estudada no início da década de 50 por John Barnes, quando este observou o papel que *“as relações de parentesco, amizade e vizinhança tinham na estruturação e na produção de uma comunidade integrada”* (Marques [et al.], 2011, p.946).

Estas relações, apesar de não se encontrarem ligadas a estruturas políticas organizadas, constituíam uma grande mais-valia relativamente ao apoio informal, baseado nas relações interpessoais.

De facto, vários autores defendem e comprovam a importância das redes sociais no apoio formal ou informal ao idoso dependente e ao seu cuidador. Nardi (2012, p.43) refere que, quer o apoio da rede social formal, quer da rede social informal,

“desempenham um papel de extrema relevância no que concerne ao cuidador familiar, visto se configurarem em fatores facilitadores para o controle de situações problemáticas, ou dificuldades encontradas no cotidiano do cuidado, especialmente quando o idoso encontra-se com a sua capacidade funcional e autonomia alteradas”.

O apoio informal traduz-se nas relações de parentesco, vizinhança, amizade e grupos comunitários, ao passo que o apoio formal diz respeito aos serviços de saúde e sociais e à prestação de cuidados por profissionais qualificados, provenientes de entidades públicas, privadas ou público-privadas (Brondani [et al.], 2010).

De acordo com o MTSS (Portugal, 2009, p.31), em Portugal vigora um modelo misto de solidariedade ou seja, *“[e]mbora em processo de mutação progressiva, a rede informal, ancorada na família ou vizinhança, continua activa não existindo ainda, como noutros países, um problema de solidariedade intergeracional”*. Isto significa que, embora o envelhecimento da população e os fenómenos migratórios constituam uma realidade

crescente, o apoio informal aos idosos por parte da família continua, ainda, a ser assegurado na maior parte das situações.

A família, com o seu importante capital social é quem assume o papel fundamental no acompanhamento dos percursos de vida individuais dos seus elementos, ao longo de todo o ciclo vital (Jaques, 2005).

Apesar das atuais respostas sociais não serem totalmente satisfatórias, tem-se verificado nos últimos anos um maior investimento na rede de apoio formal. No entanto, a pessoa idosa só necessita de recorrer ao sistema de apoio formal quando a rede informal é insuficiente ou inexistente (Portugal, MTSS, 2009, p.11).

Deste modo, a criação e manutenção de uma rede social efetiva e devidamente articulada entre si, é fundamental para que as necessidades do idoso sejam satisfeitas e, ao mesmo tempo, para a prevenção da sobrecarga dos seus cuidadores (Nardi, 2012).

Nesta linha de pensamento, Brondani [et al.] (2010, p.509) referem que *“[a] construção de uma rede de solidariedade entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos e serviços de saúde é uma estratégia salutar e desejada para auxiliar no desenvolvimento dessa actividade”*. Para tal, torna-se necessária uma boa articulação entre os profissionais de saúde, a pessoa idosa e a comunidade, representada pela sua família, relações de vizinhança e amizade e pelos líderes comunitários com papel de decisão na ação social.

Uma adequada gestão das potencialidades de todos estes atores, conduz a uma comunidade integrada, onde todos têm o seu papel ativo em prol da melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Cabe aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), na figura das atuais Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Familiar (USF) ou Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), essa mesma gestão. Estas unidades funcionais, mesmo que privadas dos recursos humanos e materiais adequados, não devem, ainda que em complementaridade com as famílias e com a rede de suporte social, relegar esta função para as mesmas ou para as redes de solidariedade locais pois continuam a ser a primeira linha de apoio aos cuidados de saúde, nomeadamente dos grupos mais vulneráveis, como os idosos.

O Enfermeiro, como profissional de saúde privilegiado pela sua proximidade com a pessoa idosa, a sua família e a comunidade onde esta se insere, deve ser capaz de articular e estabelecer parcerias com os vários atores sociais envolvidos, no sentido de responder de forma eficaz às suas necessidades, através da adoção de estratégias que

contribuam para a obtenção de ganhos efetivos em saúde, nomeadamente relacionados com a melhoria da qualidade de vida e bem-estar.

3.2 - A PESSOA IDOSA E O CUIDADOR INFORMAL

A longevidade do ser humano aumenta a probabilidade de limitações ao nível biológico, psicológico e social, dado que viver mais anos significa um aumento da prevalência de determinadas patologias que conduzem a situações de dependência, perda de autonomia, isolamento social e depressão. Tudo isto se traduz em sofrimento para os idosos e para as suas famílias ou cuidadores informais.

Para a pessoa idosa, a independência funcional é normalmente o fator mais importante na manutenção da qualidade de vida, por estar relacionada com a capacidade de ser autónomo e se manter ativo na sociedade. Uma pessoa em situação de dependência requer a ajuda de terceiros para satisfazer as suas necessidades humanas básicas ou seja, exige a presença de um cuidador que é fundamental para que esta, apesar da dependência, veja mantidos os seus níveis de qualidade de vida e bem-estar.

As mudanças demográficas e da estrutura social das famílias trouxeram consigo uma nova dinâmica na vida das pessoas pois, se há algumas décadas eram as mulheres que assumiam o papel de cuidadoras dos idosos, com a sua entrada no mercado laboral e o envelhecimento simultâneo da população, o cuidado dos mais velhos ficou, de certa forma, comprometido (Pego, 2013).

Para além disto, as alterações demográficas relacionadas com a emigração das famílias jovens e com o aumento da percentagem de idosos têm condicionado o panorama dos cuidados informais, dado que se verifica uma diminuição do número de familiares disponíveis para assumir este papel.

Portugal é um país onde predomina a cultura familiar ou seja, o cuidado prestado aos idosos é assumido, primeiramente, pelas famílias, tal como nos restantes países da Europa do Sul. De acordo com Pego (2013), isto deve-se a uma questão cultural mas também à reduzida disponibilidade de recursos formais apesar de, nos últimos anos, se ter verificado um aumento da oferta destes ao nível comunitário e domiciliário.

A mesma autora (Idem, p. 15) refere que

“esta oferta serve de estímulo para um reforço da solidariedade familiar e uma maior participação da família nos cuidados de longa duração aos seus idosos, ou seja, o aumento da disponibilidade de recursos formais não afasta a família dos seus idosos, mas torna-os parceiros dos cuidados formais”.

Atualmente no nosso país subsistem as redes formais e as redes informais que dão suporte às pessoas dependentes sendo que, as informais continuam a ter um papel preponderante, na figura dos cuidadores informais.

De acordo com Brondani [et al.] (2010, p. 505), o cuidador informal ou prestador de cuidados é a *“pessoa que tem a função de cuidar de alguém com algum grau de dependência física ou mental e que necessite de ajuda (total ou parcial) para a realização de atividades da vida cotidiana”*. Assim, para além da assistência esporádica dos serviços de saúde e sociais, torna-se fundamental uma assistência de longo prazo que é definida pela OMS (2005, p. 47) como um conjunto de atividades realizadas

“por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (de serviços sociais e de saúde) a uma pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que esta tenha a melhor qualidade de vida possível, de acordo com as suas preferências individuais, com o maior nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana”.

O papel de cuidador informal é assumido, na maior parte dos casos, por familiares do sexo feminino, conforme concluiu Pego (2013) num estudo realizado em Portugal sobre os idosos em situação de dependência que recebem cuidados de cuidadores informais, pois *“embora as taxas de inserção das mulheres portuguesas no mercado de trabalho sejam muito superior à dos restantes países da Europa do Sul, estas continuam a desempenhar um papel crucial na prestação de cuidados aos idosos”* (Ibidem, p. 64).

Assumir a responsabilidade da prestação de cuidados a uma pessoa em situação de dependência *“constituiu desde sempre um acto de vida”* (Moreira, 2006, p. 43) mas consiste também num processo que implica diversas adaptações a nível físico, social, cognitivo e emocional (Cupertino, Aldwin e Oliveira, 2006). Este pode revelar-se um processo difícil, desgastante e até mesmo vir a comprometer o bem-estar do cuidador.

O termo sobrecarga pretende traduzir o conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que podem surgir na sequência do desempenho do papel de cuidador. Segundo Marques [et al.] (2011, p. 949), a sobrecarga pode surgir quando *“o familiar cuidador se vê sem apoio e permanentemente diante de situações de enfrentamento, ocasionando queixas de ordem objetiva e subjetiva, associadas ao cuidado realizado”*.

Os cuidadores de pessoas idosas que necessitam de assistência permanente são, na maior parte das vezes, aqueles que apresentam maior risco de sobrecarga.

Um cuidador mal preparado ou submetido ao desafio de cuidar durante vários anos, pode atingir elevados níveis de stress resultantes da sobrecarga física e/ ou emocional. Marques [et al.] (2011, p. 945), num estudo realizado com cuidadores informais,

observaram o comprometimento da saúde quer a nível físico quer psicológico, principalmente quando se verificou

“quebra das redes sociais e da escassez de apoio, levando a pessoa a rejeitar a condição de cuidador. A sobrecarga ficou caracterizada pelo familiar cuidador perceber-se diante de inúmeras situações de enfrentamento, muitas das quais não conseguia administrar”.

De uma forma um pouco mais dramática, os mesmos autores referem que *“o cuidador sem suporte pode ser um futuro paciente, isto porque, por imposição ou escolha, geralmente, é tão pressionado por necessidades imediatas do doente que se esquece de si”* (Idem, p. 947).

Segundo Fernandes e Garcia (2009), a sobrecarga dos cuidadores pode ser originada a partir da presença de várias determinantes, como as características sociodemográficas, a situação profissional do cuidador, a idade da pessoa idosa, o grau de parentesco entre esta e o cuidador, os recursos materiais, o apoio humano e financeiro existentes e as necessidades de cuidado e tempo como cuidadores informais. Dito de outro modo, a sobrecarga do cuidador

“resulta de fatores biopsicossociais, econômicos e histórico-culturais, que se estabelecem na situação de cuidado em sua totalidade, como também no relacionamento do cuidador consigo mesmo (...) e com outras pessoas significativas, especialmente com o receptor de cuidados e com outros membros familiares” (Ibidem, p. 62).

O papel dos profissionais de saúde, nomeadamente do Enfermeiro, como elo de ligação entre o serviço de saúde e a pessoa idosa e a sua família, é fundamental para a promoção da saúde do cuidador, bem como para a avaliação e prevenção da sua sobrecarga.

Quando um cuidador experimenta sentimentos de sobrecarga relacionados com o cuidado prolongado e com a necessidade de reestruturação da vida pessoal e social, é essencial que o Enfermeiro mobilize, antecipadamente, os recursos da comunidade, definindo estratégias com os seus parceiros sociais, no sentido de minimizar riscos e reduzir a sobrecarga de quem cuida.

Para tal, é necessária uma monitorização constante do nível de sobrecarga do cuidador, bem como um acompanhamento constante da situação através da visita domiciliária, no sentido de detetar precocemente necessidades e problemas.

3.3 - A IMPORTÂNCIA DAS PARCERIAS COMUNITÁRIAS NA SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS

Um dos princípios fundamentais para o desenvolvimento de uma comunidade passa pela rentabilização dos seus recursos, articulando e mobilizando os mesmos numa sinergia ativa de vontades assentes em parceiras sólidas. A mobilização de todos os atores sociais no processo de decisão permite às comunidades o desenvolvimento de capacidades de resolução dos seus próprios problemas, dado que as mudanças realizadas em parceria crescem de sentido e tendem a perdurar (Silva, 2009).

Nos últimos anos tem sido dado maior enfoque às parcerias comunitárias visto que “[c]om o aumento do reconhecimento, da necessidade deste tipo de colaborações e da sua associação com a promoção da saúde ao nível das comunidades, tem vindo a crescer a preocupação com a sua eficácia” (Silva, 2009, p. 1).

As parcerias implicam esforços de colaboração entre vários elementos de uma comunidade, quer sejam indivíduos, grupos ou organizações e, normalmente, assentam num “interesse, um desígnio ou um propósito comum (...) com vista à activação de recursos locais, para a resolução de problemas e são habitualmente orientadas para a acção” (Moniz e Morgado, 2010, p. 395).

No âmbito da saúde, a importância das parcerias prende-se com o alcance de benefícios para ambas as partes, nomeadamente, e de acordo com Elvas e Moniz (2010, p. 461),

“[a] nível individual, um maior sentimento de comunidade traduz-se em níveis mais elevados de bem-estar, qualidade e satisfação de vida; sentido de justiça e capital social; menor solidão e isolamento. A nível comunitário, identifica-se uma maior colaboração e força comunitária, mobilização e participação em torno da mudança social”.

Assim, a colaboração entre os serviços de saúde e os seus parceiros na comunidade, nomeadamente instituições de solidariedade social, cuidadores informais, líderes comunitários e serviços do setor privado, é fundamental para a adequação dos cuidados a ser prestados aos utentes (Lambert, 2011), neste caso as pessoas idosas.

O contributo de todos os parceiros permite a criação de redes de serviços da comunidade que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas e para a prevenção ou redução da sobrecarga do seu cuidador informal.

De acordo com Silva (2009, p. 7) as parcerias são capazes de

“promover a saúde comunitária e a sua resiliência através da promoção do desenvolvimento económico, trabalho em rede e participação cívica, podendo também reverter o poder para as comunidades através dos valores da inclusão e participação comunitária”.

Isto implica que, no desenvolvimento de uma parceria, se potenciem as competências e capacidades da comunidade, promovendo o envolvimento de todos com base num processo de empoderamento.

Nesta perspetiva, o papel do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária, como profissional de saúde privilegiado, dada a sua formação específica na área e a sua relação de proximidade com os utentes, famílias e grupos, é fundamental.

É da sua responsabilidade, enquanto elemento de uma equipa multidisciplinar, o envolvimento da comunidade na elaboração do diagnóstico de necessidades, no sentido de planear atividades de saúde tendo em conta as reais necessidades referidas pelas pessoas idosas, seus cuidadores e, eventualmente, pelos líderes comunitários, capacitando os intervenientes mas coordenando todo o projeto de parceria.

Os líderes comunitários constituem, sem dúvida, uma mais-valia quando se pretende um diagnóstico de necessidades abrangente pois são eles que, vivendo na comunidade e sendo responsáveis pelo poder local, como por exemplo, a Junta de Freguesia e a Igreja, podem dar o seu contributo no sentido da deteção de problemas, necessidades, recursos e potencialidades, muitas vezes não perceptíveis pelas pessoas idosas ou pelos seus cuidadores informais.

De acordo com Carneiro [et al.] (2012, p. 18),

“[a]s melhores respostas aos principais desafios do envelhecimento devem incluir os apports dos diferentes stakeholders, refletindo a determinação dos decisores políticos, a imaginação das principais instituições de intervenção, combinando a inteligência questionadora dos mais jovens com a inteligência madura e experiência das pessoas de meia-idade e integrando, ainda, a inteligência prudente e a sabedoria das pessoas idosas”.

Sem um trabalho de parceira e sem a rentabilização das redes sociais existentes, não é possível atingir resultados ótimos quando se procura melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas e dos seus cuidadores informais.

PARTE II – TRABALHO EMPÍRICO

A pesquisa em Enfermagem destina-se ao desenvolvimento de conhecimentos de temáticas pertinentes para os enfermeiros “*incluindo a prática, o ensino e a administração da enfermagem*” (Polit, Beck e Hungler, 2004, p. 20) de modo que os conhecimentos obtidos converjam para a prática contribuindo, desta forma, para a melhoria da prestação de cuidados.

Neste capítulo abordaremos aspetos relacionados com o trabalho empírico deste estudo que se iniciou com a escolha da metodologia, imprescindível para uma adequada planificação do desenvolvimento do estudo, dado que permite definir quais as etapas e respetivas atividades a realizar no decorrer do mesmo.

Numa segunda fase, e após a recolha da informação, procederemos à apresentação e discussão dos resultados e conclusões da pesquisa.

Capítulo Um

METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentadas todas as opções metodológicas do estudo, bem como as fases inerentes ao processo de investigação desde a escolha da problemática, formulação da questão de investigação, definição de objetivos, construção de hipóteses, seleção do tipo de estudo a realizar, escolha das variáveis, amostra, instrumentos de recolha da informação e de tratamento dos dados.

1.1 - PROBLEMÁTICA, QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO, FINALIDADE E OBJETIVOS

As recentes alterações demográficas decorrentes do duplo envelhecimento da população trouxeram consigo desafios urgentes para os quais nem os governos, nem as famílias, nem as sociedades estavam preparados para enfrentar (Ivo, 2008).

O processo de envelhecimento acarreta um conjunto de alterações na funcionalidade e na autonomia das pessoas idosas, que se traduzem numa diminuição dos níveis de qualidade de vida e bem-estar e no surgimento de necessidades específicas, nomeadamente a ajuda de terceiros para a realização das AVD.

A prestação de cuidados à pessoa idosa é, na maior parte dos casos, da responsabilidade de um cuidador informal que é muitas vezes sujeito a uma grande sobrecarga física e emocional.

Cada vez mais se procura promover a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas pelo que a caracterização do perfil de saúde deste grupo da população é, neste âmbito, fundamental para a adequação de medidas realmente efetivas.

Os estudos baseados nas perceções dos utentes têm-se mostrado relevantes quando se procura adequar as intervenções de saúde às reais necessidades da população.

Assim, torna-se fundamental a realização de pesquisas relacionadas com a análise das dimensões da qualidade de vida e bem-estar na perspetiva dos utentes e dos líderes comunitários, parceiros da comunidade no processo de tomada de decisão na área da saúde.

A adequação sistemática dos cuidados de saúde às necessidades, também em mudança, depende, pelo menos em grande medida, da capacidade de maximização de

recursos e sinergias entre os diferentes atores. Para o efeito, é fundamental a produção de evidência nesta área dado que o desenvolvimento de estratégias no âmbito da saúde *“requer a convergência de várias fontes de iniciativas, agentes/factores de mudança, na medida certa, no tempo certo”* (Sakellarides, Gonçalves e Santos, 2010, p. 7).

O processo de mudança só se torna possível se projetado a partir das bases. Este deve ser planeado *“através de intervenções conjuntas de várias organizações, dispostas em rede, que assegurem a circulação de informação, de forma interactiva, envolvendo todos os actores sociais relevantes para a saúde da população”*, dado que os problemas das populações são complexos e transversais e se encontram em mudança contínua (Idem, 2010, p. 7).

Deste modo, torna-se necessária uma reversão do processo de mudança no seio das organizações, no sentido deste começar pelas necessidades da base de forma a promover uma mudança estruturante e capaz de responder aos problemas das pessoas.

Neste processo, o papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária torna-se fundamental na medida em que é a ele que lhe compete a mobilização e dinamização dos vários recursos da comunidade e a participação em projetos que visem a mudança, tendo por base a avaliação do estado de saúde das populações, tal como consta no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Conselho de Enfermagem, OE, 2010).

A intervenção em saúde comunitária não é possível sem o desenvolvimento de uma prática globalizante centrada na comunidade que se inicia, de acordo com o mesmo regulamento (Idem, 2010, p. 2), na avaliação do estado de saúde de uma comunidade, passando pela capacitação dos seus grupos e famílias através da realização de atividades com vista à obtenção de ganhos em saúde, sua monitorização e avaliação.

Assim, tendo em conta a nossa intervenção na área dos CSP, e mobilizadas pela possibilidade de desenhar um processo de intervenção capaz de maximizar o investimento deste processo formativo, surgiu o presente estudo, cuja problemática é a *“Saúde dos Idosos: Qualidade de vida e bem-estar”*, na perspetiva das pessoas idosas, dos seus cuidadores informais e de líderes da comunidade de três freguesias da área de abrangência do CSB, designadamente, Carvoeiro, Mujães e Portela Susã.

Formularam-se algumas questões de investigação, em alinhamento com a abordagem mista em que se centra a pesquisa, apesar de predominantemente quantitativa, que se passam a apresentar:

- Qual é a perceção que as pessoas idosas têm acerca da sua qualidade de vida e bem-estar?

- Quais são as áreas prioritárias de intervenção na perspectiva das pessoas idosas, dos seus cuidadores e dos líderes comunitários?
- Qual é a percepção que os líderes da comunidade têm acerca da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas, bem como das necessidades e recursos/potencialidades das suas freguesias?
- Qual é a situação dos cuidadores informais em termos de perfil dominante e da sobrecarga?

A finalidade deste estudo consiste em contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde/enfermagem prestados às pessoas idosas e às famílias tendo em conta os conceitos de qualidade de vida e bem-estar. Para o efeito impõe-se o conhecimento prévio do perfil de saúde das pessoas idosas, tendo em conta as suas percepções e as percepções dos líderes comunitários relativamente à qualidade de vida e bem-estar bem como a sobrecarga do cuidador informal.

Os objetivos que orientaram este estudo foram os seguintes:

- Analisar a situação de saúde das pessoas idosas, relativamente à sua qualidade de vida e bem-estar, do ponto de vista das mesmas e de líderes comunitários;
- Caracterizar o perfil dos cuidadores informais;
- Identificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais;
- Identificar áreas prioritárias de intervenção na perspectiva das pessoas idosas, dos seus cuidadores e dos líderes comunitários;
- Identificar necessidades e recursos/ potencialidades no âmbito da saúde das pessoas idosas na perspectiva dos líderes da comunidade;
- Relacionar a idade e o sexo das pessoas idosas inquiridas com a Pontuação de Dependência, com o Risco de Quedas, com o Risco de Falha do Cuidado e com o Risco de Depressão;
- Relacionar o Risco de Quedas com a polimedicação;
- Relacionar a Sobrecarga dos cuidadores informais com a Pontuação de Dependência das pessoas idosas.

A definição destes objetivos determina, pelo menos em larga medida, o paradigma a seguir.

1.2 - TIPO DE ESTUDO

Como referido anteriormente, é da responsabilidade do investigador a escolha do paradigma de investigação tendo em conta os objetivos inicialmente traçados. Deste modo, optou-se por um estudo do tipo descritivo-correlacional transversal onde se utilizou uma abordagem predominantemente quantitativa com recurso à dimensão qualitativa. A primeira (abordagem quantitativa) suportou o estudo da perceção das pessoas idosas sobre a qualidade de vida e a avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais. A segunda norteou a pesquisa no âmbito da perceção dos líderes comunitários.

Considerou-se esta abordagem mista a mais adequada aos objetivos do estudo. Deste modo, na linha de Sampieri, Collado e Lucio (2006), seguimos a tendência crescente dos estudos científicos mais recentes ou seja, a junção destas duas abordagens.

Para Fortin (2009, p. 26) *“a investigação quantitativa e a investigação qualitativa apelam a métodos distintos que permitem conduzir uma investigação”*. Sampieri [et al.] (2006) reforçam as diferenças entre os dois enfoques, afirmando que, enquanto *“a investigação quantitativa nos oferece a possibilidade de generalizar os resultados de maneira mais ampla, concede-nos controle sobre os fenómenos e um ponto de vista de contagem e magnitude em relação a eles”*, a pesquisa qualitativa *“dá profundidade aos dados, a dispersão, a riqueza interpretativa, a contextualização do ambiente, os detalhes e as experiências únicas”* (Ibidem, p. 14,15).

Assim, nesta investigação verifica-se uma complementaridade entre as duas dimensões, quantitativa e qualitativa, numa abordagem pragmática que possibilita, na nossa opinião, o alcance dos objetivos inicialmente traçados, numa lógica mais congruente com a abordagem pragmática do planeamento em saúde, nos termos enunciados por Tavares (1990).

Situando-nos na abordagem qualitativa, teve-se presente o facto do estudo descritivo investigar a incidência de variáveis presentes numa determinada população, descrevendo posteriormente o fenómeno investigado e estabelecendo hipóteses (Sampieri [et al.], 2006).

Relativamente a este tipo de estudo, Fortin (2009, p. 34) refere que *“a investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”*. Neste sentido, pretende-se com este estudo descrever os dados relacionados com os domínios da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas bem como a perceção dos líderes da comunidade acerca dos mesmos.

Este estudo é também correlacional, uma vez que procuramos explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, com vista à sua descrição. Para Sampieri [et al.] (2006, p. 103) “[e]ste tipo de estudo tem como objetivo avaliar a relação entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (em determinado contexto)”.

Tendo por base o tempo a que se remete a pesquisa esta é, nos termos proposto por Fortin (2009), de natureza transversal já que a informação se refere a um período único, pré-definido, permitindo como que um “retrato instantâneo” da situação em análise. Neste contexto, é de referir que a recolha de informação decorreu no período compreendido entre 1 de outubro de 2013 e 31 de janeiro de 2014.

1.3 – UNIVERSO, AMOSTRA E SELEÇÃO DOS INFORMANTES PRIVILEGIADOS

A população-alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns” (Fortin, 2009, p. 69) e, neste estudo, esta consistiu nas pessoas idosas inscritas na base de dados do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) da UCSP de Barroelas, nos seus cuidadores informais (quando existentes) e nos líderes da comunidade, nomeadamente os Padres e os elementos representantes do poder local (Junta de Freguesia).

A referida UCSP é uma unidade funcional do CSB que pertence à ULSAM, E.P.E. e abrange seis freguesias do meio rural do concelho de Viana do Castelo.

Dado o limite temporal do estudo não foi possível estudar toda a população idosa, tendo-se optado por selecionar uma amostra aleatória e representativa da população de três das seis freguesias, a saber: Carvoeiro, Mujães e Portela Susã.

A escolha destas freguesias prendeu-se com questões relacionadas com a menor proximidade e acessibilidade da população a cuidados de saúde, bens e serviços. Por outro lado, a rede de transportes é mais escassa e verifica-se maior distância ao CSB e a outros serviços como farmácias, clínicas médico-dentárias, clínicas de reabilitação, centros de enfermagem, serviço de segurança social, lares e centros de dia. Porém, importa referir que se perspetiva o alargamento do estudo às outras freguesias, num futuro próximo.

Caracterizando um pouco o contexto, nenhuma das freguesias incluídas no estudo tem Lar de idosos público (Portela Susã tem um privado com capacidade para 12 utentes), centro de dia, farmácia e serviço de segurança social, encontrando-se estes serviços mais concentrados na vila de Barroelas.

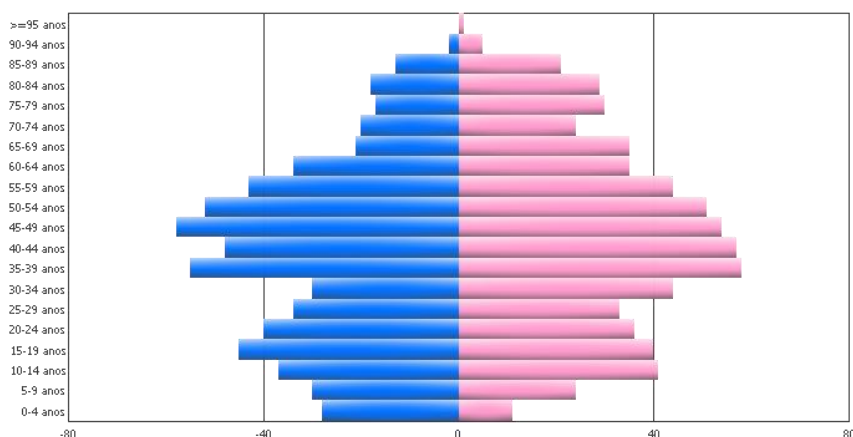
Das três freguesias, Mujães é a que tem melhor acesso a serviços de saúde no entanto, estes estão concentrados na zona que faz fronteira com Barroselas.

Optou-se pelo grupo etário de idade igual ou superior a 75 anos uma vez que estes idosos são mais dependentes nas AVD e, conseqüentemente, apresentam menor qualidade de vida e bem-estar do que idosos com idade inferior. Esta decisão teve por base o último relatório da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2013) no qual se considera que, em Portugal, os idosos com idade superior a 75 anos são mais dependentes para a realização das suas AVD.

Desta forma, o universo do estudo é constituído pelas pessoas idosas com 75 e mais anos, residentes e inscritas na base de dados do SAPE da UCSP de Barroselas numa das três freguesias acima enunciadas da área de abrangência do CSB. Assim, a população alvo do estudo compreendia 302 pessoas idosas.

Relativamente à idade, a população da área de abrangência do CSB segue a distribuição verificada na demografia em Portugal, conforme se pode observar pela análise da pirâmide etária da Figura 1, retirada do MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais) (Portugal, Ministério da Saúde, 2011).

Figura 1: Pirâmide etária da população inscrita no CSB



A pirâmide etária apresentada é muito semelhante à observada nos dados dos últimos Censos, seguindo a tendência de evolução populacional a nível nacional e da região norte, na qual se verifica uma inversão da mesma com estreitamento da base e alargamento do topo.

Na seleção da amostra partimos do pressuposto de que a representatividade constitui uma qualidade essencial no âmbito das pesquisas de natureza quantitativa. Como refere Fortin (2009, p. 313), a representatividade remete-nos para *“uma amostra que, devido às suas características, pode substituir o conjunto da população alvo”*, funcionando como

uma réplica em miniatura da mesma. Uma vez que este é um estudo predominantemente quantitativo, a amostra teve de consistir num “*subgrupo da população do qual se coletam os dados e deve ser representativo dessa população*” (Sampieri [et al.], 2006, p. 251).

Assim, para a escolha das pessoas idosas a integrar no estudo, optamos por uma amostra probabilística aleatória simples, a partir da tabela de números aleatórios, realizada tendo por base uma listagem nominal dos idosos de cada freguesia inscritos no SAPE.

A cada pessoa idosa foi atribuído um número e estas foram posteriormente selecionadas tendo por base o valor da razão amostral, até se completar o número pretendido para uma amostra com um nível de confiança de 95% e um erro amostral máximo de 5%.

O cálculo da amostra por freguesia foi efetuado com recurso a uma calculadora *online* (Raosoft, Inc., 2004), tendo por base o número total de pessoas idosas com 75 e mais anos residentes nas três freguesias ou seja, 302. A fórmula de cálculo utilizada foi a seguinte:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Nesta fórmula, **n** representa a amostra calculada, **N** a população, **Z** a variável normal padronizada associada ao nível de confiança, **p** a probabilidade do evento e **e** o erro amostral.

O tipo de amostragem escolhido confere um grau de confiança satisfatório e uma certa precisão na estimativa dos parâmetros da população. Desta forma, é reduzido o erro amostral e evita-se o enviesamento dos dados.

Optamos por calcular uma amostra para cada freguesia separadamente, de forma a permitir igual representatividade em cada uma delas, na amostra final.

Assim, na freguesia de Carvoeiro, o número total de pessoas idosas com 75 e mais anos, segundo a base de dados do SAPE, era de 99, tendo sido calculada uma amostra de 79 idosos, na freguesia de Mujães, o número total de pessoas idosas com 75 e mais anos era de 149, tendo sido calculada uma amostra de 108 idosos e na freguesia de Portela Susã, o número total de pessoas idosas com 75 e mais anos, segundo dados da fonte supracitada era de 54, tendo sido calculada uma amostra de 49 idosos.

A amostra abrangeu assim, 235 pessoas idosas com 75 e mais anos. Partindo do facto da amostra incluir as pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos, residentes nas freguesias de Carvoeiro, Mujães e Portela Susã e inscritos na base de dados do SAPE da UCSP de Barroselas, definimos alguns critérios de exclusão, a saber: recusa em participar no estudo; ausência do domicílio após 3 contatos em dias e horas distintos;

idosos hospitalizados ou institucionalizados durante o período da recolha de dados e pessoas idosas com diminuição cognitiva moderada ou grave após aplicação do Teste de Diminuição Cognitiva do *Easycare* (EASY-CARE Standard Portugal, 2010).

Nos termos dos objetivos anteriormente definidos e do horizonte temporal do estudo, selecionamos como informantes privilegiados todos os cuidadores informais das pessoas idosas inquiridas e, no sentido de se perceber igualmente a problemática na perspetiva da comunidade, os líderes comunitários que, neste trabalho, consistiram nos Padres e nos representantes das juntas de cada uma das freguesias.

1.4 - VARIÁVEIS E HIPÓTESES

Tendo em conta as características do presente estudo e os seus objetivos, no que se refere à perceção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas, a variável dependente é a qualidade de vida e o bem-estar nas suas diferentes dimensões (dependência, risco de falha do cuidado, risco de quedas, risco de depressão e polimedicação), e as variáveis independentes integram os aspetos sociodemográficos, designadamente o sexo e a idade das pessoas idosas.

No que concerne aos cuidadores informais e à sua sobrecarga, consideramos como variável dependente o seu nível de sobrecarga e como variável independente a pontuação de dependência das pessoas idosas alvo do estudo.

Definidas as variáveis, e sendo este estudo correlacional, procedemos à verificação da associação ou relação entre variáveis ou seja, à formulação de hipóteses.

A hipótese pode ser definida como uma combinação entre a problemática e o objetivo do estudo, no sentido de explicar ou predizer os resultados esperados.

Para que seja assegurada a validade de uma hipótese, esta deve possuir determinadas características tais como ter consistência lógica, ser passível de verificação, ter um enunciado simples, ser relevante, baseada na teoria, ser específica e permitir alcançar novos conhecimentos e expressar novas soluções para um determinado problema (Lakatos e Marconi, 1991).

A formulação inicial dos objetivos do estudo bem como as quatro escalas obtidas através da pontuação atribuídas a algumas questões do *Easycare* permitiu enunciar as seguintes hipóteses:

H1 – A dependência está correlacionada com a idade das pessoas idosas;

H2 – A dependência é diferente entre homens e mulheres;

H3 – O risco de quedas está relacionado com a idade das pessoas idosas;

H4 – O risco de quedas está relacionado com o sexo das pessoas idosas;

H5 – A idade das pessoas idosas influencia o risco de depressão;

H6 – O risco de depressão está relacionado com o sexo das pessoas idosas;

H7 – O risco de falha do autocuidado está correlacionado com a idade das pessoas idosas;

H8 – O sexo das pessoas idosas influencia o risco de falha do autocuidado;

H9 – O risco de quedas está correlacionado com a polimedicação das pessoas idosas;

H10 – A sobrecarga dos cuidadores informais está correlacionada com a dependência das pessoas idosas.

1.5 - INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

A recolha da informação é uma das fases fundamentais do processo de investigação. Esta consiste na recolha de dados pertinentes para o estudo junto dos sujeitos participantes no mesmo utilizando, para tal, técnicas adequadas ao paradigma orientador da pesquisa.

No âmbito do paradigma quantitativo, a metodologia de investigação prevê que a recolha de informação seja feita através da aplicação de instrumentos padronizados e precisos tais como questionários validados e escalas, dado que se pretende enumerar e medir determinados eventos com o auxílio da análise estatística (Maroco, 2007).

Relativamente ao paradigma qualitativo, sendo este mais interpretativo permite a obtenção de informação em profundidade relativa a opiniões, expectativas, sentimentos, emoções, recorrendo-se a outras técnicas, designadamente a entrevista, amplamente utilizada, e a observação.

Tendo em conta que a presente investigação pretendia analisar a qualidade de vida das pessoas idosas sob várias perspetivas, designadamente do ponto de vista dos próprios e dos líderes da comunidade, bem como avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais, utilizamos para a recolha da informação vários instrumentos direccionados a todos os participantes no estudo.

Assim, às pessoas idosas aplicamos o questionário *Easycare Standard Portugal 2010*, aos cuidadores informais a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, segundo Pereira

e Sobral (2007), e um questionário de caracterização sociodemográfica, e aos líderes comunitários realizamos uma entrevista semi-estruturada.

Antes da sua utilização, estes instrumentos foram submetidos à aprovação da Comissão de Ética da ULSAM, E.P.E. juntamente com o projeto de dissertação de forma a respeitar os trâmites legais (Apêndice 1). Estes foram posteriormente aprovados em reunião do Conselho de Administração da mesma (Anexo 1).

Para a recolha da informação junto das pessoas idosas com 75 e mais anos das freguesias alvo do estudo, aplicamos o questionário *Easycare* na sua versão portuguesa devidamente validada.

Atualmente existe uma grande variedade de instrumentos validados de medição dos estados de saúde e da qualidade de vida e bem-estar que dão garantia de aceitabilidade, validade e fiabilidade aos seus utilizadores. De acordo com Ferreira (1999, p.23),

“[a] construção de um instrumento de qualidade de vida relacionada com a saúde baseia-se nas características socioculturais e económicas do país de origem. Os contextos étnicos e culturais acerca da saúde e da doença, refletindo-se nas expressões linguísticas utilizadas para traduzir essas vivências”.

Logo, pressupõe-se que estes instrumentos sejam específicos e garantam resultados fidedignos que implicam a validação prévia à sua aplicação no âmbito do país em causa.

O *Easycare Standard Portugal 2010*, versão portuguesa do *Easycare (Elderly Assessment System/ Sistema de Avaliação de Idosos)*, é um desses instrumentos desenvolvido a nível Europeu e recomendado pela OMS que, validado para a população portuguesa, permite caracterizar a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa, com 65 anos ou mais.

É um instrumento de avaliação multidimensional, desenvolvido para avaliar as necessidades dos idosos, e a sua inovação

“reside em conjugar numa escala itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa. Trata-se de um instrumento que pretende avaliar as perceções sobre as capacidades (aptidão de um indivíduo para a execução de uma tarefa ou ação) e não o desempenho (o que o indivíduo faz)” (EASY-Care Standard Portugal, 2010, p.1).

Para além disto, compreende o caráter multidimensional das necessidades desta população e permite delinear um perfil das necessidades e prioridades relativas aos cuidados de saúde necessários (Sousa [et al.], 2003).

A sua aplicação permite assim, a realização de uma rápida avaliação do bem-estar físico, mental e social das pessoas idosas, dando uma visão global das necessidades das mesmas. Por outro lado, é um instrumento que permite uma avaliação positiva do estado

de saúde, centrando-se na qualidade de vida e não na doença dando, ao mesmo tempo, destaque aos cuidadores informais.

Abrange um total de oito domínios: visão, audição e comunicação; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar e administração de medicação, que se subdividem em questões específicas que avaliam a percepção das pessoas idosas em relação às suas capacidades.

Inicialmente este questionário foi desenvolvido em inglês e, de acordo com as autoras da versão portuguesa, Sousa [et al.] (2003, p.366),

“sujeito a um processo de validação linguística para as línguas dos outros países envolvidos. Posteriormente realizou-se um estudo de validação psicométrica para a população portuguesa sendo que os resultados revelaram boas qualidades (alfa de Cronbach=0,86) ”.

De acordo com Maroco e Garcia-Marques (2006), a fiabilidade de um instrumento pode ser avaliada com recurso ao coeficiente alfa de *Cronbach*. Este permite averiguar a fiabilidade de uma medida e, por conseguinte, torna possível estudar a precisão de um instrumento.

Quando o coeficiente alfa de *Cronbach* é igual a 0,70 consideramos que o instrumento tem fiabilidade apropriada; quando é superior a 0,80 e inferior a 0,9 tem uma fiabilidade moderada a elevada; e acima dos 0,9 possui uma fiabilidade elevada. Deste modo, este instrumento possui uma fiabilidade moderada a elevada.

A versão atual deste instrumento possui também um espaço destinado à recolha de informação pessoal, biografia, motivo da avaliação, história clínica, comentários, sumário das necessidades e prioridades de intervenção em termos de cuidados de saúde.

Para além do seu objetivo de avaliação de necessidades, possui um âmbito mais alargado que passa por avaliar os problemas e necessidades existentes na população permitindo, desta forma, uma melhor gestão dos serviços, distribuição dos recursos e formulação de políticas adequadas. Por outro lado, fomenta o trabalho em equipa e valoriza a percepção individual das pessoas idosas (Sousa [et al.], 2003).

Pelas suas características psicométricas, consideramos este instrumento ótimo para a avaliação de vários domínios da qualidade de vida das pessoas idosas, sendo bastante útil para a caracterização do perfil de saúde dos idosos de uma população (Sousa [et al.], 2002).

Optamos por não preencher as questões abertas do *Easycare*, uma vez que tal é previsto pelas autoras da versão portuguesa quando a finalidade da sua utilização é a realização de investigação.

Todas as pontuações obtidas a partir das respostas a este questionário nomeadamente a Pontuação de Dependência, o Risco de Falha de Cuidado (que passamos a designar risco de falha do autocuidado), o Risco de Quedas e o Risco de Depressão foram calculadas, uma vez que estas constituem dados importantes para o alcance dos objetivos do estudo.

Para o estudo do perfil e sobrecarga dos cuidadores informais das pessoas idosas inquiridas foram aplicados dois questionários, sendo um de identificação e caracterização sociodemográfica e outro relativo à avaliação da sobrecarga do cuidador ou seja, a Entrevista de Zarit.

A Escala de Sobrecarga do Cuidador ou Entrevista de Zarit é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal e inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. O resultado desta escala traduz-se numa pontuação de 0 a 88, em que valores mais elevados significam maior risco de sobrecarga (Pereira e Sobral, 2006).

A Escala de Sobrecarga de Zarit é o instrumento de avaliação da sobrecarga do cuidador mais utilizado internacionalmente pois, tal como refere Sequeira (2010, p. 9), este *“apresenta um constructo multidimensional constituído por quatro factores (impacto da prestação de cuidados; relação interpessoal; expectativas com o cuidar e percepção de auto-eficácia)”* e revela uma boa consistência.

O questionário de caracterização sociodemográfica continha questões sobre o sexo, idade, data de nascimento, situação profissional, profissão, estado civil, etapa do ciclo vital familiar (baseada no Ciclo de Vida Familiar de Duvall), escolaridade, relação de parentesco com a pessoa idosa dependente, número de idosos ao seu cuidado, tempo de prestação de cuidados, horas que despende por dia na prestação de cuidados, apoio na prestação de cuidados, formação na área da geriatria e necessidades para melhorar os cuidados que presta ao idoso (Apêndice 2).

No âmbito do estudo do conhecimento das opiniões, expectativas e sugestões dos líderes da comunidade e no sentido de captar mais profundamente as subjetividades e regularidades, realizamos entrevistas semi-estruturadas.

Neste contexto, elaboramos um guião integrando perguntas abertas, direcionadas para as questões de investigação e objetivos do estudo (Apêndice 3).

De acordo com Fortin (2009), esta técnica é a mais utilizada e permite ao entrevistado maior liberdade para desenvolver as suas ideias, sem perder o fio condutor. Neste estudo, este aspeto mostrou-se facilitador na recolha da informação pretendida.

As entrevistas aos líderes da comunidade, nomeadamente aos Padres e aos representantes do poder local, permitiram-nos fazer um levantamento das potencialidades/ recursos e das necessidades da comunidade direcionados para as pessoas idosas, bem como conhecer a perceção destes acerca da qualidade de vida e bem-estar deste grupo etário, mas também perceber a heterogeneidade das dinâmicas de parceria locais.

A opção por estas técnicas e instrumentos de recolha da informação pareceu-nos a mais adequada dado que, quer o *Easycare* quer a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, têm sido muito utilizados em vários estudos em torno desta problemática da saúde das pessoas idosas.

A aplicação dos questionários às pessoas idosas foi realizada maioritariamente na UCSP de Barroelas, de forma a aproveitar o dia em que estas recorreram às consultas, mas também no domicílio, sempre tendo em conta a lista nominal de inscritos na base de dados do SAPE do CSB.

Os cuidadores informais foram entrevistados no mesmo momento que as pessoas idosas, dado que se encontravam presentes no domicílio ou no CSB, acompanhando o idoso à consulta.

Os representantes do poder local foram entrevistados nas sedes das respetivas Juntas de Freguesia, com exceção de um que foi entrevistado na sua residência por uma questão de oportunidade e rentabilização do tempo.

Os Padres foram entrevistados na residência paroquial com exceção de um que foi contactado por telefone, dada a sua limitada disponibilidade.

Para o tratamento das entrevistas semiestruturadas aos líderes da comunidade recorremos à técnica de análise de conteúdo. Para tal, após a realização das entrevistas gravadas em registo áudio, previamente autorizadas pelos entrevistados, fizemos a transcrição completa das mesmas.

Posteriormente procedemos à análise de conteúdo nos termos propostos por Bardin (1977). Segundo o mesmo autor a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas de análise do que é dito numa entrevista e cujo objetivo *“obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos, a descrição do conteúdos das mensagens”* (Ibidem, p.42).

Das várias leituras das entrevistas emergiram as categorias e subcategorias, obtidas através de *“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto,*

por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos” (Idem, p.117).

De acordo com Amado (2000), citado por Ferreira (2012, p. 46), a categorização dos resultados é uma fase criativa e deve seguir os seguintes princípios:

“exaustividade (abranger, por completo, o conjunto das unidades de sentido), exclusividade (uma unidade de registo não permanecer em mais do que uma categoria); homogeneidade (as categorias devem referir-se a um único tipo de análise); pertinência (adaptação da categorias aos objectivos da investigação e ao material em análise); objectividade (evitar-se a subjectividade na formulação das categorias, tornando-a utilizável por vários investigadores) e a produtividade (permitir a possibilidade de uma análise fértil, criadora de novos discursos)”.

Para o tratamento dos dados recolhidos através do questionário *Easycare* e da Entrevista de Zarit criamos uma base de dados no *software* aplicativo SPSS, versão 21 para *Windows* e, posteriormente, realizamos a análise estatística descritiva, nomeadamente através de medidas de tendência central e de dispersão, e inferencial.

Para a seleção dos testes estatísticos a aplicar tivemos em conta o nível de mensuração e a natureza da distribuição da amostra testada com a aplicação dos testes de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* (quando $n > 30$) e de *Shapiro-Wilk* (quando $n < 30$), de acordo com Maroco (2007).

Uma vez que os testes de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* e de *Shapiro-Wilk* são extremamente rigorosos e facilmente a sua aplicação resulta em rejeição da hipótese de normalidade (Paes, 2009), consideramos pertinente recorrer simultaneamente ao coeficiente de assimetria e curtose de acordo com Kline (2011).

Assim, sempre que esgotada a primeira possibilidade, a distribuição da amostra foi estuda com base no coeficiente entre o valor de assimetria pelo desvio padrão de assimetria e o valor do coeficiente da curtose pelo desvio padrão de curtose (Kline, 2011). Segundo este autor, verifica-se normalidade da amostra se os valores dos coeficientes descritos estiverem no intervalo [-3;3].

Recorreu-se assim, a testes paramétricos sempre que se tratava de variáveis nível de mensuração intervalar e distribuição normal. Nas restantes situações recorreu-se a testes não paramétricos.

Para a utilização do qui-quadrado respeitamos as condições que lhe estão subjacentes pois, segundo Maroco (2007, p. 107) *“este teste só pode ser aplicado com rigor quando se verificam todas as condições seguintes: (1) $N > 20$; (2) todos os E_{ij} sejam superiores a 1 e (3) pelo menos 80% dos E_{ij} sejam superiores ou iguais a 5”*. Nos casos em que estas condições não foram verificadas, procedemos ao agrupamento das variáveis respeitando

o significado do estudo, conforme é previsto pelo mesmo autor (Ibidem, 2007) ou optamos pela escolha de outro teste.

Nas situações em que se estudou a relação ente duas variáveis nominais com duas categorias (tabelas 2 x 2) foi aplicado o Qui-quadrado corrigido ou com correção de Yates, nos termos propostos por Pestana e Gageiro (2008).

A apresentação dos dados foi feita através de tabelas nos quais constam as frequências relativa e absoluta, sendo os dados apresentados sempre dos casos com maiores frequências para os menores, exceto nas variáveis ordinais.

1.6 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização deste estudo respeitamos todos os princípios éticos inerentes a uma pesquisa desta natureza nomeadamente a confidencialidade, a garantia de consentimento informado, livre e esclarecido dos participantes, o respeito pelos mesmos em todas as fases do estudo de forma a assegurar a privacidade, o direito a mudar de ideias e abandonar a investigação a qualquer momento, e a informação sobre benefícios do conhecimento obtido com a investigação para a qual contribuíram.

Todos os inquiridos foram informados das especificidades do estudo e só foram incluídos no mesmo depois de assinarem o documento de consentimento informado em duplicado, um para o próprio e outro para as investigadoras (Apêndice 6).

Segundo Fortin (2009, p. 180),

“[n]uma grande parte das disciplinas científicas, a investigação envolve um ou outro aspecto da actividade humana (...) Quaisquer que sejam os aspectos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência”.

Deste modo, visto que os investigadores podem provocar danos, conscientemente ou não, na integridade dos indivíduos, consideramos pertinente respeitar os seguintes princípios éticos: igualdade e justiça no tratamento, beneficência ou a obrigação moral de agir em prol do benefício do outro, não-maleficência ou o dever de não prejudicar o outro, autonomia das pessoas, respeitando as suas opções, valores e interesses, respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais.

Dada a sua importância, tivemos em conta todos estes princípios éticos ao longo da realização deste estudo e estes foram tidos em conta na declaração de compromisso (Apêndice 6).

Capítulo Dois

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No sentido de dar resposta às questões de investigação inicialmente levantadas e responder aos objetivos traçados, passamos à apresentação, análise e discussão dos resultados.

De forma a facilitar a compreensão da informação, optamos por organizar os resultados tendo em conta as três naturezas de vozes dos nossos inquiridos. Assim, iniciamos este capítulo com a apresentação e discussão dos resultados referentes às pessoas idosas, seguindo-se a informação relativa aos cuidadores informais e, por último, aos líderes comunitários.

No que se refere aos dois primeiros apresentamos a análise descritiva relativa à caracterização sociodemográfica e das dimensões da qualidade de vida e do bem-estar.

Na apresentação dos resultados relacionados com as pessoas idosas, em termos de análise descritiva incluímos a caracterização sociodemográfica e clínica obtida através da avaliação inicial do *Easycare*, as necessidades/ prioridades de intervenção referidas pelos idosos, bem como a pontuação e as escalas obtidas através das questões do *Easycare* (Pontuação Global de Dependência, Risco de Falha no Autocuidado, Risco de Quedas e Escala Geriátrica de Depressão).

Nos dados relativos aos cuidadores informais, nomeadamente na análise descritiva, mostramos apresentamos a caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais, abordamos também as necessidades referidas pelos mesmos na questão aberta do questionário aplicado e, por fim, apresentamos e interpretamos os resultados da Escala de Sobrecarga de Zarit.

No sentido de dar resposta às hipóteses delineadas em relação a cada um dos grupos referenciados (pessoas idosas e cuidadores informais), procedemos à análise inferencial no final da respectiva análise descritiva.

Os resultados relacionados com os líderes comunitários resultam do tratamento da informação recolhida através das seis entrevistas realizadas, nas quais procedemos posteriormente à técnica de análise de conteúdo. Estes serão apresentados numa terceira parte.

Optamos pela apresentação dos resultados seguida de análise e discussão dos mesmos, por consideramos mais facilitadora para a compreensão da informação e por nos parecer bem alinhada com os dois paradigmas em que se estriba o estudo.

Para a decisão dos testes de normalidade da amostra e dos testes estatísticos a aplicar em cada uma das hipóteses, tivemos em conta as características das variáveis e da distribuição da amostra, tal como já foi referido na metodologia.

Em toda a análise estatística realizada ao logo deste estudo, recorreremos a um erro amostral de 3.02% e a um nível de significância de 5% (Raosoft, Inc., 2004).

2.1 – RELATIVOS ÀS PESSOAS IDOSAS

Das 235 pessoas idosas da amostra, apenas 199 (84,7%) responderam ao *Easycare* dado que os restantes, nos termos recomendados pelos autores do instrumento, não reuniram condições para integrar o estudo. Assim, não responderam ao *Easycare* 36 pessoas idosas (15,3%) pelos motivos apresentados na Tabela 1.

Tabela 1: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o motivo de não participação no estudo

Motivo	n	%
Alzheimer	11	30,5
Demência	10	27,7
Recusa	5	13,8
Ausente do domicílio	3	8,3
Outros	7	19,4
Total	36	100,0

As ausências do domicílio estão relacionadas com uma hospitalização e dois casos em que os idosos se encontravam temporariamente a residir com familiares em outras freguesias. A categoria “Outros” diz respeito a casos em que os idosos apresentavam surdez (n=1), leucoencefalopatia isquémica (n=1), sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (n=4) e de Traumatismo Cranio-Encefálico (TCE) (n=1), com comprometimento acentuado da capacidade cognitiva.

2.1.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS

Para a caracterização das pessoas idosas inquiridas consideramos pertinente a apresentação dos dados recolhidos na primeira parte do questionário *Easycare*, nomeadamente a idade, freguesia de residência, sexo, estado civil, escolaridade, rendimento mensal, constituição do agregado familiar, situação profissional, a questão de cuidar de alguém ou ter alguém como cuidador, principais acontecimentos de vida, polimedicação, história clínica e número de internamentos hospitalares nos últimos três anos e respectivo motivo.

➤ **Idade**

Os idosos inquiridos (n=199) apresentavam idades compreendidas entre os 75 e os 96 anos, sendo a média de idades de 80,75 anos e o desvio padrão de 4,42. Comparando ambos os sexos, verificamos algumas diferenças, apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Medidas de dispersão relacionadas com a idade e o sexo dos idosos

Estatísticas	Homens	Mulheres
Média idade	80,57	80,86
Idade mínima	75	75
Idade máxima	96	93
Desvio padrão	4,078	4,629

Verificamos que homens e mulheres apresentam uma média de idades muito semelhantes, sendo que nos primeiros se observa uma amplitude superior.

De certo modo, a amostra estudada apresenta ligeiras diferenças em relação ao referido no Perfil Local de Saúde 2014 (ARS Norte, I.P., 2014), em que a esperança de vida à nascença para os homens é de 77,0 anos e para as mulheres 84,3. Porém, estas diferenças poder-se-ão explicar, pelo menos em parte, pelas assimetrias demográficas regionais da área de abrangência da ULSAM, E.P.E.

De facto, de acordo com dados da mesma fonte “a esperança de vida à nascença (80,8 anos) tem aumentado em ambos os sexos e é semelhante à da RN e do Continente” (Ibidem, 2014).

➤ **Freguesia de residência**

Relativamente à freguesia de residência, e tendo em conta o número de pessoas idosas residentes com 75 e mais anos e os critérios de inclusão no estudo, foram inquiridos 94 idosos da freguesia de Mujães (47,2%), 64 de Carvoeiro (32,2%) e 41 de Portela Susã (20,6%), conforme se apresenta na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a freguesia de residência

Freguesia	n	%
Mujães	94	47,2
Carvoeiro	64	32,2
Portela Susã	41	20,6
Total	199	100,0

➤ **Sexo**

No que diz respeito ao sexo, verificamos uma percentagem superior de mulheres em relação à percentagem de homens ou seja, 62,8% (n=125) dos idosos inquiridos eram mulheres e 37,2% (n=74) eram homens, conforme se pode observar na Tabela 4.

Tabela 4: Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas segundo o sexo

Sexo	n	%
Feminino	125	62,8
Masculino	74	37,2
Total	199	100,0

Esta distribuição das pessoas idosas inquiridas segundo o sexo vai ao encontro dos atuais dados da demografia em Portugal, nos quais se verifica que a percentagem de homens com 75 e mais anos é inferior à de mulheres com igual idade.

Porém, esta diferença na distribuição em termos do sexo estará bem presente na análise das relações em estudo, sendo referenciada sempre que a mesma ocorra.

Verifica-se igualmente, no distrito de Viana do Castelo, e de acordo com o Perfil Local de Saúde 2014 (ARS Norte, I.P., 2014), um aumento da proporção de crianças do sexo masculino e, inversamente, um aumento da proporção de mulheres a partir dos 65 anos.

A população da área de abrangência do CSB segue esta tendência que se verifica igualmente na nossa amostra, constituída maioritariamente por mulheres.

A questão da maior longevidade do sexo feminino relaciona-se, de acordo com alguns autores, com o estilo de vida, o papel social da mulher associado a trabalhos de menor risco, a alimentação, a presença de hormonas como os estrogénios que conferem proteção contra algumas patologias como por exemplo as doenças cardiovasculares, e a predisposição genética associada ao fator protetor do cromossoma X (Martins, 2012).

➤ Estado civil

Relativamente ao estado civil, verificamos que a maioria das pessoas idosas eram casados (54,3%, n=108), seguindo-se os viúvos (35,7%, n=71), os solteiros (9%, n=18) e por fim os separados/ divorciados (1%, n=2), conforme se pode observar na Tabela 5.

Tabela 5: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o estado civil

Estado civil	n	%
Casado(a)/ União de facto	108	54,3
Viúvo(a)	71	35,7
Solteiro(a)	18	9,0
Separado(a)/ Divorciado(a)	2	1,0
Total	199	100,0

Pela análise desta tabela verificamos que persistem as famílias tradicionais com uma reduzida percentagem de divorciados, o que poderá ser explicado pela especificidade cultural do Alto-Minho rural.

Cachadinha (2008, p. 7) num estudo sobre a educação e a família em meio rural realizado no distrito de Viana do Castelo, verificou que “o *modelo de família predominante hoje no meio social observado é o da família nuclear constituído por marido, esposa e filhos*”. No entanto, esta tipologia familiar, apesar de predominante, é cada vez menos frequente devido ao aumento do número de divórcios, principalmente nos casais mais jovens e à viuvez nos mais velhos que, no nosso estudo, constitui 35,7% dos casos.

➤ **Escolaridade**

Em relação aos anos de educação formal ou escolaridade, observamos que a maioria dos inquiridos ou seja, 71,4% (n=142) tem de 1 a 4 anos de escolaridade, tendo-se constatado no decorrer do estudo que destes, apenas uma pequena parte tem o quarto ano de escolaridade completo. Este dado não é possível quantificar dado que todas as respostas foram incluídas na opção “1 a 4 anos de escolaridade”.

Nesta questão ressalta o facto de verificarmos ainda uma elevada percentagem de analfabetismo, 26,6% (n=53). Para além disto, apenas 2%, correspondendo a 4 idosos, referiram ter mais do que a escolaridade mínima obrigatória (5-12 anos). Os dados recolhidos apresentam-se na Tabela 6, que se segue.

Tabela 6: Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas segundo a escolaridade

Escolaridade	n	%
Sem escolaridade	53	26,6
1 - 4 anos	142	71,4
5 - 12 anos	4	2,0
Total	199	100,0

Os dados apresentados permitem-nos concluir que, apesar de verificarmos uma percentagem considerável de pessoas idosas analfabetas, a percentagem de idosos com algum nível de instrução é superior. De acordo com Rodrigues (2012, p.79), *“a passagem a um nível de escolaridade mais elevado é um evento irreversível”* podendo esperar-se, no futuro, um aumento da proporção de idosos com níveis de instrução crescentes. Assim, é esperado que, *“à medida que o tempo avança, os grupos etários mais velhos fiquem cada vez mais escolarizados”* (Ibidem, p. 79).

Segundo dados do Perfil Local de Saúde 2014 (ARS Norte, I.P., 2014) a taxa de analfabetismo do distrito de Viana do Castelo é de 6,9%, sendo superior à da região norte, e no concelho de Viana do Castelo é de 4,4%.

Estes dados podem justificar o que foi encontrado na nossa amostra, embora se tenham verificado valores superiores aos valores médios do concelho para a percentagem de analfabetismo.

O facto de a nossa amostra ser constituída maioritariamente por mulheres de um grupo etário relativamente avançado e de um meio eminentemente rural, tendo este grupo sido

particularmente afectado pelas desigualdades de oportunidades de escolarização, pode ser uma explicação para a verificação deste dado.

Tendo em conta estes resultados, é fundamental que os enfermeiros e demais profissionais de saúde, na sua prática, adequem a linguagem ao nível de educação da população idosa a quem prestam cuidados. Por outro lado, importa ainda prestar atenção a sinais de carência socioeconómica, uma vez que baixos níveis de escolaridade normalmente condicionam o acesso a empregos mais qualificados, o que se pode refletir em reformas mais baixas.

➤ **Situação económica do agregado familiar**

Uma das questões do *Easycare* prendia-se com a situação económica do agregado familiar tendo em conta o rendimento no final do mês. A maior parte das pessoas idosas (77,9%, n=155) responderam que o rendimento do agregado familiar era mesmo à justa para as necessidades e apenas 11,6% (n=23), referiram sobrar algum dinheiro no final do mês, conforme se pode verificar pela análise da Tabela 7. A par disto, 10,6% das pessoas idosas (n=21) responderam que os rendimentos não chegam para as necessidades, tendo os mesmos de recorrer à ajuda de terceiros, principalmente dos filhos.

Tabela 7: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo o rendimento mensal

Rendimento mensal	n	%
É mesmo à justa para as necessidades	155	77,9
Sobra algum dinheiro	23	11,6
Não chega para as necessidades	21	10,6
Total	199	100,0

Consideramos pertinente referir que esta questão causou alguma desconfiança por parte dos idosos inquiridos, o que levou a que alguns questionassem se iria ser feito algum cruzamento de informação com os dados da SS. Julgamos que isto se verificou pelo facto das pessoas idosas terem receio de expor os seus rendimentos.

De notar que, apesar da actual situação de crise económica do país, são mais os idosos que referem sobrar algum dinheiro no final do mês do que aqueles em que não chega para as necessidades. Isto poderá estar relacionado com a grande percentagem de ex-emigrantes nas freguesias abrangidas pelo estudo, conforme poderemos constatar

adiante na questão relacionada com os principais acontecimentos de vida ou ainda, a sua adaptação a grandes exigências a que a vida os obrigou.

Apesar disto, e devido à atual conjuntura económica, muitas pessoas idosas auferem baixos rendimentos derivados de reduzidas reformas que são agravadas pela subida dos preços da medicação, pela atualização das taxas moderadoras e pelo aumento dos preços dos bens essenciais, como a alimentação e os gastos com a habitação.

Carneiro [et al.] (2012), num estudo sobre o envelhecimento da população portuguesa, constatou que 3 em cada 4 idosos têm reformas e pensões inferiores a 500 euros mensais. Isto permite concluir que, dado que as despesas dos agregados familiares constituídos por um idoso estão estimadas em 781 euros mensais, este grupo da população, em média, só consegue fazer face ao pagamento das despesas de habitação.

De acordo com os mesmos autores (Idem, p. 76) *“só 12 a 15% dos pensionistas de velhice da Segurança Social terão pensões que permitam cobrir as despesas mensais”*, situação que se agrava com o avançar da idade verificando-se, neste momento, um risco de pobreza de 24,4% nos idosos com 75 e mais anos, 4% superior ao verificado na União Europeia.

Relativamente ao suporte social traduzido no valor médio anual auferido pelos pensionistas da SS, verifica-se que, para a região norte, este é de 4419€ por ano e, para a área de abrangência da ULSAM, E.P.E. é de 3739€ (Portugal, ARS Norte, 2014).

Este valor médio da pensão da SS potencia o risco de pobreza e condiciona, à partida, o controlo das doenças crónicas no que diz respeito às questões da compra de medicação.

➤ **Constituição do agregado familiar**

Relativamente à questão acerca da constituição do agregado familiar verificamos que a maioria vive em casal (37,2%, n=74) ou com família alargada (31,2%, n=62). Apesar disto, 17,1% dos idosos inquiridos (n=34) vivem sozinhos.

Verificamos também que 14,6% dos inquiridos (n=29) referiram outra situação relativamente à questão “com quem vive”, que diz respeito a casos em que a pessoa idosa vive com apenas um familiar, normalmente um filho, um irmão ou um sobrinho. Estes dados podem ser analisados na Tabela 8.

Tabela 8: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a constituição do agregado familiar

Com quem vive	n	%
Em casal	74	37,2
Com família alargada	62	31,2
Sozinho(a)	34	17,1
Outra situação	29	14,6
Total	199	100,0

A questão da ruralidade das três freguesias alvo do estudo e a crise económica que o país atravessa são dois fatores importantes que justificam, de certa forma, o facto de uma elevada percentagem de idosos viver em família. Segundo Oliveira, Silva e Teixeira (2013, p. 7) “[o] perfil dos idosos está apresentando mudanças e, juntamente com ele, as famílias exibem novas configurações, em que os idosos estão deixando de serem os recebedores de auxílios e passando a ser suporte econômico familiar”.

De facto, em função das dificuldades financeiras e do desemprego, tem-se verificado nos últimos tempos o regresso dos filhos adultos, com as suas famílias, para a casa dos pais idosos, o que altera toda a dinâmica familiar.

Nos casos em que a tipologia familiar é nuclear, “a proximidade das residências das famílias nucleares, os laços de parentesco entre essas famílias e os mecanismos de entre ajuda existentes entre elas reconstituem a família extensa de outrora” (Cachadinha, 2008, p. 7), o que se verifica na nossa população.

➤ **Situação profissional**

No que diz respeito à situação profissional, todas as pessoas idosas eram reformadas (beneficiários de uma pensão de velhice resultante do pagamento de contribuições para a SS durante pelo menos 15 anos) ou pensionistas (beneficiários de uma pensão social de velhice, desde que tenham baixos rendimentos, e que não tenham direito à pensão de velhice) (Portugal, Direção-Geral da Segurança Social, 2014), sendo os primeiros em maior número.

No entanto, consideramos que estes dados não deveriam ser apresentados dado poder haver algum enviesamento dos mesmos, pois algumas pessoas idosas apresentaram dificuldades em especificar qual a sua situação profissional.

➤ **Idosos cuidadores**

Uma realidade bem presente nos dias de hoje, relacionada com o envelhecimento da população, consiste no facto de termos pessoas idosas a cuidar de outros idosos. Neste sentido, as pessoas idosas foram questionados se cuidavam, no momento, de alguém.

Verificamos que a maioria ou seja, 93,5% (n=186) não cuidavam de ninguém e apenas 6,5% (n=13) tinham alguém a quem prestar cuidados sendo que, nestes, a pessoa alvo dos cuidados era, na maior parte dos casos o cônjuge, e noutros, um irmão(ã) ou um(a) cunhado(a). Estes dados encontram-se apresentados na Tabela 9.

Tabela 9: Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas que são cuidadoras

Idosos cuidadores	n	%
Não	186	93,5
Sim	13	6,5
Total	199	100,0

A figura do cuidador idoso na pessoa do cônjuge ou dos filhos é cada vez mais frequente, dadas as alterações das dinâmicas familiares e demográficas, o que acarreta novos desafios para as equipas prestadoras de cuidados de saúde (Braz, 2008).

➤ **Pessoas idosas com cuidadores informais**

Em relação à questão “*Tem algum familiar ou amigo a prestar-lhe cuidados?*” observamos que 82,9% (n=165) dos inquiridos referiram não ter ninguém a prestar-lhes cuidados. No entanto, 17,1% (n=34) referiram beneficiar de cuidados informais da parte de algum familiar ou amigo, conforme se pode constatar pela análise da Tabela 10.

Tabela 10: Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas com cuidador informal

Idosos com cuidador informal	n	%
Não	165	82,9
Sim	34	17,1
Total	199	100,0

Esta questão não incluiu as pessoas idosas que beneficiavam de cuidados formais dado que, tendo em conta os objetivos do nosso estudo, o interesse incidiu sobre aqueles que têm cuidadores informais.

Os dados revelados corroboram a informação encontrada na literatura no que diz respeito ao facto de grande parte das pessoas idosas não beneficiarem de suporte de cuidados informais e, quando este existe, é prestado maioritariamente por elementos da família.

Pego (2013, p. 63), concluiu que existem limitações no atual modelo de prestação de cuidados a pessoas dependentes dado que existe *“uma proporção significativa dos idosos dependentes sem qualquer tipo de ajuda informal”*. Para além disto *“observa-se que os principais cuidadores informais são membros da família dos idosos”* (Ibidem, p. 64), o que vai a encontro dos resultados encontrados no nosso estudo.

Esta questão será retomada na caracterização do perfil dos cuidadores informais.

➤ **Acontecimentos de vida**

Relativamente à questão da biografia, optamos por questionar os inquiridos acerca do acontecimento de vida mais relevante ou marcante, com base na Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe (1967) para a categorização dos mesmos.

Posteriormente procedemos à recodificação da variável agrupando os vários acontecimentos de vida referidos pelas pessoas idosas nas seguintes categorias: *“Morte do cônjuge ou familiar próximo”*, *“Acontecimentos relacionados com a vida familiar”*, *“Acidente ou doença grave”*, *“Acontecimentos relacionados com a vida profissional”*, *“Mudança de hábitos/ condições de vida”*, *“Outros”* e *“Emigração”*.

De salientar que não tivemos em conta a ponderação dos acontecimentos de vida da Escala de Reajustamento Social de Holmes e Rahe dado que não se pretendia obter nenhum tipo de pontuação, mas sim agrupar os acontecimentos de vida mais marcantes para os idosos inquiridos, de forma a facilitar a análise dos dados.

Os acontecimentos de vida mais referidos pelos idosos inquiridos encontram-se apresentados na Tabela 11.

Após a análise dos dados verificamos que 28,6% (n=57) das pessoas idosas não responderam à questão, mencionando dificuldade em referir o acontecimento de vida mais marcante. Dos que responderam, 24,6% (n=49), referiram a emigração como o acontecimento de vida mais marcante.

A morte do cônjuge ou de um familiar próximo foi referida por 16,1% (n=32) das pessoas idosas, sendo que os familiares próximos mais referidos foram os pais ou filho(s).

Cerca de 6,5% (n=13) das pessoas idosas referiram “*acidente ou doença grave*” como o acontecimento de vida mais marcante, 6% (n=12) salientaram os “*acontecimentos relacionados com a vida familiar*” e, com os mesmos valores, verificamos a “*mudança de hábitos ou condições de vida*”.

Por último, 4,5% (n=9) das pessoas idosas enfatizaram os “*acontecimentos relacionados com a vida profissional*” como marcante nas suas vidas.

Tabela 11: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo os principais acontecimentos de vida

Acontecimentos de vida	n	%
Emigração	49	24,6
Morte do cônjuge ou familiar próximo	32	16,1
Acidente ou doença grave	13	6,5
Relacionados com a vida familiar	12	6,0
Mudança de hábitos/ condições de vida	12	6,0
Relacionados com a vida profissional	9	4,5
Outros	15	7,5
Não responde	57	28,6
Total	199	100,0

Os dados relacionados com a biografia das pessoas idosas inquiridas, categorizada nos acontecimentos de vida, revelam a tendência migratória verificada no século XX, principalmente no norte de Portugal.

De acordo com Oliveira (1982), citado por Cepeda (1995), de 1960 até 1975 verificou-se um aumento considerável do fluxo migratório no norte de Portugal, tendo este passado de cerca de 30 mil emigrantes no início deste período, para mais de 150 mil em 1970.

A perda de um familiar é um dos acontecimentos mais referido pelas pessoas idosas e que é referido na bibliografia como um factor gerador de stress (Holmes e Rahe, 1964). De facto, a experiência da perda de alguém significativo é sempre uma situação causadora de stress que pode conduzir a um luto mal conseguido cujos efeitos “*podem ser agravados nos casos em que a morte ocorre dentro do sistema familiar*” (Barbosa, Melchiori e Neme, 2011, p. 365).

Segundo a mesma autora, a perda de um membro da família é um acontecimento relevante “tanto para o indivíduo como para todo o sistema familiar” (Idem, p. 365), dados os seus efeitos e implicações que dependem da forma como cada pessoa lida com a morte e a compreende como fenómeno natural.

O facto de uma pessoa viver muitos anos faz aumentar a probabilidade de assistir ao falecimento de alguém significativo. Assim, consideramos que a morte de um familiar próximo constitui um dos acontecimentos mais marcantes na vida das pessoas idosas, tendo em conta todas as implicações que uma experiência de morte no seio familiar acarreta.

➤ **Principal patologia**

Relativamente à história clínica das pessoas idosas, e dado que se tornaria demasiado extenso registar todas as patologias das mesmas, estas foram questionadas quanto à patologia principal ou seja, aquela que, pela sua sintomatologia e características afetava mais a sua qualidade de vida e bem-estar.

Para a categorização das patologias, optamos por utilizar os grupos de patologias da CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 1992).

Os resultados permitiram concluir que, à semelhança do que se verifica no Perfil Local de Saúde 2014 (ARS Norte, 2014), as patologias mais frequentes são as do grupo das “Doenças do aparelho circulatório”, referidas por 34,2% (n=68) dos idosos inquiridos, seguindo-se as “Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo” referidas por 22,6% (n=45) das pessoas idosas.

De acordo com a mesma fonte (Idem, 2014), as doenças do aparelho circulatório representam uma taxa de mortalidade padronizada de 48,5 por 100000 habitantes na ULSAM, E.P.E., sendo esta superior à verificada na ARS Norte.

Destes grupos de patologias, as mais referidas foram, relativamente à primeira categoria, a hipertensão arterial, a insuficiência cardíaca e a hipercolesterolemia e, relativamente à segunda, as osteoartroses da coluna, anca e joelho e as cirurgias de ortopedia para colocação de próteses.

Em terceiro lugar surgem as “Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas”, referidas por 11,1% (n=22) dos idosos, conforme podemos observar na Tabela 12, dentro das quais a diabetes mellitus foi a patologia mais referida. De acordo com dados do Perfil Local de Saúde 2014 (ARS Norte, 2014), a diabetes representa uma taxa de mortalidade

padronizada de 7,8, em habitantes 100000 com menos de 75 anos que, apesar de ser inferior à verificada na ARS Norte e no Continente, é relativamente considerável.

As “Doenças do sistema nervoso” também foram referidas por uma percentagem considerável de pessoas idosas, 10,6% (n=21), destacando-se neste grupo as depressões e os distúrbios relacionados com a ansiedade.

As patologias menos referidas foram as do foro geniturinário (5,5%), respiratório (4,5%), do olho e anexos (4%), os neoplasmas (3%), as doenças do aparelho digestivo (3%), do ouvido e da apófise mastóide (1%) e os transtornos mentais e comportamentais (0,5%).

Tabela 12: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo os grupos de patologias

Grupos de patologias	n	%
Doenças do aparelho circulatório	68	34,2
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	45	22,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	22	11,1
Doenças do sistema nervoso	21	10,6
Doenças do aparelho geniturinário	11	5,5
Doenças do aparelho respiratório	9	4,5
Doenças do olho e anexos	8	4,0
Neoplasmas (tumores)	6	3,0
Doenças do aparelho digestivo	6	3,0
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	1,0
Transtornos mentais e comportamentais	1	0,5
Total	199	100,0

Estes dados não traduzem a prevalência de patologias na nossa amostra, mas sim os grupos de patologias valorizados pelos idosos em termos de qualidade de vida e bem-estar. No entanto, julgamos que permite ter uma ideia das patologias mais frequentes na nossa amostra e que vão ao encontro dos dados apresentados no Perfil Local de Saúde 2014 (ARS Norte, 2014) relativamente aos diagnósticos ativos dos utentes inscritos registados nos CSP, onde se destacam, por ordem decrescente, a hipertensão como principal diagnóstico, seguida das alterações do metabolismo dos lípidos, diabetes mellitus, perturbações depressivas, obesidade e osteoartrose do joelho.

➤ Polimedicação

O aumento da prevalência de diversas patologias associadas ao processo de envelhecimento relaciona-se frequentemente com a polimedicação. Esta é uma das questões que mais afeta as pessoas idosas, dado que estas fazem parte do grupo populacional que mais medicamentos consome.

Pelo que nos foi possível constatar após a pesquisa bibliográfica no âmbito desta temática, não existe consenso relativamente ao conceito de polimedicação. Alguns autores definem polimedicação como o uso simultâneo de diversos fármacos que podem variar na quantidade de 2 a 10 ou mais tipos de medicamentos (Santos e Almeida, 2010).

Assim, neste estudo, consideramos polimedicadas as pessoas idosas que referiram o uso regular de 5 ou mais tipos de fármacos, dado que é esta a definição de polimedicação mais frequentemente encontrada na literatura, sendo designada por alguns autores como *polimedicação major* (Frazier, 2005; Santis, 2009).

Após a recolha dos dados, observamos que 72,9% (n=145) das pessoas idosas são polimedicadas e 27,1% (n=54) não são polimedicadas. Destes últimos, 3,5% (n=7) não fazem qualquer tipo de medicação e os restantes fazem medicação em menor quantidade (menos de 5 fármacos). Os dados recolhidos encontram-se na Tabela 13.

Tabela 13: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo a polimedicação

Idosos polimedicados	n	%
Sim	145	72,9
Não	54	27,1
Total	199	100,0

Nesta questão, as pessoas idosas inquiridas refletiram em parte aquilo que se verifica na bibliografia acerca da problemática da polimedicação, na qual se constata que este grupo etário, dada a presença de patologias crónicas associadas à idade, é o maior consumidor de medicação (Santis, 2009).

Deste modo, as pessoas idosas apresentam um risco acrescido de serem medicadas de forma excessiva e inapropriada, o que pode conduzir a situações de *“alto risco de descompensação biológica e maior susceptibilidade a Reacções Adversas a Medicamentos”* (Idem, 2009, p. 9).

Santis (2009), num estudo realizado com o objetivo de estudar a frequência da polimedicação e da medicação potencialmente inapropriada numa população idosa em CSP verificou que 58,1 % dos utentes estudados na amostra eram consumidores crónicos de 5 ou mais fármacos, e somente 3,4% não consumiam qualquer tipo de medicamento.

Esta questão levanta alguns problemas relacionados com a importância da constante revisão terapêutica na qual o enfermeiro de família, parceiro do médico na equipa de saúde, tem um papel fundamental. Este, conhecendo todos os elementos do agregado familiar tem um papel essencial na gestão do regime terapêutico, conforme afirmam Santos e Almeida (2010, p. 160) *“para, em conjunto com o médico, ponderar/ sugerir que fármacos determinado cidadão deverá iniciar, continuar e/ou interromper, de modo a proporcionar o máximo benefício, aos menores riscos e custos”*.

➤ **Admissões hospitalares nos últimos 3 anos**

O número de admissões hospitalares nos últimos 3 anos e o motivo das mesmas são duas das questões do *Easycare* que se relacionam entre si. Neste âmbito, entendemos por admissão hospitalar qualquer episódio de internamento no decorrer do qual a pessoa idosa passou um período igual ou superior a um dia (24h) numa unidade de cuidados.

Relativamente ao número de admissões hospitalares verificamos que a maior parte das pessoas idosas inquiridas ou seja, 63,8% (n=127) não registaram nenhum internamento, 26,6% (n=53) referiram 1 internamento e os restantes 9,5% (n=19) mencionaram de 2 até o máximo de 6 admissões hospitalares, conforme podemos observar na Tabela 14.

Tabela 14: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo as admissões hospitalares nos últimos 3 anos

Número de admissões	n	%
Nenhuma	127	63,8
Uma	53	26,6
Duas	10	5,0
Três	5	2,5
Quatro	2	1,0
Cinco	1	0,5
Seis	1	0,5
Total	199	100,0

Em relação ao motivo da admissão hospitalar, os dados recolhidos encontram-se na Tabela 15, apresentada de seguida. Para a categorização das patologias, optamos por utilizar a designação da CID-10 (1998).

Assim, verificamos que, das 6,2% (n=72) pessoas idosas que referiam admissões hospitalares nos últimos 3 anos, 9% (n=18) foram internadas por patologias relacionadas com o sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, nomeadamente cirurgias do foro ortopédico como colocação de próteses, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório tais como cirurgias deste foro e AVC.

Tabela 15: Distribuição numérica e percentual das pessoas idosas segundo o motivo das admissões hospitalares

Grupos de patologias	n	%
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido	18	9,0
Doenças do aparelho circulatório	14	7,0
Doenças do aparelho digestivo	13	6,5
Doenças do aparelho geniturinário	9	4,5
Doenças do aparelho respiratório	7	3,5
Neoplasmas (tumores)	6	3,0
Doenças do olho e anexos	3	1,5
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	0,5
Transtornos mentais e comportamentais	1	0,5
Total	72	100,0

Terminada a apresentação dos dados relacionados com a caracterização sociodemográfica e clínica dos idosos inquiridos, passamos à apresentação e análise das pontuações obtidas através das questões do *Easycare*.

2.1.2 - NECESSIDADES/ PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO REFERIDAS PELAS PESSOAS IDOSAS

O questionário *Easycare* possui algumas questões de resposta aberta, sendo uma delas sobre as prioridades de intervenção e necessidades sentidas pela pessoa idosa.

Assim, no sentido de ir ao encontro dos objetivos inicialmente traçados para o nosso estudo, os idosos foram inquiridos acerca das suas prioridades e necessidades. No

entanto, do total de pessoas idosas inquiridas, apenas 59,3% (n=118) responderam à questão. Os restantes 40,7% (n=81) não responderam.

Alguns idosos referiram não ter necessidades e outros mostraram dificuldade na identificação das mesmas, provavelmente pela autonomia que ainda têm e pela adaptação às condições existentes condicionando expectativas mais elevadas.

Para facilidade de interpretação dos dados, agrupamos as necessidades referidas pelas pessoas idosas em categorias, conforme se pode constatar pela análise da Tabela 16.

Após a análise da referida tabela apresentamos as necessidades/ prioridades de intervenção citadas pelos idosos, tendo em conta a categoria em que foram inseridas.

Tabela 16: Distribuição numérica e percentual da amostra segundo as necessidades e prioridades referidas

Necessidades/ Prioridades	n	%
Saúde	55	27,6
Económicas	21	10,6
Combate à solidão	16	8,0
Segurança	4	2,0
Ocupação e lazer	4	2,0
Outras	18	9,0
Não responde	81	40,7
Total	199	100,0

A análise da tabela revela-nos que a saúde está no topo das necessidades/ prioridades referidas pelas pessoas idosas (27,6%), seguindo-se as económicas (10,6%) e a solidão (9%).

Reportando-nos àquilo que os idosos referiram, encontramos na categoria “**Saúde**” respostas como “Andar melhor das pernas”, “Assistência de saúde mediante as necessidades”, “Consultas sempre com o mesmo médico quando for ao centro de saúde”, “Continuar a ter boa assistência em saúde”, “Cuidados de enfermagem ao domicílio quando precisar”, “Curar o cancro”, “Dor melhor controlada”, “Ficar bom da coluna”, “Mais consultas médicas no centro de saúde”, “Não ter doenças”, “Não ter dor nos joelhos”, “Não ter dores nos braços”, “Não ter dores nos ossos”, “Não ter problemas de coração”, “Ouvir melhor”, “Poder andar melhor das pernas”, “Recuperar a visão”, “Recuperar da fratura do braço”, “Ser encaminhada pelo médico para oftalmologia”,

“Tratar a ansiedade”, Tratar os dentes e fazer mais fisioterapia”, Trocar de óculos”, “Uma prótese dentária nova” e “Ver melhor”.

Salientamos que o melhor controlo da dor foi referido por 3,5% (n=7) dos idosos inquiridos como uma necessidade/ prioridade. Esta é uma realidade que urge ter em conta, dado que a dor é o 5º sinal vital.

Na categoria necessidades/ prioridades **“Económicas”** encontramos respostas como *“Mais apoio económico”, “Mais dinheiro”, “Não ter tantas despesas”, “Pagar menos taxas moderadoras”, “Receber uma pensão maior”, “Recuperar casa e dinheiro que lhe roubaram”, “Uma reforma maior” e “Ter dinheiro para poder pagar um Lar”.*

Relativamente à categoria **“Outras”** referidas por 9% (n=18) dos idosos inquiridos, encontramos referências como *“Obras de remodelação da casa porque chove dentro”, “Paz”, “Apoio de alguém se ficar mais dependente”, “Empregada para ajudar nas tarefas domésticas”, “Fazer as pazes com o filho”, “Ter melhores condições em casa”, “Mudar de casa”, “Mudar para uma casa com condições”, “Não quero sair da minha casa”, “Visita domiciliária para tratamento à perna porque não tenho transporte”, “Ajuda para cuidar da cunhada, de quem cuido”, “Alguém para ajudar a cuidar do meu marido e da casa”, “Um cuidador 24 horas por dia”, “Ter uma casa de banho dentro de casa”, “Ter luz em casa”, “Ter mais alegria de viver” e “Alguém para ajudar nas tarefas domésticas”.*

Nesta categoria sobressaíram as questões relacionadas com as condições deficientes da habitação, referidas por 4% (n=8) das pessoas idosas, e a necessidade de ter um cuidador ou uma empregada para ajudar nas tarefas domésticas, referidas por 5% (n=10) das pessoas idosas.

No que diz respeito à categoria **“Solidão”**, as pessoas idosas referiram necessitar de *“Ter os filhos mais perto”, “Companhia”, “Mais companhia durante o dia”, “Ter a companhia de alguém para conversar”, “Ter a família mais perto”, “Ter alguém da família a morar comigo” e “Ter alguém para me acompanhar à noite”.*

De facto, a qualidade da rede de suporte social influencia o sentimento de solidão por parte das pessoas idosas, tal como referem Gouveia, Fragoeiro e Reis (2013) num estudo realizado acerca da solidão em idosos em contexto comunitário.

Segundo estes autores, idosos mais insatisfeitos com o suporte social demonstraram maiores níveis de solidão, o que levou a concluir que a solidão está dependente da rede de suporte social e da satisfação das pessoas idosas com o suporte social disponível (Idem, 2013).

Na categoria “**Segurança**”, citada por 2% (n=4) dos idosos, verificamos respostas como “*Ter alguém para me dar apoio*”, “*Ter um aparelho para chamar ajuda em caso de necessidade*”, “*Mais apoio na velhice*” e “*Viver num local mais próximo de serviços*”.

Relativamente à “**Ocupação e lazer**”, também referida por 2% (n=4) dos inquiridos, obtivemos referências a questões como “*Ter um local na freguesia para fazer exercício físico*”, “*Poder sair mais de casa*”, “*Sair mais de casa para passear e ver os filhos*” e “*Um Centro de Dia na freguesia para me distrair*”.

Finda a apresentação dos dados relacionados com a informação pessoal das pessoas idosas, passamos a apresentar as pontuações e as escalas obtidas através da pontuação das questões do *Easycare* que, no fundo, resumem a perceção dos idosos acerca da sua qualidade de vida e bem-estar.

2.1.3 – PONTUAÇÕES E ESCALAS DO *EASYCARE*

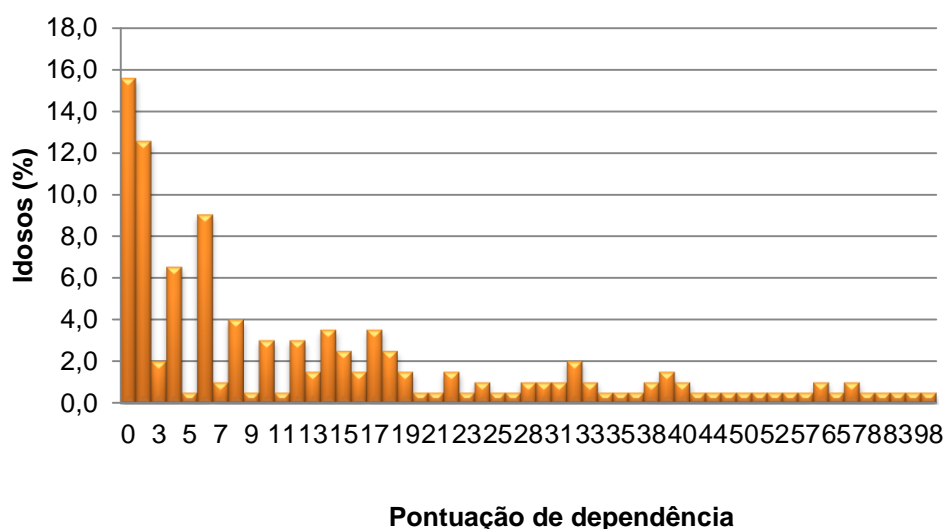
Às respostas obtidas no preenchimento do questionário *Easycare* são atribuídas pontuações que permitem, no final, o cálculo da Pontuação Global de Dependência, do Risco de Falha de Autocuidado, do Risco de Quedas e da Escala Geriátrica de Depressão, através da recodificação de variáveis.

Estas escalas constituem uma boa forma de avaliação global da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas. A sua apresentação será feita com recurso ao uso de gráficos e os dados estatísticos serão apresentados na Tabela 17, no final desta análise.

➤ **Pontuação de Dependência**

A pontuação de dependência, cujo somatório varia entre 0 e 100 pontos, permite avaliar a necessidade de apoio nas AVD. Pontuações mais elevadas predizem o aumento da dependência da pessoa idosa. De acordo com Sousa [et al.] (2003, p. 366) “*[e]ste instrumento não substitui o juízo clínico, pelo que não há um valor a partir do qual se identifica incapacidade*”.

Os dados recolhidos permitiram observar que a pontuação mínima obtida foi de 0 pontos, coincidindo com a moda, com uma frequência de 15,6% (n=31) dos idosos inquiridos. O valor máximo obtido foi de 98 pontos, resultado pertencente a um idoso (0,5%) da nossa amostra. A média de pontuação registada foi de 15,71, a mediana de 8 e o desvio padrão foi de 19,31. Estes dados podem ser observados na Tabela 17. A distribuição da pontuação obtida pode ser observada no Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição percentual da pontuação global de dependência

A análise do gráfico permite-nos concluir que a maioria da nossa população idosa atinge uma pontuação relativamente baixa no que diz respeito à dependência, visto que 79,4% das pessoas idosas apresenta pontuação igual ou inferior a 25, e 93% igual ou inferior a 50. No entanto, podemos constatar que 84,4% (n=168) das pessoas idosas apresenta alguma dependência nas AVD isto é, tem uma pontuação igual ou superior a 1.

São cada vez mais as pessoas idosas em situação de dependência,

“um problema grave de saúde, interferindo na Qualidade de Vida do idoso e do cuidador informal pelo que requer a tomada de medidas individuais, sociais, governamentais, devendo-se promover sempre a máxima autonomia, confiança e auto-valorização” (Grelha, 2009, p. 33).

Assim, a crescente dependência das pessoas idosas aumenta a necessidade de cuidados de saúde, nomeadamente de enfermagem. O enfermeiro de saúde comunitária deve estar sensibilizado para estas questões e desenvolver projetos baseados em parcerias e estratégias de atuação centradas não só na pessoa idosa dependente mas também no seu cuidador informal.

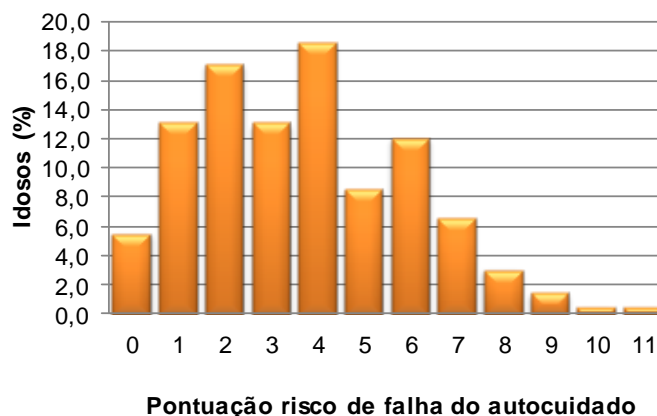
➤ **Risco de Falha do Autocuidado**

No risco de falha na prestação do autocuidado, cuja pontuação varia entre 0 e 12, valores mais elevados indicam que a pessoa idosa está mais susceptível à admissão hospitalar por falta de cuidados.

Nesta pontuação foi registado um mínimo de 0 pontos (5,5%, n=11) e um máximo de 11 (0,5%, n=1), sendo a média de 3,7 pontos, a moda de 4 e a mediana também de 4. O

desvio padrão foi de 2,29 conforme se pode verificar na Tabela 17. Os dados podem ser observados no Gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição percentual do risco de falha do autocuidado



A análise deste gráfico permite-nos concluir que estamos perante uma população onde existe algum risco de falha no autocuidado uma vez que 94,5% (n=188) das pessoas idosas tiveram pontuação igual ou superior a 1.

Apesar disto, nenhum idoso registou a pontuação máxima e 87,9% (n=187) tiveram pontuação igual ou inferior a 6 ou seja, metade ou menos da pontuação total.

Estes dados podem ser corroborados com o número de admissões hospitalares nos últimos três anos referidas pelas pessoas idosas, visto que 63,8% (n=127) não registaram nenhum internamento no referido período.

Alguns autores referem que, nos últimos anos de vida, particularmente a partir dos 85 anos, as pessoas idosas são mais consumidoras de cuidados de saúde, recorrendo de forma mais frequente aos serviços prestadores dos mesmos (Fechine e Trompieri, 2012).

Tendo em conta estes dados, importa atuar na prevenção do risco de falha do autocuidado no sentido de diminuir a frequência de admissões hospitalares por parte das pessoas idosas.

➤ **Risco de Quedas**

Esta pontuação varia de 0 a 8 pontos. O *Easycare* define que pontuações mais elevadas significam aumento do risco de quedas e/ou lesões resultantes das mesmas, sendo que três ou mais itens positivos indicam risco elevado.

Para facilidade de interpretação dos dados, e de acordo com as indicações do instrumento, definimos que pontuação igual a 0 significa “*Sem risco de quedas*”,

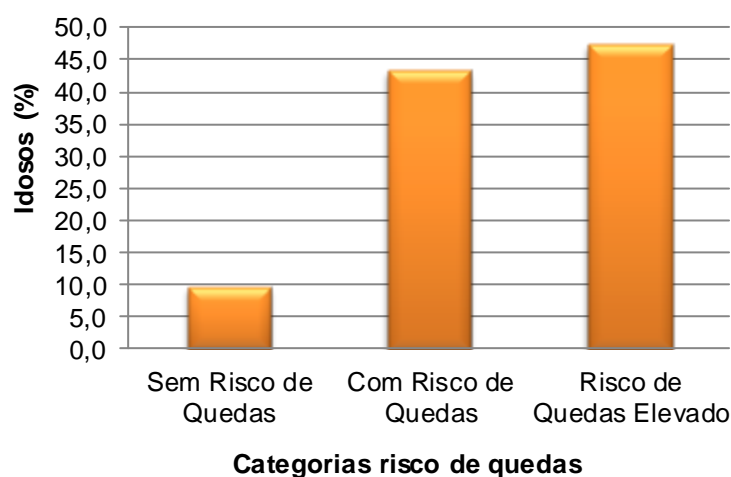
pontuação de 1 ou 2 “Com risco de quedas” e pontuação entre 3 e 8 “Risco de quedas elevado”.

Assim, verificamos que cerca de metade das pessoas idosas ou seja, 47,2% (n=94) apresentavam “Risco de quedas elevado” e 43,2% (n=86) apresentavam “Com risco de quedas”. Os restantes 9,5% (n=19) não apresentavam risco de quedas.

O valor mínimo registado foi 0 e o máximo foi 6, sendo a média de 2,45, a moda e a mediana de 2 e o desvio padrão de 1,48, como consta da Tabela 17.

Os resultados obtidos podem ser mais facilmente analisados através da observação do Gráfico 3.

Gráfico 3: Distribuição percentual do risco de quedas



Perante o gráfico e os dados apresentados, verificamos que o risco de quedas é uma das problemáticas das pessoas idosas da nossa amostra. De facto, as quedas são “*atualmente um importante problema de Saúde Pública a nível mundial, não só pela crescente incidência deste acidente mas, também, pela elevada morbilidade e mortalidade que provocam*” (Espada, 2012, p. 19).

As alterações associadas ao processo de envelhecimento tornam as pessoas idosas mais suscetíveis de sofrer quedas, devido às alterações a nível da visão, audição, perceção e tempo de resposta e reação mais lentos.

As quedas potenciam uma série de consequências que vão desde um simples traumatismo a uma fratura que pode comprometer definitivamente a autonomia do idoso, com implicações na vida do agregado familiar e/ou dos cuidadores informais.

Assim, de acordo com Espada (2012, p. 20), “[as] quedas acarretam custos diretos relativos ao tratamento e/ou internamento, mas também custos indiretos associados à perda de produtividade dos cuidadores destas pessoas idosas” pelo que é de todo

o interesse o investimento na informação da população sobre medidas de prevenção de quedas e promoção do envelhecimento ativo.

Apesar do risco de quedas não ser pontuado apenas com o número de quedas no último ano, consideramos interessante apresentar os resultados obtidos em relação à questão na área da “Mobilidade”, “*Nos últimos doze meses caiu alguma vez?*”.

Nesta questão, verificamos que 57,8% (n=115) das pessoas idosas referiram que não, 20,1% (n=40) responderam que caíram uma vez e 22,1% (n=4) dos idosos afirmaram ter caído duas vezes ou mais. Isto permite concluir que 42,2% das pessoas idosas inquiridas registaram pelo menos uma queda no último ano.

➤ Escala Geriátrica de Depressão

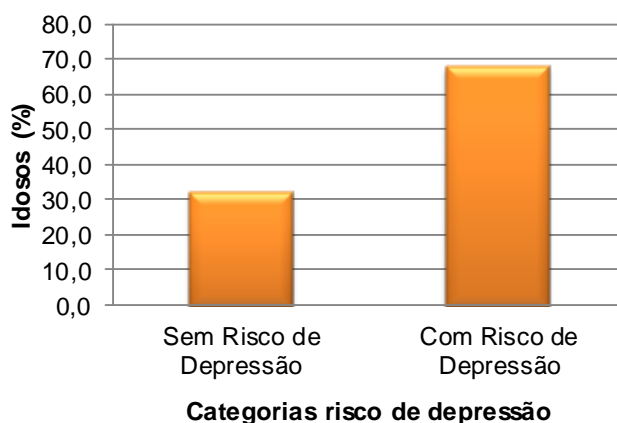
A Escala Geriátrica de Depressão, cujo somatório varia entre 0 e 4 pontos, pode ser indicativa da possibilidade de estarmos perante uma pessoa idosa com depressão.

Para facilidade de interpretação dos dados recolhidos, optamos por classificar a pontuação igual a 0 em “*Sem risco de depressão*” e a pontuação de 1 a 4 “*Com risco de depressão*”, tendo por base as orientações emanadas pelo *Easycare* que considera que uma pontuação total de 1 ponto ou mais, indica a possibilidade de estarmos perante uma depressão, pelo que a pessoa idosa deverá ser avaliada.

Na análise dos dados relacionados com esta escala, verificamos que 32,2% (n=64) dos idosos não apresentava risco de depressão ao passo que 67,8% (n=135) apresentava risco de depressão. Os dados obtidos encontram-se no Gráfico 4.

O valor mínimo registado foi de 0 e o máximo de 4, sendo a média de 1,32 e a moda e mediana de 1. O desvio padrão foi de 1,30. Estes dados encontram-se na Tabela 17.

Gráfico 4: Distribuição percentual da escala geriátrica de depressão



A interpretação destes dados permite-nos concluir que a nossa população idosa tem, maioritariamente, risco de desenvolver depressão.

De acordo com dados do Perfil Local de Saúde 2014 (ARS Norte, I.P., 2014), as perturbações depressivas representam 5,5% da proporção de inscritos por diagnóstico ativo de acordo com os registos dos CSP, constituindo a quarta patologia mais frequente, tendo esta vindo a aumentar nos últimos anos.

De facto, a depressão é uma perturbação que afeta pessoas de todas as idades, sendo muito comum na população idosa. Segundo (Fernandes [et al.] 2011) cerca de 10 a 15% dos idosos que vivem na comunidade apresentam sintomas depressivos.

Seguidamente apresenta-se a Tabela 17 que sintetiza os dados da análise estatística relativamente às escalas e pontuações apresentadas.

Tabela 17: Estatísticas gerais da amostra em relação à pontuação de dependência, ao risco de falha do autocuidado, risco de quedas e risco de depressão

	Mínimo	Máximo	Média	Moda	Mediana	Desvio padrão
Pontuação de dependência	0	98	15,71	0	8	19,31
Risco de falha do autocuidado	0	11	3,70	4	4	2,29
Risco de quedas	0	6	2,45	2	2	1,48
Escala geriátrica de depressão	0	4	1,32	1	1	1,30

Após esta abordagem das pontuações e escalas possíveis de obter com a aplicação do questionário *Easycare*, apresentamos a análise inferencial relativa aos dados das pessoas idosas.

2.1.4 – ANÁLISE INFERENCIAL

Seguidamente apresentamos o teste das hipóteses inicialmente definidas para este estudo, tendo em conta os objetivos do mesmo. Esta análise segue a ordem das hipóteses referida na metodologia.

Tendo por base o enunciado na metodologia e para a análise inferencial, utilizamos vários testes de normalidade e testes estatísticos paramétricos e não paramétricos. A escolha destes baseou-se na normalidade ou não da amostra e nas características das variáveis, nomeadamente no que diz respeito ao número de categorias. A tabela síntese da análise inferencial encontra-se em anexo (Apêndice 6).

Hipótese 1 – A dependência está correlacionada com a idade das pessoas idosas

Tendo em conta que as variáveis envolvidas nesta hipótese não seguem distribuição normal, após o estudo da normalidade pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* e pelo coeficiente de assimetria e curtose, recorremos ao coeficiente de correlação de *Spearman* cujo valor foi $p=0,4999$ e o valor de $p=0,000$.

Verificamos assim, uma correlação estatisticamente significativa moderada entre a idade das pessoas idosas e a pontuação global de dependência.

O processo de envelhecimento, com as suas alterações a nível funcional, conduz a processos patológicos que conduzem a pessoa idosa a uma perda gradual da autonomia e independência.

Deste modo, alguns autores caracterizam o envelhecimento como “*um período de crescente vulnerabilidade e de cada vez maior dependência no seio familiar*” (Fechine e Trompieri, 2012, p. 107).

Com o avançar da idade as alterações decorrentes do envelhecimento podem acentuar-se, sendo que alguns autores defendem que, a partir dos 85 anos, os idosos requerem mais cuidados institucionais, de enfermagem, ou ambos (Shephard, 2003, citado por Fechine Trompieri, 2012).

Sudré [et al.] (2012, p. 950) ao estudar a prevalência da dependência entre idosos e os fatores de risco associados, também verificou uma associação significativa entre a dependência e a idade.

Nesse estudo, os investigadores observaram uma maior “*prevalência da dependência nos idosos com 80 anos ou mais em relação àqueles com idade entre 60 e 79 anos*” (Idem, p. 950).

O mesmo também foi observado por Sousa [et al.] (2003, p. 369) que refere uma predominância dos idosos autónomos “*no escalão etário mais baixo (75-79 anos)*”.

➤ **Hipótese 2 – A dependência é diferente entre homens e mulheres**

Alguns estudos referem que um dos fatores de risco associados à dependência é o sexo das pessoas idosas (Sudré [et al.], 2012; Sousa [et al.], 2003), pelo que consideramos pertinente verificar esta hipótese na nossa amostra.

Para o estudo da normalidade da distribuição, nos termos enunciados na metodologia, recorremos ao teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Tendo em conta que o valor de $p < 0,05$,

não há condições para rejeitar a H_0 pelo que assumimos que as variáveis não seguem distribuição normal.

Procedemos assim ao estudo da normalidade através do coeficiente de assimetria e curtose, segundo Kline (2011), cujos resultados se apresentam na Tabela 18.

Tabela 18: Resultado dos coeficientes de assimetria e curtose das variáveis pontuação de dependência e sexo das pessoas idosas

Variáveis	Medida	Valor	Desvio padrão	Coefficiente
Pontuação dependência	Assimetria	1,957	0,172	11,38
	Curtose	3,968	0,343	11,57
Sexo	Assimetria	-0,534	0,172	-3,10
	Curtose	-1,732	0,343	-5,05

Tal como se pode constatar na tabela anterior, assumimos que a variável não segue distribuição normal. Assim, tendo em conta as características das variáveis em estudo e o facto de estarmos perante uma amostra assimétrica, para o teste da hipótese foi utilizado o teste *U de Mann-Whitney*, tendo-se obtido o valor de teste $U=3660,5$ e o valor $p=0,014$.

Verificamos assim a existência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, no que diz respeito à pontuação de dependência.

Analisando os dados relacionados com a pontuação de dependência de ambos os sexos (Tabela 19), constatamos que as mulheres da nossa amostra apresentam pontuação mais elevada em relação aos homens.

Tabela 19: Distribuição da pontuação de dependência segundo o sexo

Estatísticas	Homens	Mulheres
Pontuação média	12,89	17,38
Pontuação mínima	0	0
Pontuação máxima	90	98
Desvio padrão	18,994	19,382

De facto, alguns estudos, nomeadamente Sudré [et al.] (2012) e Sousa [et al.] (2003), referem que as mulheres apresentam maior perda da autonomia em relação aos homens com igual idade, o que “*pode indicar uma tendência para que as mulheres idosas apresentem um índice superior de limitações*” (Sousa [et al.], 2003, p. 369).

Hipótese 3 – O risco de quedas está relacionado com a idade das pessoas idosas

As quedas “são os acidentes domésticos mais graves e mais frequentes entre as pessoas mais velhas”, verificando-se que cerca de 30% dos idosos com mais de 65 anos caem pelo menos uma vez por ano, sendo que estes valores “*umentam em pessoas a partir dos 75 anos*” (Espada, 2012, p. 15). Deste modo, consideramos pertinente relacionar o risco de quedas com a idade das pessoas idosas.

De forma a facilitar a análise dos dados e para responder às exigências do teste qui-quadrado tal como referido na metodologia, a variável idade foi agrupada em 2 categorias: 1) 75 aos 85; e 2) 86 aos 96 anos. Na Tabela 20 apresentamos os resultados do teste da hipótese.

Tabela 20: Distribuição numérica e percentual da população segundo o risco de quedas e a idade

Risco de Quedas	Idade				Total	
	75 – 85 anos		86 – 96 anos		n	%
	n	%	n	%		
Sem Risco de Quedas	17	8,5	2	0,5	19	9,5
Com Risco de Quedas	77	38,7	9	4,5	86	43,2
Risco de Quedas Elevado	72	36,2	22	11,1	94	47,3
Total	166	83,4	33	16,6	199	100

Teste $\chi^2 = 5,993$ $p = 0,50$

Assim verificamos que, no estudo, não existe relação estatisticamente significativa entre a idade das pessoas idosas e o risco de quedas.

No entanto, Contreias, Rodrigues e Nunes (2011, p. 36) no Relatório “ADELIA” constataram que as quedas foram os acidentes mais frequentes em todas as idades “*com um peso mais acentuado nos grupos etários extremos, em especial nos indivíduos com 75 ou mais anos, onde as quedas representaram 90,4% (2006), 90,2% (2007) e 92,3% (2008) dos acidentes registados*”.

Também Espada (2012, p. 15) no seu relatório final do projeto de prevenção das quedas, observou que “[o] risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, o que coloca este evento como um dos grandes problemas de saúde pública devido ao aumento expressivo da proporção de pessoas idosas em muitos países do mundo”.

Apesar destes achados, na nossa amostra isto não foi verificado, o que pode estar relacionado com o facto do risco de quedas depender da pontuação de oito variáveis tais como: dificuldade em ver; dificuldade em deslocar-se (da cama para a cadeira); problemas com os pés; frequência de quedas no último ano; incapacidade de sair de casa; falta de segurança no domicílio; falta de segurança fora de casa; e ingestão excessiva de álcool.

➤ **Hipótese 4 – O risco de quedas está relacionado com o sexo das pessoas idosas**

Alguns estudos revelam que o risco de quedas nas pessoas idosas é maior no sexo feminino no entanto, Contreias, Rodrigues e Nunes (2011, p. 36), num estudo realizado relativamente à prevalência das quedas, verificaram que “[as] diferenças entre os sexos não foram muito notórias”.

Assim, consideramos pertinente verificar esta hipótese no nosso estudo, cujos resultados se encontram na Tabela 21.

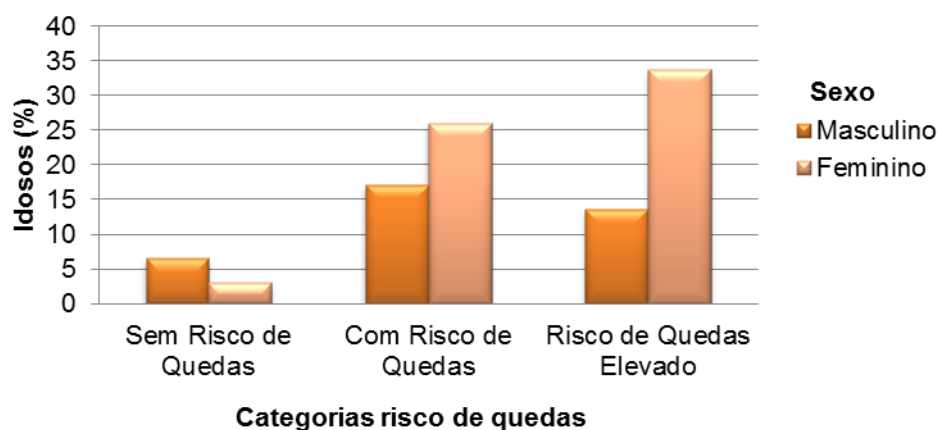
Tabela 21: Distribuição das pessoas idosas segundo o risco de quedas e o sexo

Risco de Quedas	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Sem Risco de Quedas	13	6,5	6	3,0	19	9,5
Com Risco de Quedas	34	17,1	52	26,1	86	43,2
Risco de Quedas Elevado	27	13,6	67	33,7	94	47,2
Total	74	37,2	125	62,8	199	100

$$\chi^2 = 11,021; \quad p = 0,004$$

Conforme podemos verificar pela análise da tabela concluímos que, na nossa amostra, existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de quedas e o sexo.

A análise do Gráfico 5 permite-nos observar a distribuição do risco de quedas segundo o sexo, na qual as mulheres revelam maior risco.

Gráfico 5: Distribuição percentual do risco de quedas segundo o sexo das pessoas idosas

Gai [et al.] (2010, p. 330) vai ao encontro daquilo que encontramos na nossa amostra ao referir que as “populações mais vulneráveis à ocorrência de queda” são, entre outros, “as mulheres”.

➤ Hipótese 5 – A idade das pessoas idosas influencia o risco de depressão

As mudanças associadas ao avanço da idade ao nível dos sistemas endócrino, neurológico e fisiológico, contribuem para um declínio progressivo do humor do qual resulta uma maior sensibilidade em termos afetivos e, conseqüentemente, maior risco de depressão.

Estudada a normalidade através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, e constatando-se que as variáveis não seguem a normalidade, procedemos à aplicação do coeficiente de assimetria e curtose, cujos resultados apresentamos na Tabela 22.

Tabela 22: Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose das variáveis risco de depressão e idade das pessoas idosas

Variáveis	Medida	Valor	Desvio padrão	Coefficiente
Risco de depressão	Assimetria	-0,770	0,172	-4,48
	Curtose	-1,422	0,343	-4,15
Idade	Assimetria	0,763	0,172	4,44
	Curtose	0,145	0,343	0,42

Dado que estamos perante uma amostra com distribuição assimétrica, optamos pela utilização de um teste não paramétrico para o teste desta hipótese, o *U de Mann-Whitney*, cujo valor foi $U=3705,5$ e $p=0,104$.

Tendo em conta estes dados, aceitamos a H_0 e concluímos que na nossa amostra não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a idade das pessoas idosas e o risco de depressão.

Segundo Drago (2011), com o passar dos anos as pessoas idosas ficam mais suscetíveis à depressão, embora em muitos casos esta seja mal diagnosticada.

No entanto, e de acordo com a mesma autora, a depressão não deve ser entendida como condição normal do processo de envelhecimento, ela é antes o resultado de uma série de fatores que estão muitas vezes associados na vida da pessoa idosa e que tendem a acontecer em idades mais avançadas.

Assim, o surgimento de doenças crónicas “*bem como uma série de dependências que advém quer destas doenças quer do próprio envelhecimento normal*” ao longo do qual se verifica “*uma maior vulnerabilidade e fragilidade na população idosa, não só devido a um aspeto psicológico, social e cultural, mas também biológico*” (Drago, 2011, p. 26), potenciam o risco de depressão na pessoa idosa.

Deste modo, podemos concluir que a depressão na pessoa idosa não é apenas resultado da idade, mas depende de múltiplos factores e está relacionada com perdas a vários níveis nomeadamente afetivo, económico e social.

➤ **Hipótese 6 – O risco de depressão está relacionado com o sexo das pessoas idosas**

Dadas as características das variáveis em estudo não aplicamos o teste de normalidade e optamos por um teste estatístico não paramétrico, nomeadamente o qui-quadrado, cujos resultados apresentamos na Tabela 23.

Tabela 23: Resultado do teste estatístico para a relação risco de depressão e sexo

Risco de Depressão	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Sem Risco de Depressão	35	17,6	29	14,6	64	32,2
Com Risco de Depressão	39	19,6	96	48,2	135	67,8
Total	74	37,2	125	62,8	199	100

$$\chi^2 = 12,371; \quad p = 0,000$$

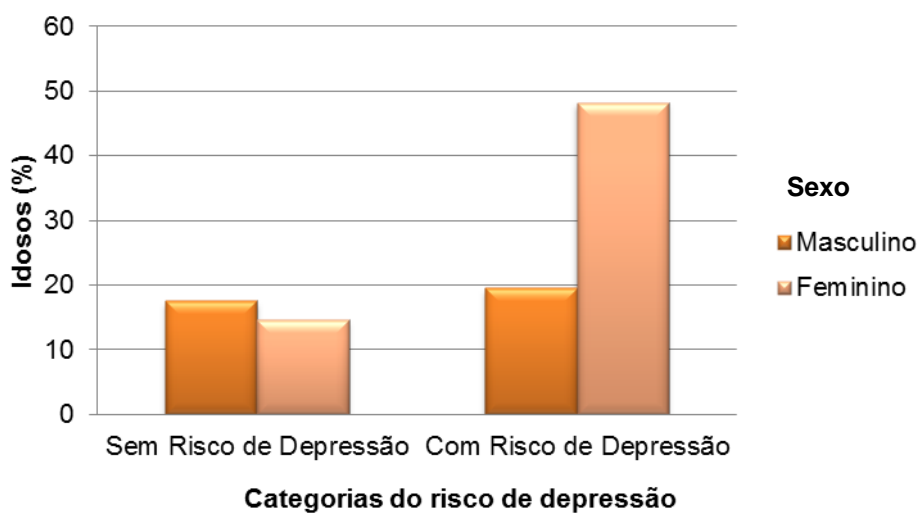
Optamos pelo valor do qui-quadrado resultante da fórmula tradicional ou seja, sem correção de continuidade (de Yates) tendo em conta que $n \geq 40$ e em nenhuma célula da

tabela de 2x2 é esperada uma contagem inferior a 5, de acordo com Pestana e Gageiro (2008). Assim, o valor de teste para esta hipótese é $\chi^2=12,371$ e $p=0,000$.

Podemos então concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a depressão e o sexo.

A análise do Gráfico 6 permite-nos observar a distribuição destas duas variáveis na nossa amostra.

Gráfico 6: Distribuição percentual do risco de depressão segundo o sexo



São vários os estudos epidemiológicos que comprovam que a depressão tem maior incidência no sexo feminino, entre os quais Loureiro (2009) e Drago (2011). Esta última constatou que “as mulheres são mais depressivas que os homens” (Ibidem, p. 59).

➤ **Hipótese 7 – O risco de falha do autocuidado está correlacionado com a idade das pessoas idosas**

Tal como já foi referido, as alterações funcionais características do processo de envelhecimento acarretam perda da autonomia e aumento da dependência de terceiros para o autocuidado.

Para além disto, o aumento do risco de quedas, dos problemas de saúde, das dores corporais, do risco de depressão e da perda de memória, potenciam o aumento do risco de falha do autocuidado.

Para a nossa amostra pretendemos verificar se existia alguma correlação entre o risco de falha no autocuidado e a idade das pessoas idosas.

Para o teste de distribuição da normalidade utilizamos o *Kolmogorov-Smirnov*, tendo-se verificado que a amostra não segue a distribuição normal. Assim, recorreremos aos coeficientes de assimetria e curtose cujos resultados se encontram na Tabela 24.

Tabela 24: Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose das variáveis risco de falha do autocuidado e idade das pessoas idosas

Variáveis	Medida	Valor	Desvio padrão	Coefficiente
Risco falha autocuidado	Assimetria	0,475	0,172	2,76
	Curtose	-0,246	0,343	-0,72
Idade	Assimetria	0,763	0,172	0,44
	Curtose	0,145	0,343	0,42

Conforme se pode observar pela análise da tabela, todos os resultados dos coeficientes de assimetria e curtose se encontram no intervalo $[-3; 3]$ pelo que se assume que a amostra segue distribuição normal.

Assim, optamos pela aplicação de um teste paramétrico, nomeadamente o coeficiente de correlação de *Pearson* cujo resultado foi de $p=0,259$ e o valor de $p= 0,000$.

Tendo em conta estes resultados, aceitamos a *H0* e concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas entre o risco de falha do autocuidado e a idade.

➤ **Hipótese 8 – O risco de falha do autocuidado está relacionado com o sexo das pessoas idosas**

Tal como referimos na hipótese anterior, para a avaliação do risco de falha do autocuidado de acordo com o questionário *Easycare*, são tidas em conta algumas questões relacionadas com a ajuda no autocuidado, a prevalência das quedas, a perceção da saúde, as dores corporais, a depressão e a perda de memória ou esquecimento.

Relativamente a estas questões, verificamos ao longo deste estudo que as mulheres são mais dependentes nas AVD, têm maior risco de quedas e maior risco de depressão.

Ora todos estes fatores contribuem para o aumento do risco de falha no autocuidado, pelo que poderíamos, à partida, considerar que este é maior nos sujeitos do sexo feminino, quando comparados com os do sexo masculino.

Apesar destas constatações, esta suposição foi testada estatisticamente.

Antes da aplicação do teste estatístico realizamos o teste da normalidade de distribuição da amostra. Para tal, recorremos ao teste de *Kolmogorov-Smirnov* cujos valores de $p=0,000$ para ambas as variáveis, pelo que não temos evidências para assumir a hipótese de normalidade da amostra.

Após este teste de normalidade, calculamos o coeficiente de assimetria e curtose, tal como já foi enunciado na metodologia e seguido no presente trabalho e cujos resultados apresentamos na Tabela 25.

Tabela 25: Resultados dos coeficientes de assimetria e curtose das variáveis risco de falha no autocuidado e sexo das pessoas idosas

Variáveis	Medida	Valor	Desvio padrão	Coefficiente
Risco falha autocuidado	Assimetria	0,475	0,172	2,76
	Curtose	-0,246	0,343	-0,71
Sexo	Assimetria	-0,534	0,172	-3,10
	Curtose	-1,732	0,343	-5,05

Como se pode verificar pela análise da tabela anterior, não podemos assumir a distribuição normal da amostra. Assim, tendo em conta as características das variáveis em estudo e o facto de estarmos perante uma amostra assimétrica, para o teste da hipótese foi utilizado um teste não paramétrico, nomeadamente o teste *U de Mann-Whitney*.

Este teste, cujo resultado foi $U= 2691,50$ e $p=0,000$, permitiu-nos rejeitar a H_0 pois constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que diz respeito ao risco de falha do autocuidado.

➤ **Hipótese 9 – O risco de quedas está correlacionado com a polimedicação**

Um dos fatores de risco para as quedas é a polimedicação ou seja, o uso simultâneo de vários tipos de medicamentos, tendo-se constatado que “a *toma de antipsicóticos, antidepressivos, sedativos e alguns fármacos para o sistema cardiovascular*” potencia o risco de quedas (Soares, 2009, p. 67).

Dado que a maior parte dos nossos idosos (72,9%) são polimedicados, 34,2% referem como principal patologia as doenças cardiovasculares e 67,8% apresentam risco de

depressão, consideramos pertinente confirmar a hipótese da correlação do risco de quedas com a polimedicação, na nossa amostra.

Não foi aplicado o teste do qui-quadrado dado que existem 44,4% das células com frequências esperadas inferiores a 5. Desta forma, utilizamos o coeficiente de correlação de *Spearman*, cujo resultado apresentamos na Tabela 26.

Tabela 26: Resultado do teste estatístico para a relação risco de quedas e polimedicação

Risco de Quedas	Polimedicação				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Sem Risco de Quedas	12	6,0	6	3,0	19	9,6
Com Risco de Quedas	58	29,1	26	13,1	86	43,2
Risco de Quedas Elevado	75	37,7	15	7,5	94	47,2
Total	145	72,8	47	23,6	199	100

$$p = -0,140; \quad p = 0,048$$

Analisando o resultado do teste, em que $p = -0,140$, e o valor de $p = 0,048$, podemos concluir que existe correlação negativa entre a polimedicação e o risco de quedas na nossa amostra ou seja, as variáveis variam em sentidos opostos.

Isto significa que o aumento de uma variável, implica a diminuição da outra o que contraria os achados bibliográficos.

Contudo, uma vez que a avaliação do risco de quedas é feita através de vários fatores/variáveis como a perda de visão, dificuldades de locomoção, problemas com os pés, ocorrência de quedas, incapacidade de sair de casa, falta de segurança no domicílio e fora de casa e ingestão excessiva de álcool, consideramos que a junção de todas estas variáveis pode potenciar algum enviesamento dos dados, principalmente num questionário de autoperceção como o *Easycare*.

A título de exemplo, a perceção do consumo excessivo de álcool, uma das variáveis do risco de quedas, foi citado por apenas 8 idosos (4,02%). Esta percentagem parece-nos reduzida num meio rural do Alto-Minho onde o abuso crónico do álcool corresponde a 1,4% do total de inscritos nos CSP com diagnóstico ativo, sendo este valor superior ao verificado no país e na região norte (Portugal, ARS Norte, I.P, 2014).

Após o teste das hipóteses relativas à análise inferencial da informação recolhida junto das pessoas idosas, segue-se a caracterização do perfil dos cuidadores informais, a apresentação das suas necessidades/ prioridades de intervenção, a identificação dos seus níveis de sobrecarga bem com o teste da H10 ou seja, da relação entre esta última variável e a dependência das pessoas idosas.

2.2 - RELATIVOS AOS CUIDADORES INFORMAIS

Seguidamente apresentamos os dados da estatística descritiva e inferencial relacionados com os cuidadores informais dos idosos inquiridos, resultantes da aplicação do questionário de caracterização sociodemográfica e da Escala de Sobrecarga de Zarit.

No nosso estudo foram identificados 40 cuidadores informais, alguns dos quais cuidavam de mais do que uma pessoa idosa.

Do total de idosos entrevistados, apenas 1 referiu receber ajuda total de um cuidador privado, pago por ele próprio, ao passo que 44 beneficiavam do apoio de um cuidador informal, por vezes apoiado na prestação de cuidados por um familiar, por um vizinho ou por uma IPSS.

De acordo com Fernandes e Garcia (2009, p. 58) os determinantes de sobrecarga relacionados com o cuidador envolvem a sua *“idade, estado civil, nível de escolaridade, renda familiar; exercício simultâneo de papéis”* entre outros, pelo que consideramos pertinente a caracterização do perfil e do nível de sobrecarga dos cuidadores informais, que apresentamos de seguida.

2.2.1 - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES INFORMAIS

Tal como já foi referido, entrevistamos 40 cuidadores informais das pessoas idosas inquiridas, independentemente destas terem condições para integrar o estudo.

A apresentação dos dados é feita através de tabelas nas quais constam as frequências relativa e absoluta. A discussão surge posteriormente à apresentação das mesmas, de forma a facilitar a leitura e interpretação dos dados.

➤ **Sexo**

Relativamente ao sexo, verificamos que a maioria dos cuidadores informais ou seja, 82,5% (n=33), eram mulheres e apenas 17,5% (n=7) eram homens.

Isto revela que, apesar das mudanças estruturais no seio da família e na sociedade, as mulheres continuam a ser as principais cuidadoras dos seus familiares.

Marques [et al.] (2011, p.946) num estudo sobre o apoio social do cuidador informal também verificou uma *“prevalência de familiares cuidadores do sexo feminino”*, tal como verificamos no nosso estudo.

Também Nardi (2012), num estudo realizado com cuidadores informais verificou que 90,4% dos cuidadores eram do sexo feminino.

Assim, estes dados vão de encontro aquilo que pode ser encontrado na literatura, no âmbito desta temática.

De facto, socialmente e culturalmente o ato de cuidar sempre esteve ligado ao sexo feminino e, atualmente, apesar da *“maior inserção da mulher no mercado de trabalho, os dados reforçam que o papel de cuidadora principal continua sendo designado ao sexo feminino”* (Nardi, 2012, p. 103).

O facto de as mulheres ocuparem o seu tempo com actividades domésticas e de cuidado aos familiares ou seja, no espaço privado, compromete de certa forma a sua vivência no espaço público, o que faz com que estas gozem de uma cidadania parcial (Pateman,1997).

➤ **Idade**

No que diz respeito à idade, verificamos que os cuidadores informais apresentavam idades compreendidas entre os 41 e os 87 anos, com uma idade média de 61 anos e um desvio padrão de 12,43.

A maioria (n=19, 47,5%) apresentava idades entre os 51 e os 65 anos, seguindo-se os cuidadores idosos com mais de 65 anos (n=12, 30%) e por último os cuidadores com idades compreendidas entre os 41 e os 50 anos (n=9, 22,5%).

Isto revela que existem pessoas idosas a cuidar de outros idosos, o que vai de encontro aquilo que apresentamos na Tabela 9, onde verificamos que 13 idosos são eles próprios cuidadores informais.

A idade do cuidador pode ser condição determinante para a predisposição a maiores níveis de sobrecarga, sendo que os cuidadores de meia-idade e idosos são os mais suscetíveis *“ao impacto negativo do cuidado devido às mudanças associadas ao próprio envelhecimento e pela possibilidade delas apresentarem um estado de saúde parecido com aquele evidenciado pelo recetor de cuidados”* (Fernandes e Garcia, 2009, p. 58).

➤ **Estado civil e etapa do Ciclo de Vida Familiar**

Em relação ao estado civil, verificamos que a maior parte dos cuidadores informais eram casados (n=27, 67,5%), seguindo-se os viúvos (n=6, 15%), os solteiros (n=6, 15%) e por último os divorciados (n=1, 2,5%), conforme se pode observar na Tabela 27.

Tabela 27: Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo o estado civil

Estado civil	n	%
Casado	27	67,5
Viúvo	6	15,0
Solteiro	6	15,0
Divorciado	1	2,5
Total	40	100,0

Relativamente à etapa do ciclo de vida familiar baseado em Duvall, constatamos que a maioria dos cuidadores informais situa-se na fase da família com filhos adultos (n=27, 67,5%). Os 4 cuidadores informais que não responderam a esta questão dizem respeito aos solteiros. Observamos os restantes dados na Tabela 28.

Tabela 28: Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo a etapa do ciclo de vida da família

Etapa ciclo vital familiar	n	%
Família com filhos na escola	6	15,0
Família com filhos adolescentes	3	7,5
Família com filhos adultos	27	67,5
Não responde	4	10,0
Total	40	100,0

➤ **Escolaridade**

A maioria dos cuidadores informais (n=25, 62,5%) referiu ter o 1º ciclo do ensino básico, seguindo-se os que referiram ter o 2º ciclo (n=8, 20%). Observamos também que 2 cuidadores não sabiam ler nem escrever, conforme se pode verificar na tabela seguinte.

Tabela 29: Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo a escolaridade

Escolaridade	n	%
Não sabe ler e escrever	2	5,0
Sabe ler e escrever	3	7,5
Ensino Básico 1º ciclo	25	62,5
Ensino Básico 2º ciclo	8	20,0
Ensino básico 3º ciclo	1	2,5
Ensino Secundário 12º ano	1	2,5
Total	40	100,0

Neste estudo deparámo-nos com cuidadores informais com baixo nível de escolaridade, o que vai de encontro ao verificado por Fernandes e Garcia (2009) e Ferreira (2012).

➤ **Situação profissional**

No que diz respeito à situação profissional, constatamos que 15 (37,5%) são reformados, 11 (27,5%) referiram outra situação (doméstica), 8 são empregados (20%) e 7 estão desempregados (17,5%).

O número de cuidadores informais idosos e a situação de crise económica que o país atravessa são condições determinantes no que diz respeito à situação profissional do cuidador. No entanto, verificamos que 20% dos cuidadores informais (n=8) conciliam o cuidado ao idoso dependente com a sua atividade profissional, sendo estes cuidadores do sexo feminino.

O cuidado da família desde sempre esteve direcionado para as mulheres, sendo estas as responsáveis não só pelo trabalho de cuidar a casa mas também de cuidar dos seus, tal como refere Silva (2013, p. 6) *“as mulheres são chamadas a resolverem todas as questões pertinentes que envolvem o adoecimento”*.

Nas últimas décadas assistiu-se à entrada da mulher no mercado laboral o que trouxe um acréscimo de responsabilidades e trabalho por vezes não remunerado e que não é mensurável, conduzindo muitas vezes a situações de sobrecarga e de afastamento da vida social. Esta situação é geradora de desigualdade entre os sexos (Silva, 2013).

➤ **Relação de parentesco com o idoso**

Relativamente à relação de parentesco do cuidador informal com a pessoa idosa dependente, constatamos que a maior parte são filhos(as) (n=22, 55%), seguindo-se os

cônjuges (n=9, 22,5%) e depois a situação “Outra” (n=7, %) na qual 3 são sobrinhas, 2 primas, 1 amiga e outra cunhada.

Estes dados, apresentados na Tabela 30, corroboram estudos recentes realizados com cuidadores informais nos quais se constata que a maior parte são filhos(as) da pessoa idosas dependente (Marques [et al.], 2012).

Tabela 30: Distribuição numérica e percentual dos cuidadores informais segundo a relação de parentesco com a pessoa idosa

Relação de parentesco	n	%
Filho/filha	22	55,0
Cônjuge	9	22,5
Irmã	1	2,5
Neta	1	2,5
Outra	7	17,5
Total	40	100,0

Na nossa sociedade, cuidar do familiar dependente é visto como uma obrigação moral e que faz parte da dinâmica familiar. Normalmente este papel de cuidador é assumido pelo cônjuge e, na ausência deste, a responsabilidade dos cuidados passa para os filhos adultos.

Culturalmente, os laços que unem os familiares, aliados à “*obrigação filial*” fazem dos filhos os principais cuidadores após a morte do cônjuge (Pavarini e Neri, 2000).

➤ **Número de idosos por cuidador**

Uma das questões feita aos cuidadores informais foi quantas pessoas idosas tinham ao seu cuidado. Assim, 9 dos 40 cuidadores (22,5%) referiram cuidar de mais do que um idoso. Destes, 6 cuidam de 2 idosos, 2 cuidadores referiram cuidar de 3 idosos e 1 cuidador informal referiu cuidar de 4 idosos, embora nem todos sejam totalmente dependentes.

De salientar que, destes idosos dependentes, nem todos fizeram parte do estudo, dado que a escolha da amostra foi aleatória.

➤ **Duração do tempo de cuidado e número de horas dispendidas por dia**

Questionados relativamente há quanto tempo prestam cuidados, verificamos que a maior parte (n=30, 75%) cuida a pessoa idosa dependente há mais de 3 anos. Os dados encontram-se na Tabela 31.

31: Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo o período de tempo de prestação de cuidados

Período de tempo	n	%
< 6 meses	3	7,5
6 meses a 1 ano	3	7,5
1 a 3 anos	4	10,0
> que 3 anos	30	75,0
Total	40	100,0

A duração do papel de cuidador pode ser determinante quando se aborda a questão da sobrecarga. Segundo Fernandes e Garcia (2009, p. 60) a exposição contínua a situações desgastantes vivenciadas no papel de cuidador pode conduzir a alterações do bem-estar de quem cuida, o que pode ser comprovado por estudos que *“identificaram a associação entre maior duração do cuidado e pior qualidade de vida do cuidador”*.

Em relação ao tempo médio despendido diariamente pelo cuidador informal com o idoso, verificamos que 45% (n=18) dos cuidadores inquiridos cuidam do seu familiar ou amigo 24 horas por dia. Seis (15%) cuidadores referiram cuidar do idoso dependente cerca de 12 horas por dia e outros 6 despendem 8 horas diárias. Os restantes resultados encontram-se na Tabela 32.

Tabela 32: Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo o tempo de cuidado

Número médio de horas por dia	n	%
24	18	45,0
12	6	15,0
10	3	7,5
8	6	15,0
4	1	2,5
2	3	7,5
1	3	7,5
Total	40	100,0

A análise das Tabelas 31 e 32 permitem-nos concluir que a maioria dos cuidadores informais cuida o familiar ou amigo idoso há mais de 3 anos e durante pelo menos 12 horas por dia, sendo que cerca de metade (n=18, 45%) cuidam durante todo o dia.

Isto pode significar que o papel de cuidador, muitas vezes, não é renovado, cabendo a responsabilidade do cuidado à pessoa idosa dependente sempre ao mesmo cuidador.

Baptista [et al.] (2012, p. 154) refere que “[a] literatura aponta que a responsabilidade dos cuidados domiciliares frequentemente recai sobre um único indivíduo da família, o que revela uma evidência geradora de sobrecarga, que culmina com o autoabandono”.

Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente ao enfermeiro, a promoção da saúde do cuidador informal e a prevenção da sua sobrecarga, através de medidas efetivas de educação para a saúde e de identificação dos recursos comunitários que permitam responder às necessidades deste grupo da população, nomeadamente face a situações de sobrecarga ou exaustão.

➤ **Apoio na prestação de cuidados**

Em relação ao apoio do cuidador informal no cuidado à pessoa idosa observamos que 14 (35%) não tinham qualquer tipo de apoio, 13 (32,5%) referiram apoio de outros familiares/ amigos, nomeadamente irmã(os), cunhada ou marido, 4 (10%) beneficiam de apoio institucional por parte do Lar em regime de centro de dia, e 9 (22,5%) referiram “Outro”.

Destes 9, o outro apoio refere-se a situações em que o cuidador tem apoio financeiro de elementos da família (n=2) ou ajuda de outras pessoas na realização de tarefas como uma empregada (n=3), uma cuidadora formal (n=3) ou uma vizinha (n=1).

Os dados relacionados com os cuidadores informais que referiram ter apoio na prestação de cuidados encontram-se na Tabela 33.

Salientamos que as percentagens não correspondem às referidas anteriormente dado que n=26 (os que referiram ter apoio).

Tabela 33: Distribuição numérica e percentual dos cuidadores segundo o apoio na prestação de cuidados

Apoios	n	%
Apoio de outros familiares/ amigos	13	50,0
Apoio Institucional	4	15,38
Outro	9	34,61
Total	26	100,0

Apesar da maioria dos cuidadores beneficiarem de apoio na prestação de cuidados aos idosos, verificamos que 14 (35%) não tem qualquer tipo de apoio.

O conhecimento destes dados é fundamental dado que estes cuidadores informais poderão estar mais suscetíveis a maiores níveis de sobrecarga, pela falta de apoio na prestação de cuidados.

Assim, o papel do enfermeiro neste âmbito deverá ser efetivo no apoio ao prestador de cuidados, no sentido de prevenir níveis elevados de sobrecarga.

De facto, o apoio na tarefa de cuidar é fundamental para a prevenção da sobrecarga do cuidador. Brondani [et al.] (2010, p. 508) define a importância da rede de apoio social como uma das estratégias fundamentais no cuidado à pessoa dependente no domicílio, dado que “[cuidar] de uma pessoa doente é uma tarefa árdua e difícil, por isso, a ajuda e a colaboração de outras pessoas são importantes na efectivação do cuidado”.

➤ **Formação na área da geriatria**

No que diz respeito à formação dos cuidadores informais na área da geriatria, verificamos que a maioria não tem qualquer tipo de formação nesta área (n=37, 92,5%) e apenas 3 (7,5%) referiram formação para cuidar de idosos.

Tabela 34: Distribuição numérica e percentual dos cuidadores informais segundo a formação na área da geriatria

Formação	n	%
Não	37	92,5
Sim	3	7,5
Total	40	100,0

Os dados recolhidos salientam a importância do enfermeiro de saúde comunitária como profissional cujo papel é de inegável importância na educação para a saúde não só das pessoas idosas, mas também dos seus cuidadores informais, como parceiros fundamentais no processo de cuidar.

2.2.2 - NECESSIDADES/ PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO REFERIDAS PELOS CUIDADORES

No final do questionário aplicado aos cuidadores informais, estes foram inquiridos acerca das necessidades para melhorar os cuidados às pessoas idosas.

Dos 40 cuidadores, apenas 25% (n=10) responderam a esta questão aberta. Alguns referiram não ter necessidades, outros mostraram alguma dificuldade em compreender e responder à questão.

Assim, obtivemos as seguintes respostas: *“Alguém para cuidar o meu pai quando eu não puder”, “Mais alguém para ajudar a cuidar os idosos”, “Mais apoio económico”, “Uma empregada para auxiliar nos cuidados”, “Visitas domiciliárias de enfermagem mais frequentes” e “Visitas domiciliárias médicas e de enfermagem”.*

Nestas respostas sobressaíram as necessidades económicas, as necessidades de apoio no cuidado à pessoa idosa dependente e as necessidades de apoio da parte médica e de enfermagem, através de visitas domiciliárias mais frequentes.

Na nossa análise, as necessidades dos cuidadores informais podem ser resumidas à necessidade de uma rede social de apoio efetiva, que englobe desde a família, aos vizinhos e aos cuidadores formais, à equipa de saúde multidisciplinar.

De acordo com Grelha (2009, p. 33), o papel dos profissionais de saúde passa por apoiar os cuidadores informais no sentido de os ajudar a encontrar um *“equilíbrio que lhes permita superar as mudanças e consecutivamente favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente ao aparecimento da dependência do idoso”.*

A mesma autora defende que os cuidadores informais devem ser envolvidos em todo o processo de cuidados, mas devem ser também receptores de cuidados (Idem, 2009).

Neste sentido, o enfermeiro tem um papel fundamental no apoio aos cuidadores informais de forma a contribuir para a prevenção da sua sobrecarga dado que cuidar de uma pessoa idosa com dependência funcional

“sem uma rede e apoio social, pode ocasionar sobrecarga de tarefas, desgaste físico e emocional para quem cuida, principalmente quando é assumido por tempo prolongado e por uma única pessoa, desencadeando

limitações na vida diária do cuidador e interferindo na sua qualidade de vida” (Nardi, 2012, p. 8).

2.2.3 - NÍVEL DE SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS

A avaliação do nível de sobrecarga dos cuidadores informais foi feita através da aplicação da Escala de Sobrecarga de Zarit, cuja pontuação varia entre 0 e 88 pontos, na qual valores mais elevados significam maior nível de sobrecarga.

Para efeitos de tratamento da informação foram consideradas todas as entrevistas realizadas ou seja, nos casos em que um cuidador informal cuidava de mais do que uma pessoa idosa cujo nome se encontrava na nossa lista nominal, foi aplicada uma escala para cada idoso dependente.

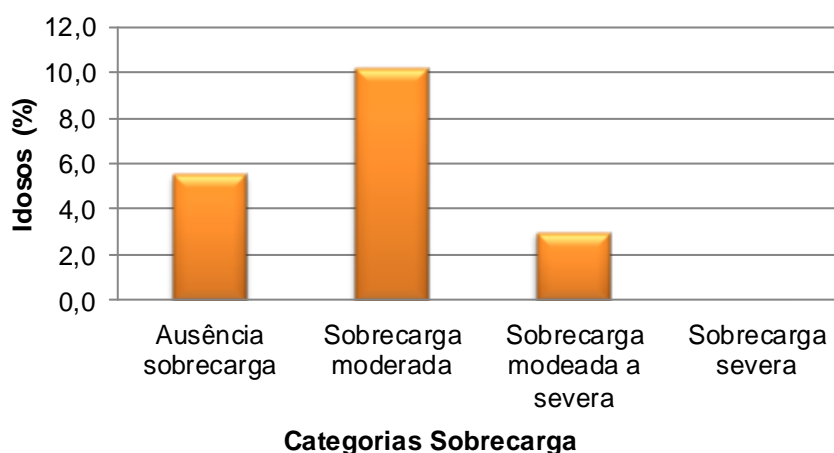
Isto porque consideramos que as necessidades específicas de cada idoso podem-se traduzir, para o mesmo cuidador, em diferentes níveis de sobrecarga, pelo que foram realizadas 44 entrevistas a 40 cuidadores informais.

Após a atribuição da pontuação a cada resposta, nos termos propostos pelos autores, o valor máximo obtido na Escala de Sobrecarga de Zarit foi de 57 e o valor mínimo foi de 9. A média registada foi de 28,34 pontos e o desvio padrão de 12,03.

Verificamos que mais de metade dos cuidadores informais (56,8%) obteve uma pontuação igual ou inferior a 29 pontos.

No sentido de mais facilmente compreendermos o nível de sobrecarga dos cuidadores informais, optamos por utilizar o *score* estabelecido por Zarit (1986), citado por Ferreira [et al.] (2010, p. 15), que classifica o nível de sobrecarga dos cuidadores da seguinte forma: “*≤ 21 Ausência de Sobrecarga; 21 - 40 Sobrecarga moderada; 41 - 60 Sobrecarga moderada a severa; ≥ 61 Sobrecarga Severa*”.

Assim, tendo em conta as pontuações obtidas pelos nossos cuidadores inquiridos, podemos constatar que 29,5,1% (n=13) apresentavam ausência de sobrecarga, 54,6% (n=24) apresentavam sobrecarga moderada e 15,9% (n=7) apresentavam sobrecarga moderada a severa. Verificamos também que nenhum cuidador informal apresentava sobrecarga severa, conforme podemos observar no Gráfico 7.

Gráfico 7: Distribuição percentual da Escala de Sobrecarga de Zarit

Tendo em conta estes resultados, podemos concluir que a maioria dos cuidadores informais do nosso estudo apresenta sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados a pessoas idosas com alguma dependência ou totalmente dependentes nas AVD, embora os níveis desta não sejam elevados.

O papel do enfermeiro junto dos cuidadores informais é fundamental em diversos momentos: na prevenção da sobrecarga, na avaliação do nível de sobrecarga e no apoio quando a sobrecarga já se encontra instalada.

Neste sentido, julgamos que o enfermeiro, como elemento da equipa multidisciplinar com competências específicas nesta área, é responsável pela articulação dos cuidados de apoio ao cuidador no sentido de o capacitar para a prestação dos cuidados inerentes ao papel que assume, muitas vezes sem qualquer tipo de formação.

A identificação dos cuidadores informais e a realização de visitas domiciliárias para deteção de necessidades contribui *“para a diminuição dos níveis de sobrecarga, ao possibilitar a entrada dos cuidadores no sistema de saúde e o seu acompanhamento precoce”* (Cordeiro, 2011, p. 81), pelo que consideramos que esta deverá ser uma das estratégias adoptadas pela equipa de saúde, no âmbito da saúde dos idosos.

2.2.4 - ANÁLISE INFERENCIAL DOS DADOS RELACIONADOS COM OS CUIDADORES INFORMAIS

Conscientes de que o aumento da dependência implica maior necessidade de cuidados e conseqüentemente, poderá traduzir-se num aumento da sobrecarga para quem cuida, consideramos pertinente correlacionar a sobrecarga dos cuidadores informais com a pontuação de dependência das pessoas idosas.

➤ **Hipótese 10 – A sobrecarga dos cuidadores informais está correlacionada com a dependência das pessoas idosas**

Para o teste desta hipótese verificamos a distribuição das variáveis recorrendo ao teste de *Shapiro-Wilk* dado que $n < 18$. Este $n=18$ diz respeito ao número de cuidadores cujo idoso dependente respondeu ao questionário *Easycare* dado que só com o seu preenchimento é possível calcular a pontuação de dependência.

Após aplicação do teste de normalidade *Shapiro-Wilk* constatamos que a distribuição da amostra é normal ($p > 0,05$), o que nos permitiu optar pela escolha de um teste paramétrico, apesar de $n < 30$, designadamente a correlação de *Pearson*.

O resultado deste teste foi de $p = 0,428$ e $p = 0,077$ o que nos permite aceitar a *H0* e concluir que não existe correlação entre a sobrecarga dos cuidadores informais e a pontuação de dependência das pessoas idosas.

Estes achados podem estar relacionados com a baixa pontuação de dependência verificada na nossa amostra e que pode ser observada no Gráfico 1. No entanto, o estudo destas duas variáveis e da relação entre elas é fundamental dado que a *“sobrecarga associada ao cuidar de idosos com dependência, de causa “física” ou “mental”, constitui uma prioridade em termos de saúde pública, pelo facto de possibilitar a avaliação das consequências negativas no cuidador informal”* (Sequeira, 2010, p. 9).

2.3 – RELATIVOS AOS LÍDERES COMUNITÁRIOS

Neste subcapítulo apresentamos a análise dos dados obtidos através da análise de conteúdo das 6 entrevistas realizadas aos líderes comunitários nomeadamente aos Padres e representantes das Juntas de Freguesia. A análise de conteúdo das entrevistas realizadas contribuiu para o alcance dos objetivos inicialmente propostos.

Dos dados obtidos no decorrer das entrevistas realizadas aos líderes comunitários das três freguesias alvo do estudo, emergiram **4 áreas temáticas** que vão ao encontro daquilo que pretendíamos saber junto dos líderes comunitários, e que se encontram no Quadro 1:

- Condições de Vida Promotoras de Saúde;
- Constrangimentos/ Problemas;
- Recursos/ Potencialidades da Comunidade;
- Necessidades.

Quadro 1: *Áreas temáticas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo*

Áreas Temáticas	Categorias	Subcategorias	
Condições de Vida Promotoras de Saúde	Apoio no Autocuidado	Apoio de cuidador formal	
		Apoio de vizinhos	
		Apoio da família	
	Habitação	Higiene	
		Condições da habitação	
		Ajudas técnicas	
	Estilos de Vida	Qualidade de vida	
		Vida saudável	
		Integração social	
		Ocupação de tempos livres	
Atividade física			
	Alimentação saudável		
	Autonomia		
	Condições económicas razoáveis		
	Não institucionalização		
Constrangimentos/ Problemas	Relacionados com os idosos	Autonomia limitada	
		Dificuldades na mobilidade	
		Dificuldades económicas	
		Solidão	
		Vigilância de saúde inadequada	
		Falta de apoio	
	Relacionados com a habitação	Condições deficientes da habitação	
		Falta de aquecimento	
	Relacionados com a freguesia	Falta de recursos	
		Falta de apoio das associações	
	Diminuição do número de habitantes		
	Acessibilidade a consultas médicas		
Recursos/ Potencialidades da Comunidade	Apoio aos mais carenciados	Junta de Freguesia	
		Conferência de São Vicente de Paulo	
		Cáritas	
	Organização de eventos para a comunidade	Eventos natalícios	
		Excursões	
		Convívios	
		Festas da Freguesia	
		Igreja	
		Partilha de recursos inter-freguesias	
		Construção de um Lar	
	Fórums da CSIF		
	Bons acessos ao CS		
	Promoção do exercício físico		
Necessidades	Relacionadas com a Saúde	Promoção de sessões de EPS	
		Promoção do exercício físico	
		Melhorar acesso ao CS	
		Melhorar acessibilidade a consultas	
	Relacionadas com a melhoria do suporte social	Reforço cuidados proximidade pelo CS	
		Criação do Grupo de Visitadores	
		Promoção das relações de vizinhança	
		Organização de actividades	
	Rentabilizar Centro Social Paroquial		
	Criação de espaços de convívio		

Estas áreas 4 temáticas serão abordadas de seguida, separadamente. Optamos por apresentar primeiramente um quadro de cada área com as categorias, subcategorias e unidades de registo e, posteriormente, um quadro síntese com o número de unidades de registo, ambos seguidos de análise e interpretação dos dados.

2.3.1 ÁREA TEMÁTICA 1: “CONDIÇÕES DE VIDA PROMOTORAS DE SAÚDE”

Esta área temática surgiu no âmbito da perceção dos líderes comunitários acerca da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas da respetiva freguesia e, de facto, reflete alguns dos conceitos referidos no enquadramento conceptual relacionados com a nossa problemática, numa perspetiva positiva, nomeadamente: **Apoio no autocuidado, Habitação, Estilos de vida, Autonomia, Condições económicas razoáveis e Não institucionalização.**

No Quadro 2 apresentamos as categorias, subcategorias e as unidades de registo referidas pelos vários entrevistados, relevantes para a definição das mesmas.

Quadro 2: Categorias, subcategorias e unidades de análise da Área Temática 1

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Apoio no Autocuidado	Cuidador formal	“têm um apoio (...) de alguma pessoa que está lá pela segurança social (...) que ele gosta... qualidade de vida no sentido em que tem a retaguarda, que tem o apoio. (...) tem o trato humano” E2 “outros pela segurança social, pelos Lares.” E4
	Vizinhos	“Uns são assistidos (...) por vizinhos” E4
	Família	“Muitos conseguem esse bem-estar graças ao apoio da família que busca a qualidade de vida.” E1 “têm um apoio de um familiar, e quase todos (...) cuidados por familiares.” E2 “têm ainda felizmente a facilidade de estarem ainda a viver todos com familiares.” E5
Habitação	Higiene	“aquilo que eu vejo (...) o quatinho (...) limpinho (...) há um esforço para manter as condições.” E2
	Condições da habitação	“boas infraestruturas.” E1 “para além de disporem quase todos, seja deles seja dos filhos, de habitações com as condições principalmente básicas (...) e dentro de uma certa comodidade” E5
	Ajudas técnicas	“A maior parte dos idosos que estão encamados (...) camas articuladas com os colchões anti escaras. As pessoas investem... Há a preocupação, vamos gastar um pouquinho porque vai valer a pena.” E2

Estilos de Vida	Qualidade de vida	<i>“os idosos da freguesia (...) têm uma qualidade de vida razoável.” E1</i> <i>“Pode haver uma situação ou outra, mas no geral estão bem.” E3</i>
	Vida saudável	<i>“a vida deles também acaba por ir sendo saudável” E5</i>
	Integração social	<i>“Os idosos aqui, os que eu conheço, são pessoas bem integradas na sociedade.” E3</i>
	Ocupação dos tempos livres	<i>“as pessoas de idade dedicam-se ao campo, normalmente têm quintais e pronto, passam assim os seus tempos livres.” E3</i> <i>“aqueles que têm possibilidades físicas fazem algum trabalho no campo, dentro das possibilidades deles e até no monte” E5</i>
	Atividade física	<i>“Vê-se muito pela freguesia, principalmente na primavera e no verão, os idosos a caminharem e muitas vezes até acompanhados por familiares mais jovens”. E5</i>
	Alimentação saudável	<i>“os idosos todos têm noção que é bom ter um tipo de alimentação saudável, adaptado à idade.” E5</i>
Autonomia		<i>“A maior parte dos idosos são autónomos e têm uma certa independência” E4</i>
Condições económicas razoáveis		<i>“no geral os idosos têm condições económicas razoáveis” E1</i>
Não institucionalização		<i>“na sua casa de habitação que é o que eles mais desejam.” E5</i>

Analisando o Quadro 2, verificamos que a primeira categoria que emerge das entrevistas se prende com o **“Apoio no autocuidado”** que, por sua vez, se divide em três subcategorias: “cuidador formal”, “vizinhos” e “família”.

Após a observação dos depoimentos, constatamos que três dos seis entrevistados referiram que os idosos contam com o apoio prestado pela família, tornando-se evidente a importância que os familiares, como cuidadores informais, assumem como promotores da saúde das pessoas idosas.

Ainda na mesma categoria, no que se refere ao apoio que é prestado pelos cuidadores formais, verificamos que esta subcategoria foi referida duas vezes pelos entrevistados.

Por último, e apenas uma vez mencionado, encontramos o apoio de vizinhos que, apesar de poder ser aquele que menor impacto tem no apoio aos idosos da população estudada, assume-se como uma das estratégias para o auxílio no autocuidado às pessoas idosas.

Parece-nos evidente que o apoio no autocuidado é, realmente, um aspeto fundamental para a qualidade de vida e bem-estar não só dos idosos, mas também, e principalmente, para a prevenção do desgaste físico e psicológico dos cuidadores informais.

Tal como já foi referido no enquadramento teórico, as características da habitação constitui um dos domínios da qualidade de vida e bem-estar, pelo seu impacto no dia a dia da pessoa idosa.

Na categoria “**Habitação**” encontramos três subcategorias: “Higiene”, “condições da habitação” e ainda as “ajudas técnicas”.

De acordo com os entrevistados, e numa visão positiva, a maioria dos idosos tem habitação própria com condições razoáveis em termos de infraestruturas e higiene, beneficiando de ajudas técnicas como por exemplo camas articuladas e colchões de prevenção de úlceras de pressão.

Dentro da mesma área temática deparamo-nos com mais uma categoria referente aos “**Estilos de vida**” após a análise da qual podemos concluir que a maior parte das pessoas idosas têm uma qualidade de vida razoável que se traduz em hábitos de vida saudáveis, nomeadamente atividade física e alimentação, boa integração social e ocupação dos tempos livres, principalmente na agricultura.

Estes são aspetos fundamentais quando se fala em qualidade de vida e constituem-se como alguns dos determinantes do envelhecimento ativo.

No entanto, estes itens não foram referidos por todos os entrevistados, conforme se pode constatar pela análise do Quadro 3, o que nos leva a concluir que, à exceção da qualidade de vida razoável e da ocupação dos tempos livres na agricultura, os restantes não se observam em todas as freguesias, contribuindo para tal as características específicas de cada uma.

Para finalizar o tratamento dos dados relacionados com esta área temática, resta-nos referir as categorias “**Autonomia**”, “**Condições económicas**” e “**Não institucionalização**”, das quais não emergiram subcategorias.

Nestas, salientamos o facto dos entrevistados terem referido que as pessoas idosas beneficiam de alguma autonomia e de condições económicas razoáveis, bem como valorizam o facto de poderem manter-se na sua residência ou seja, não serem institucionalizados.

No Quadro 3, encontram-se sintetizadas todas as categorias e subcategorias da área temática “*Condições de Vida Promotoras de Saúde*” com destaque para os entrevistados que as referiram.

Quadro 3: Síntese das categorias que emergiram da Área Temática 1

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS					
		E1	E2	E3	E4	E5	E6
Apoio no Autocuidado	Cuidador formal		x		X		
	Vizinhos				X		
	Família	x	x			x	
Habitação	Higiene		x				
	Condições da habitação	x				x	
	Ajudas técnicas		x				
Estilos de Vida	Qualidade de vida	x		x			
	Vida saudável					x	
	Integração social			x			
	Ocupação tempos livres			x		x	
	Atividade física					x	
	Alimentação saudável					x	
Autonomia				X			
Condições económicas		x					
Não institucionalização						x	

O quadro apresentado sintetiza alguns dos aspetos fundamentais a ter em consideração quando se fala da qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

O apoio da família no autocuidado foi o fator mais referido pelos líderes comunitários o que nos remete para a importância do papel dos familiares no cuidado aos idosos dependentes na nossa sociedade. De facto, de acordo com Carneiro [et al.] (2012, p. 109) “*verifica-se que, apesar das alterações no papel da família, esta permanece como o principal prestador de cuidados*”.

O apoio formal é também uma realidade bem presente e que coexiste muitas vezes com a existência de um cuidador informal, funcionando como suporte na prestação de cuidados mais específicos, como por exemplo o autocuidado alimentação e o autocuidado higiene.

Normalmente a prestação destes cuidados formais é da responsabilidade de cuidadoras particulares com alguma formação ou de funcionárias das IPSS. No caso da população

alvo do nosso estudo, o Lar de S. Pedro em Barroselas é a instituição que abrange um maior número de pessoas idosas a beneficiar de apoio domiciliário.

As condições razoáveis da habitação, a qualidade de vida razoável e a ocupação tempos livres na agricultura também foram questões referidas por mais do que um entrevistado.

A questão da ocupação dos tempos livres na agricultura é, para os idosos residentes no meio rural, a garantia da continuidade de uma vida ativa dado que a maioria sempre se dedicou ao trabalho no campo.

De acordo com Ivo (2008) a manutenção da atividade física aliada a estilos de vida saudáveis permite o retardar do declínio funcional e previne o aparecimento de doenças, ao mesmo tempo que promove o envelhecimento ativo.

2.3.2 ÁREA TEMÁTICA 2: “CONSTRANGIMENTOS/ PROBLEMAS”

Esta área temática focaliza os constrangimentos/ problemas das pessoas idosas e surgiu ainda no âmbito da perceção dos líderes comunitários acerca da qualidade de vida e bem-estar das mesmas, numa abordagem menos positiva.

As categorias que emergiram nesta área temática foram constrangimentos e problemas **Relacionados com os idosos, Relacionados com a habitação, Relacionados com a freguesia e a Acessibilidade a consultas médicas.**

No Quadro 4 encontram-se as três categorias, as subcategorias e as unidades de registo desta área temática.

Quadro 4: Categorias, subcategorias e unidades de análise da Área Temática 2

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Relacionados com os idosos	Autonomia limitada	<i>“Há pessoas que pouco fazem, dado terem uma autonomia limitada” E4</i>
	Dificuldades na mobilidade	<i>“dificuldades a nível da deslocação, por causa das dificuldades a nível motoras” E5</i>
	Dificuldades económicas	<i>“Os principais problemas com que se confrontam os idosos são os problemas financeiros ” E1 “ falta de apoio financeiro (...) as reformas são pequenas, os medicamentos são muito caros.” E4</i>
	Solidão	<i>“e a solidão pois ficam sozinhos em casa durante o dia.” E1 “ A maioria não estão abandonados... Agora se isso é suficiente? Se me pergunta, direi que não” E2 “A solidão” E3 “Vida com solidão” E4</i>

	Vigilância de saúde inadequada	<i>“Poderá haver, às vezes, a não ida tão regularmente ao médico” E5</i>
	Falta de apoio	<i>“não têm ali alguém para lhes dar a tal retaguarda, a alimentação, mesmo na mobilidade e na deslocação.” E2</i>
Relacionados com a habitação	Condições deficientes da habitação	<i>“A ideia assim geral é que os idosos nem todos têm as condições habitacionais desejáveis.” E2</i> <i>“Alguns idosos vivem em condições que não são as melhores, sem aquecimento em casa”</i> <i>“Existem alguns problemas pontuais, mas de qualquer modo esperava que hoje em dia as pessoas tivessem mais condições” E4</i>
	Falta de aquecimento	<i>“aquilo que eu vejo, pronto, o quatinho às vezes frio, principalmente agora no inverno” E2</i> <i>“Alguns idosos vivem em condições que não são as melhores, sem aquecimento em casa” E4</i>
Relacionados com a freguesia	Falta de recursos	<i>“ um pouquinho abandonados ou seja, sem a retaguarda, sem o apoio se calhar necessário à sua situação de vida, já num estado de alguma dependência.(...) não têm ali alguém para lhes dar a tal retaguarda, a alimentação, mesmo na mobilidade e na deslocação.” E2</i> <i>“outros estão mais sozinhos, a solidão esgota-lhes a saúde, desanimam.” E4</i> <i>“Salvo um caso ou outro, em que não têm assim tanto acompanhamento” E5</i>
	Falta de apoio das associações	<i>“não tenho conhecimento destas associações, destas actividades, deste apoio de retaguarda.” E2</i>
	Diminuição do número de habitantes	<i>“A freguesia sempre teve e continua hoje a ter as gerações de jovens que continuam a emigrar hoje (...) A freguesia também tem poucos habitantes” E5</i>
Acessibilidade a consultas médicas		<i>“E eu consto às vezes com bastante frequência que há dificuldade nas consultas” E5</i>

Na categoria **“Relacionados com os idosos”** encontramos duas subcategorias que referem a “autonomia limitada”, as “dificuldades na mobilidade”, as “dificuldades económicas”, a “solidão”, a “vigilância de saúde inadequada” e a “falta de apoio” como possíveis causas de constrangimento na qualidade de vida e bem-estar.

Nesta categoria, os constrangimentos/ problemas prendem-se sobretudo com as dificuldades económicas, a vigilância de saúde inadequada e a solidão, tendo sido este o problema mais mencionado pelos entrevistados, com quatro referências.

Para além disto, é necessário acrescentar e sublinhar que a “falta de apoio em situação de dependência” foi a razão nomeada por três entrevistados como a que mais condiciona a qualidade de vida das pessoas idosas.

O facto de depender de alguém para que se possa ter uma vida com, pelo menos, alguma qualidade acarreta para muitas pessoas idosas, alguns constrangimentos, ao ponto de ser um dos aspetos mais valorizados pelos mesmos, quando confrontados com as alterações do envelhecimento. Talvez por isto, os líderes comunitários entrevistados tenham valorizado a questão da dependência.

Na categoria “**Relacionados com a habitação**” encontramos as subcategorias “condições deficientes da habitação” e “falta de aquecimento”, o que nos leva a concluir que algumas pessoas idosas residem em habitações com défice de condições onde se salienta a falta de aquecimento.

É possível que esta questão da falta de aquecimento na habitação tenha surgido em virtude da se do período de recolha de dados ter decorrido durante o inverno. No entanto, esta é uma questão que deve ser tida em consideração dado que o clima no Alto-Minho pode ser bastante adverso nesta altura do ano.

Ambas as categorias constituem-se como determinantes para a qualidade de vida dos idosos sendo que a qualidade da habitação é frequentemente referida como um dos requisitos para a definição deste conceito que orienta o nosso estudo.

Na categoria problemas “**Relacionados com a freguesia**” foram referidas a “falta de recursos”, nomeadamente um Lar e um espaço para a realização de exercício físico, a “falta de apoio das associações” que não promovem atividades para os idosos e a “diminuição do número de habitantes” resultante da baixa natalidade e da emigração dos casais jovens, que condiciona o apoio ao idoso em situação de dependência.

A “**Dificuldade na acessibilidade a consultas médicas**” foi referida por um entrevistado e está relacionada com a dificuldade que alguns utentes têm em conseguir marcação de consultas com o seu médico de família, quando necessitam.

Nesta última, cabe à equipa coordenadora do CSB a gestão das agendas médicas e a criação de estratégias com vista à resolução deste problema.

No Quadro 5, encontram-se sintetizadas todas as categorias e subcategorias da presente área temática com destaque para os entrevistados que as referiram.

Quadro 5: Síntese das categorias que emergiram da Área Temática 2

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS					
		E1	E2	E3	E4	E5	E6
Relacionados com os idosos	Autonomia limitada				X		
	Dificuldades na mobilidade					X	
	Dificuldades económicas	X			X		
	Solidão	X	x	X	X		
	Vigilância de saúde inadequada					X	
	Falta de apoio		x		X	x	
Relacionados com a habitação	Condições deficientes da habitação		x		X		
	Falta de aquecimento		x		X		
Relacionados com a freguesia	Falta de recursos	X		X			
	Falta de apoio das associações		X				
	Diminuição do número de habitantes					x	
Dificuldade na acessibilidade a consultas médicas					x		

Procedendo à interpretação dos dados apresentados, podemos constatar que, na perspetiva dos líderes comunitários, as pessoas idosas deparam-se, principalmente, com problemas relacionados com dificuldades económicas (resultantes de baixas reformas), condições deficientes da habitação, solidão e falta de apoio em situação de dependência.

A falta de apoio em situação de dependência é um dos constrangimentos mais valorizado pelos líderes da comunidade, que advém da perda de autonomia e dificuldades da mobilidade também referidos.

De facto, as alterações fisiológicas do envelhecimento conduzem a processos patológicos que podem potenciar a perda gradual de autonomia e independência nas AVD, com consequente perda da qualidade de vida relacionada com a saúde (Fechine e Trompieri, 2012).

Se a estas mudanças for associada falta de apoio em situação de dependência, estamos perante um duplo problema na saúde dos idosos que, de acordo com os entrevistados, é bem real para alguns, apesar de constituírem uma minoria.

Esta falta de apoio traduz-se em sentimentos de solidão e em dificuldades na satisfação de necessidades básicas como a alimentação.

Segundo Ribeiro (2012, p. 42) “[a] solidão é, assim, uma “doença” social que faz maior número de vítimas entre as pessoas da terceira idade” e provoca um sentimento de vazio interior muito frequente nos idosos. Esta pode ser inibidora da manutenção de um estilo de vida ativo, conduzir a sentimentos depressivos e, conseqüentemente, reduzir a qualidade de vida e bem-estar do idoso.

O problema das condições da habitação referido pelos líderes comunitários vai de encontro aos dados encontrados na questão das necessidades sentidas pelos idosos em que 4% (n=8) dos inquiridos referiram que a casa onde residiam precisava de algum tipo de remodelação.

Relativamente à solidão, este é um sentimento frequentemente referido pelos idosos, embora seja um conceito muito complexo.

Sentir-se sozinho não é, muitas vezes, significado de solidão. Envelhecer acarreta a vivência de múltiplas situações entre as quais a morte de amigos, do cônjuge, de familiares e a tristeza pela perda dos entes queridos pode fazer o idoso sentir-se sozinho, mesmo que esteja rodeado de pessoas.

Com o envelhecimento assiste-se à saída dos filhos de casa e “a vida social está vazia e, neste contexto, a solidão instala-se na vida da pessoa idosa, pela ausência de contactos e relacionamentos importantes” (Ribeiro, 2012, p. 42). A mesma autora afirma que a solidão é a “doença” social com maior número de vítimas entre os idosos.

2.3.3 ÁREA TEMÁTICA 3: “RECURSOS/ POTENCIALIDADES DA COMUNIDADE”

Após a análise dos quadros anteriores onde nos foi possível conhecer as condições de vida promotoras de saúde e alguns dos constrangimentos, torna-se importante saber quais os recursos existentes nas freguesias e analisar de que forma estes proporcionam uma melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Assim, esta área temática surgiu ainda no âmbito da identificação dos recursos/potencialidades disponíveis na comunidade, nomeadamente o tipo de recursos existentes e sua mobilização, relação recursos/ necessidades percebidas e como potenciar o envelhecimento ativo dos idosos da freguesia.

As categorias que emergiram nesta área temática foram **Apoio aos mais carenciados, Organização de eventos na comunidade, Igreja, Partilha de recursos inter-freguesias, Iniciativa para a construção de um Lar, Fóruns da CSIF, Bons acessos ao CS e Promoção do exercício físico**, conforme se pode observar no Quadro 6.

Todas as comunidades possuem recursos, muitas das vezes não rentabilizados da melhor forma. Assim, consideramos que o diagnóstico de necessidades neste âmbito é fundamental para a rentabilização e adequação dos mesmos às necessidades dos indivíduos, famílias e grupos.

Quadro 6: Categorias, subcategorias e unidades de análise da Área Temática 3

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Apoio aos mais carenciados	Conferência de S. Vicente de Paulo	<i>“temos a Conferência de São Vicente de Paulo, da qual faço parte, que trabalha em proximidade com a Junta para apoiar os idosos mais necessitados.” E1</i>
	Complementaridade interinstitucional	<i>“Ajuda de géneros alimentícios por intermédio da Junta de Freguesia que distribui, com o apoio da Cáritas, bens alimentares aos mais necessitados.” E4</i>
Organização de eventos para a comunidade	Eventos natalícios	<i>“No Natal, os Escuteiros organizam a Festa de Natal e fazem a visita do Menino Jesus a casa” E1</i>
		<i>“na altura do Natal, os Escuteiros vão dar o menino a beijar.” E2</i>
		<i>“a própria catequese também (...) vão antes do Natal dar as Boas Festas (...) Levámos-lhes um bolinho rei pequenino, Mas sobretudo vão lá fazer-lhes companhia, uma visita de um quarto de hora, vinte minutos com eles.” E2</i>
	Excursões	<i>“(…) existem excursões.” E3</i>
Convívios		<i>(...) ainda houve há dias um convívio para os idosos” E2</i>
		<i>(...) temos realizado aqui alguns convívios aqui no Centro Paroquial, almoços.” E3</i> <i>“Convívio de idosos antes da Páscoa no qual é realizada uma cerimónia adaptada aos idosos, com a ministração da Santa Unção seguida de lanche convívio.” E4</i>
Festas		<i>“As Festas da Paróquia” E4</i>
Igreja	Visitas aos doentes	<i>“Todos os meses uma visita aos idosos e doentes, (...) uma média d” E2</i> <i>“Estas visitas têm como objectivo conversar com os idosos e dar-lhes um bocado de ânimo.” E4</i> Padre faz uma visita anual aos idosos que não podem sair de casa, normalmente na altura da Páscoa, para ministrar a Santa Unção e a Comunhão. E6
	Missa para os doentes	<i>“Anualmente também fazemos uma celebração na igreja para os que não vêm, a pensar nestes idosos, em que trazemo-los” E2</i>
Partilha de recursos	Institucionais	<i>“Frequentam também a Associação dos Reformados de Barroelas.” E1</i>

inter-freguesias		<i>“(...) algum apoio (...) Carvoeiro faz parte do âmbito da cobertura do centro de dia e do lar e de todas as valências daqui de Barroelas que lhes presta apoio.”</i> E2
	Apoio domiciliário	<i>“(...) emprestamos bastantes apoios domiciliários”</i> E2
Iniciativa para a construção de um Lar		<i>“a Comissão Fabriqueira (...) já tentou fazer um Lar. Foi realizado o projeto, nessa altura veio aprovado só que entretanto o país começou a entrar em crise”</i> E3
Fóruns da CSIF		<i>“temos a CSIF que às vezes faz uns fóruns (...) direcionado para o exercício físico, a saúde em termos de alimentação, sensibilização das pessoas nesse aspeto da vida saudável.”</i> E3
Bons acessos ao CS		<i>“(...) Centro de Saúde (...) que têm bons acessos.”</i> E3
Promoção do exercício físico		<i>“Já se tentou através da própria Câmara (...), mas como a freguesia é muito pequena, e os idosos é assim, ou estão em condições físicas que não lhes permitem levantar e andar, ou então eles têm ocupações e não mostraram disponibilidade.”</i> E5

Os recursos existentes nas três freguesias alvo do estudo são, obviamente, distintos. No entanto, apesar das diferenças relacionadas com as características de cada uma delas, optamos por apresentar os dados em conjunto.

A primeira categoria que emergiu nesta área temática foi o **“Apoio aos mais carenciados”** na qual dois entrevistados referiram o apoio da Conferência de S. Vicente de Paulo e da Junta de Freguesia em conjunto com a Cáritas, nomeadamente na distribuição de géneros alimentares aos mais carenciados.

Em relação à categoria denominada **“Organização de eventos para a comunidade”** a importância dos eventos natalícios, convívios, excursões e festas das freguesias é referida por 4 entrevistados, com destaque para as duas primeiras subcategorias.

Na realização dos eventos natalícios salientamos o papel de alguns grupos da comunidade paroquial como os Escuteiros e a Catequese, bem como a importância do Centro Social e Paroquial como espaço para a realização de convívios.

A **“Igreja”** é referida pelos três Padres como um dos recursos essenciais para o apoio na solidão, na vivência da Fé e na administração dos Sacramentos religiosos aos idosos dependentes, principalmente em alturas festivas como a Páscoa e o Natal.

Este apoio consiste na realização de uma visita anual aos idosos, numa das freguesias, e num visita mensal ou com alguma frequência, nas duas freguesias restantes. Estas visitas são realizadas com o objetivo de conversar e dar *“um bocado de ânimo”* (E4).

A “**Partilha de recursos inter-freguesias**” é uma excelente estratégia de parceria e cada vez mais uma realidade, tendo em conta que nem todas as freguesias possuem Lar e Centro de Dia, pois apresentam uma densidade populacional reduzida.

Nesta categoria, os entrevistados referiram o facto da Associação dos Reformados de Barroelas ser frequentada por idosos de várias freguesias, nomeadamente Mujães e Carvoeiro, e o apoio que o Lar de S. Pedro em Barroelas dá às freguesias vizinhas no apoio domiciliário e em regime de Lar e Centro de Dia.

Numa das freguesias do nosso estudo surgiu a categoria “**Iniciativa para a construção de um Lar**” que foi identificada como um dos recursos/ potencialidades da comunidade na medida em que houve um esforço da Comissão Fabriqueira da paróquia, juntamente com a Junta de Freguesia, em dar resposta a uma necessidade detectada, apesar de não ter sido concretizado por motivos financeiros.

Relativamente à categoria “**Fóruns da CSIF**”, um dos entrevistados salientou o papel desta valência na promoção de hábitos saudáveis em termos de exercício físico e alimentação, através da realização de fóruns.

Um dos entrevistados referiu os “**Bons acessos ao CS**” como uma das potencialidades da freguesia, dado que facilita o acesso das pessoas aos cuidados de saúde.

Numa das freguesias foi referida a categoria “**Promoção do exercício físico**” que consistiu numa iniciativa levada a cabo pela Junta, com o apoio da Câmara para o transporte dos idosos a espaços próprios para a realização de exercício.

Apesar de não ter sido dado seguimento a esta iniciativa pela falta de adesão da população, existiu da parte do poder local sensibilidade para esta questão. No entanto, esta necessidade só foi sentida pelo poder local e não pela população idosa, o que comprometeu o sucesso da mesma. Neste ponto, julgamos ser pertinente reforçar a importância da realização do diagnóstico de necessidades antes da execução de qualquer actividade direccionada para a população.

No Quadro 7, encontram-se sintetizadas todas as categorias e subcategorias da área temática “*Recursos/ Potencialidades da Comunidade*” com destaque para os entrevistados que as referiram.

Quadro 7: Síntese das categorias que emergiram da Área Temática 3

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS					
		E1	E2	E3	E4	E5	E6
Apoio aos mais necessitados	Conferência S. Vicente de Paulo	x					
	Complementaridade interinstitucional				x		
Organização de eventos para a comunidade	Eventos natalícios	x	X				
	Excursões			x			
	Convívios		X	x	x		
	Festas da Freguesia				x		
Igreja	Visitas aos doentes		X		x		X
	Missa para os doentes		X				
Partilha de recursos inter-freguesias	Institucionais	x	X				
	Apoio domiciliário		X				
Iniciativa para a construção de um Lar				x			
Fóruns da CSIF				x			
Bons acessos ao CS				x			
Promoção do exercício físico						x	

A análise do quadro permitiu-nos concluir que os recursos/ potencialidades da comunidade identificados pelos líderes comunitários estão relacionados maioritariamente com iniciativas de três entidades: o poder local (Junta de Freguesia), a Igreja (Centro Social Paroquial, Cáritas, Catequese, Conferência de S. Vicente de Paulo, Comissão Fabriqueira) e alguns grupos da freguesia (Escuteiros, CSIF).

De facto, a rentabilização das potencialidades das várias associações e instituições é fundamental para o atingir de objetivos baseados nas necessidades específicas de uma população.

O trabalho em parceira encoraja a diversidade e potencia novas formas de encontrar soluções para os problemas detetados. Por outro lado, conforme afirma Silva (2009, p. 18) “[o] trabalho em parceria contribui também para uma visão holística dos problemas das comunidades, pois através de um trabalho colaborativo as parcerias não olham

apenas para parte dos problemas, mas antes adquirem uma visão mais abrangente (...) promovendo a qualidade das soluções”.

2.3.4 ÁREA TEMÁTICA 4: “NECESSIDADES”

No decorrer das entrevistas realizadas aos líderes comunitários, estes foram questionados sobre as necessidades dos idosos da freguesia e quais as medidas a implementar para, com o envolvimento da comunidade, melhorar a sua situação de saúde e promover o envelhecimento ativo.

Nesta área temática emergiram 4 categorias, nomeadamente: **necessidades Relacionadas com a saúde, Relacionadas com a melhoria do suporte social, Rentabilização do Centro Social e Paroquial e Criação de espaços para o convívio.** Estas categorias encontram-se no Quadro 8 que apresentamos de seguida.

Quadro 8: Categorias, subcategorias e unidades de análise da Área Temática 4

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Relacionadas com a saúde	Promoção de sessões de EPS	<i>“seria interessante organizar sessões de esclarecimento sobre higiene, os cuidados à pele, uso de creme hidratante, por exemplo, cuidados alimentares e como melhorar a mobilidade” E1</i>
	Promoção do exercício físico	<i>“atividades de forma a desenvolverem as suas capacidades na ginástica” E3</i>
	Melhorar acesso ao CS	<i>“Nós até gostaríamos de abrir a estrada do lugar de Mâmua ao centro de saúde porque a rua do centro de saúde não tem saída, e dar continuidade a essa rua.” E3</i>
	Melhorar a acessibilidade às consultas médicas	<i>“O acesso mais fácil às consultas médicas. (...) numa fase em que estão a perder ou a agravar determinada coisa e se calhar, por motivos da dificuldade em ter médico até nem irão, ou adiarão” E5</i>
Relacionadas com a melhoria do suporte social	Reforçar os cuidados de proximidade por parte do CS	<i>“O Centro de Saúde deveria intensificar a visita aos idosos mais isolados e procurar saber a situação em que vivem.” E1</i> <i>“Visitas no âmbito da saúde (...) Um maior acompanhamento sobretudo àqueles que estão mais dependentes, encamados, nessas situações e em épocas mais críticas como é o caso do inverno” E2</i>
	Criação de um Grupo de Visitadores na Comunidade	<i>“Não temos o que eu gostaria (...) que é um grupo de visitantes, de irmos visitar (...) haver grupos de pessoas voluntários que estão reformados, que estão em casa, podiam ir visitá-los, fazer-lhes companhia, conversar um pouquinho, (...) para que as pessoas tivessem alguma ligação do que se passa na comunidade e não só.” E2</i>
	Promoção das relações de	<i>“E pronto, nesse âmbito, para a tal qualidade de vida e o bem-estar deles, se não se tiver essa relação de</i>

	vizinhança	<i>vizinhança, sentido da comunidade, saber o que se passa na comunidade.” E2</i>
	Organização de atividades	<i>“A comunidade deveria dinamizar mais atividades como as do Natal, ao longo do ano.” E1</i>
Rentabilização do Centro Social Paroquial		<i>“Certamente fazer um maior aproveitamento aqui do Centro Paroquial, (...) não foi bem preparado para receber idosos.” E3</i>
Criação de espaços para convívio		<i>“centros de convívio” E3</i>

Na perspetiva dos líderes comunitários, os idosos apresentam algumas necessidades baseadas nos problemas por eles detetados, sendo que as **“Relacionadas com a saúde”** foram referidas por líderes das três freguesias.

Nesta categoria, foram referidas questões relacionadas com a promoção de sessões de Educação para a Saúde (EPS), a promoção do exercício físico, a melhoria do acesso ao CS e às consultas médicas.

A subcategoria “Melhoria do acesso ao CS” está relacionada com a vontade que a Junta de uma das freguesias alvo do estudo tem em *“abrir a estrada do lugar de Mâmua ao centro de saúde (...) e dar continuidade a essa rua”* (E3), no sentido de facilitar ainda mais o acesso aos serviços de saúde.

Relativamente às consultas médicas, esta necessidade foi referida apenas numa freguesia e está relacionada com a dificuldade referida por alguns idosos em conseguir marcar consulta com o seu médico de família.

Inseridas nesta área temática estão as necessidades **“Relacionadas com a melhoria do suporte social”** que, de acordo com a perceção dos líderes comunitários, podem ser colmatadas através do reforço dos cuidados de proximidade por parte do CS (realizando mais visitas domiciliárias principalmente aos idosos isolados e em alturas do ano críticas como o inverno), da criação de um Grupo de Visitadores na Comunidade (voluntários que se organizam para visitar pessoas dependentes com o objetivo de fazer companhia favorecendo a *“ligação do que se passa na comunidade e não só”* (E2)), da promoção das relações de vizinhança e da organização de mais atividades direcionadas aos idosos, por parte das associações e grupos da comunidade.

Por último, foram referidas as necessidades de **“Rentabilização do Centro Social e Paroquial”** e **“Criação de espaços para convívio”**.

Da análise deste quadro e das suas unidades de registo, consideramos que as principais necessidades dos idosos, na perspetiva dos líderes comunitários, são as relacionadas com a saúde e com a melhoria do suporte social.

Nesta última categoria, ressalta o importante papel dos profissionais de saúde, dos vizinhos, dos voluntários e grupos da comunidade ou seja, da rede de apoio social, na melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos idosos. Estes dados podem ser mais facilmente observados no Quadro 9.

Quadro 9: Síntese das categorias que emergiram da Área Temática 4

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ENTREVISTADOS					
		E1	E2	E3	E4	E5	E6
Relacionadas com a saúde	Promoção de sessões de EPS	x					
	Promoção do exercício físico			x			
	Melhorar acesso ao CS			x			
	Melhorar a acessibilidade às consultas médicas					X	
Relacionadas com a melhoria do suporte social	Reforçar os cuidados de proximidade por parte do CS	x	x				
	Criação de um Grupo de Visitadores na Comunidade		x				
	Promoção das relações de vizinhança		x				
	Organização de atividades	x					
Rentabilização do Centro Social Paroquial			x				
Criação de espaços para convívio			x				

De facto, apesar de rede social não ser sinónimo de apoio efetivo, esta é fundamental para que as pessoas em situação de dependência possam beneficiar de algum apoio que lhes permita viver com maior qualidade.

De acordo com Guzmán [et al.] (2003), citado por Covita (2012, p. 11) a rede social como prática simbólica e cultural *“inclui um conjunto de relações interpessoais que integram um indivíduo com o seu ambiente cultural e lhe permite manter ou melhorar o seu bem-estar material, físico e emocional e evitar, assim, os danos reais ou imaginados que podiam gerar-se quando existem dificuldades, crises ou conflitos”*.

A rede social comporta, tal como já foi referido no enquadramento conceptual, o apoio formal e o apoio informal, que se complementam e são fundamentais para a satisfação das necessidades de saúde e sociais das pessoas em situação de dependência.

Os idosos, pelos problemas de saúde associados ao processo de envelhecimento e pela necessidade de apoio decorrente da perda de autonomia, são o grupo populacional que mais beneficia de uma rede de apoio social efetiva.

Nesta questão, os mesmos autores referem que as redes de apoio social são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida dos idosos *“não somente pela melhoria das condições objetivas devido ao fornecimento de apoios materiais e instrumentais, mas também pelo impacto significativo do apoio emocional, que parece ser um elemento chave na qualidade de vida dos idosos que experimentam papéis sociais significativos”* (Idem, p. 5).

2.4 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES

A realização de um estudo não pode terminar após a apresentação e interpretação dos seus resultados, mas deve antes continuar com a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no decorrer do mesmo.

Todos os estudos, no decurso da sua realização ou após a sua conclusão, têm limitações. Estas devem servir para posterior reflexão com o intuito de produzir melhorias no trabalho futuro.

Este estudo desenvolveu-se ao longo de um ano, desde a sua planificação até à impressão deste documento. Durante a realização do mesmo vimo-nos confrontados com algumas limitações sobre as quais refletiremos a seguir.

Em primeiro lugar, gostaríamos de referir a abrangência deste estudo, dado o universo de intervenientes (pessoas idosas, cuidadores informais e líderes da comunidade de três freguesias) e o tamanho da amostra. Este facto, aliado à limitação do tempo para a realização da colheita de dados e interpretação dos resultados, tornou a investigação um pouco intensiva e condicionou a mesma no sentido em que a poderíamos alargar a outras freguesias.

Outra condicionante prendeu-se com as condições climatéricas adversas durante o período de recolha da informação que dificultou a abordagem das pessoas idosas no domicílio, algumas delas com receio de abrir as portas de suas casas.

A nível pessoal, o facto de termos de conciliar a realização do estudo com a vida profissional e pessoal, causou algumas dificuldades que foram superadas com a serenidade necessária e uma adequada gestão do tempo.

Por último, gostaríamos de referir a vontade que ficou em aprofundar mais este estudo, nomeadamente no que diz respeito à área dos cuidadores informais e dos grupos da comunidade. No entanto, o tempo disponível não permitiu que realizássemos uma investigação mais aprofundada com cada um dos grupos intervenientes na mesma, ficando a vontade para intervenções futuras.

Assim, consideramos fundamental o desenvolvimento futuro de mais estudos desta natureza, no sentido de se desenvolverem estratégias e projetos numa lógica de planeamento em saúde com os utentes e parceiros da comunidade.

Embora nos tenhamos deparado com alguns condicionalismos, consideramos que a realização deste estudo foi aliciante desde o primeiro momento e nos deu contributos interessantes a nível pessoal e profissional.

CONCLUSÃO

Após a realização deste trabalho ficamos mais conscientes da necessidade imperiosa do envolvimento dos vários atores sociais no âmbito da saúde dos idosos, incluindo os próprios, quando a finalidade é a melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar.

Temos consciência da ambição dos nossos objetivos para este estudo, mas consideramos que as conclusões às quais chegamos são pertinentes principalmente para quem trabalha em saúde comunitária.

Assim, da análise da situação das pessoas idosas, relativamente à sua qualidade de vida e bem-estar, e nos termos dos objetivos inicialmente traçados, o nosso estudo permitiu-nos concluir que os idosos da nossa amostra, com idades compreendidas entre os 75 e 96 anos, maioritariamente mulheres, casados, a viver em casal ou em família alargada, com um rendimento mensal justo para as necessidades e com a escolaridade mínima obrigatória, apresentavam uma média relativa à pontuação de dependência de 15,71 em 100 pontos, sendo que 84,4% tinham alguma dependência de terceiros para a realização das AVD e 15,6% nenhuma dependência.

Neste ponto, constatamos também uma correlação estatisticamente significativa entre a dependência e a idade dos idosos ($p=0,000$) e verificamos que a dependência é diferente entre homens e mulheres ($p=0,14$), sendo a sua pontuação mais elevada nas mulheres mais velhas.

O risco de quedas, presente em 90,5% dos idosos inquiridos não apresenta relação com a idade das pessoas idosas ($p=0,50$) mas relaciona-se com o sexo ($p=0,004$), sendo a sua pontuação superior nas mulheres.

Para além disto, constatamos uma maior prevalência de risco de quedas elevado nas mulheres (33,7%), quando comparada com os sujeitos do sexo masculino (13,6%).

Na análise dos dados relacionados com a Escala Geriátrica de Depressão verificamos que 67,8% das pessoas idosas apresentava risco de depressão. Na nossa amostra não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a depressão ($p=0,104$) mas observamos que as mulheres tinham mais risco de depressão do que os homens ($p=0,000$).

A análise relativa ao risco de falha do autocuidado revelou que estamos perante uma população onde existe este risco, uma vez que 94,5% dos idosos obtiveram pontuação igual ou superior a 1. Podemos também constatar que existe relação entre o risco de

falha de autocuidado, a idade ($p=0,000$) e o sexo ($p=0,000$), sendo que este é mais elevado nos idosos mais velhos, principalmente nas mulheres.

Verificou-se que 72,9% dos idosos são polimedicados e que existe uma correlação negativa entre a polimedicação e o risco de quedas ($p=0,048$) ou seja, as variáveis variam em sentidos opostos.

As patologias mais valorizadas pelos idosos inquiridos tendo em conta o impacto causado no seu dia a dia foram as doenças do aparelho circulatório, referidas por 34,2% dos idosos, seguindo-se as doenças do sistema osteoarticular e do tecido conjuntivo (22,6%).

As necessidades/ prioridades referidas pelos idosos inquiridos foram a saúde, seguindo-se as necessidades económicas e a solidão.

Os cuidadores informais das pessoas idosas inquiridas eram na sua maioria mulheres (82,5%), filhos(as) do idosos (55%) e apresentavam idades compreendidas entre os 41 e os 87 anos, com uma idade média de 61 anos e um grau de instrução maioritariamente básico (62,5%) e, em alguns casos, incompleto.

Em relação ao estado civil, verificou-se que a maior parte dos cuidadores informais eram casados (62,5%), sendo que 67,5% constituíam uma família com filhos adultos e 20% conciliavam o cuidado ao idoso dependente com a sua atividade profissional, sendo estes mulheres.

Questionados há quanto tempo prestavam cuidados, verificamos que 75% dos cuidadores informais cuidava do idoso dependente há mais de 3 anos.

Em relação ao tempo médio despendido diariamente pelo cuidador informal com o idoso, verificou-se que 45% dos cuidadores inquiridos cuidavam do seu familiar 24 horas por dia e 35% sem qualquer tipo de apoio. Os restantes 32,5% referiram ter o apoio de outros familiares/ amigos, nomeadamente irmã(os), cunhada ou marido e 10% beneficiavam de apoio institucional por parte de um Lar em regime de centro de dia.

No que diz respeito à formação dos cuidadores informais na área da geriatria, verificou-se que a maior parte não tem qualquer tipo de formação nesta área (92,5%).

As necessidades referidas pelos cuidadores basearam-se no apoio na prestação de cuidados e no apoio económico.

No que diz respeito à sobrecarga, constatamos que 29,5% apresentavam ausência de sobrecarga, 54,6% apresentavam sobrecarga moderada e 15,9% apresentavam sobrecarga moderada a severa. Verificou-se também que nenhum cuidador informal apresentava sobrecarga severa.

Observou-se que não existia relação entre o nível de sobrecarga dos cuidadores informais e a pontuação de dependência dos idosos no entanto ($p=0,077$).

No decorrer das entrevistas aos líderes comunitários, nomeadamente os Padres e os representantes das Juntas de Freguesia, emergiram cinco áreas temáticas com as respetivas categorias: ***Condições de Vida Promotoras de Saúde, Constrangimentos/ Problemas, Recursos/ Potencialidades da Comunidade e Necessidades.***

Em jeito de síntese, os idosos apresentam alguma qualidade de vida e bem-estar, que pode ser melhorada com intervenções direcionadas às suas necessidades e realizadas com base num planeamento em saúde em parceria com todos os intervenientes na promoção da sua saúde, desde os próprios, aos profissionais de saúde, aos cuidadores informais, aos familiares, aos líderes da comunidade. Cabe ao enfermeiro um papel preponderante em todo o processo, desde o diagnóstico de necessidades e definição de objetivos e estratégias, à criação de parcerias com os vários intervenientes, numa lógica de rentabilização de sinergias com vista à intervenção focada em necessidades reais e não potenciais.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, André Filipe Olivença de - **Qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes com lúpus eritematoso sistémico neuropsiquiátrico em Portugal**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, 2013. Tese de mestrado.

ANES, E. [et al.] – **Comparação da qualidade de vida de idosos residentes em meio rural e urbano**. Miranda do Douro: Iº Congresso de Cuidados Continuados da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Santa Maria Maior “Dilemas atuais e desafios futuros”, 2012.

BAPTISTA, Bruna Olegário [et al.] - A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. mar; 33(1):pp. 147-56. Porto Alegre, 2012.

BARBOSA, Caroline Garpelli; MELCHIORI, Lígia Ebner; NEME, Carmen Maria Bueno - Morte, família e a compreensão fenomenológica: revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Revista**. Vol. 17, n.º 3, pp. 363-377. Belo Horizonte, 2011.

BARDIN, L. - **Análise de Conteúdo**. Edições 70. Lisboa, 2011.

BENTO, António - Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JÁ**. Nº 65, ano VII, p. 42-44. Madeira: Associação Académica da Universidade da Madeira, 2012.

BRAZ, Elizabeth – **Entre o Visível e o Invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes**. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola Superior de Enfermagem, 2008.

BRONDANI, Célia [et al.] - Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. **Texto & Contexto Enfermagem**. Vol. 19, n.º 3, Jul-Set, pp. 504-510. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. ISSN 0104-0707.

CACHADINHA, Manuela Benvinda Vieira Gomes - **Mudanças Familiares e Educativas no Meio Rural**. IIIº Congresso de Sociologia “Práticas e Processos da Mudança Social”. Associação Portuguesa de Sociologia: Celta Editora. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Educação, 2008.

CAMPOS, C. E. A. - Health Surveys from a Planning Perspective. **Cadernos Saúde Pública**. 9 (2): 190-200, Apr/Jun. Rio de Janeiro, 1993.

CAPUCHA, L. M. A. - **Planeamento e Avaliação de Projectos: Guião Prático**. 1ª edição. Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Ministério da Educação, 2008.

CARNEIRO, Roberto [et al.] - **O Envelhecimento da População: Dependência, Activação e Qualidade – Relatório Final**. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa, 2012.

CEPEDA, Francisco José Terroso - **Emigração portuguesa: um fenómeno estrutural**. Série Estudos. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior Agrária, 1995. ISBN 972-745-024-5.

CID-10, **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Versão: 1.6c. 1998. [Consultado a 12 de novembro de 2013]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>.

CONSELHO DE ENFERMAGEM - **Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos**. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Assembleia Geral Extraordinária: Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária. Portugal: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. CIPE. Versão 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.

CONTREIAS, Teresa; RODRIGUES, Emanuel; NUNES, Baltazar – **ADELIA: Acidentes domésticos e de lazer: informação adequada (Relatório 2006 – 2008)**. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Departamento de Epidemiologia de Lisboa, 2011.

CORDEIRO, Luís Alexandre Gonçalves - **Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde, 2011. Tese de mestrado.

CUPERTINO, A. P.; ALDWIN, C. M.; OLIVEIRA, B. H. - Moderadores dos efeitos do estresse na saúde auto-percebida de cuidadores. **Interação em Psicologia**. Vol. 10, 1. 2006.

SEQUEIRA, Carlo Alberto da Cruz - Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**. II Série - n.º12 - Mar. 2010.

DRAGO, Susana Margarida Mestre dos Santos – **A depressão no idoso**. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde, 2011. Tese de mestrado.

EASY-CARE STANDARD PORTUGAL 2010 - **Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas: Preenchimento pelo Profissional de Saúde ou de Ação Social**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Copyright (2010) University of Warwick, <http://easycare.org.uk>

ELVAS, Susana; MONIZ, Maria João Vargas - Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. **Análise Psicológica**. 3 (XXVIII): pp. 451-464. Lisboa: ISPA – IU, 2010.

ESPADA, Carla Virgínia Oliveira Andrade – **Quedas: Mais vale Prevenir!** Beja: Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde, 2012.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino - O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace: Revista Científica Internacional**. Edição 20, volume 1, artigo nº7, Janeiro/ Março. Ceará: Instituto Federal do Ceará - Universidade Federal do Ceará, 2012. ISSN: 1679-9844.

FERNANDES, Hélder Jaime – **Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança**. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, 2007. Tese de mestrado.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro - Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2009 jan-fev; 62(1): 57-63.

FERNANDES, Maria das Graças Melo [et al.] - Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**. 16(3), 543-548. 2011.

FERREIRA, Pedro Lopes - **A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36**. Documento de trabalho 2. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 1998.

FERREIRA, Pedro Lopes - Percepção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do perfil de saúde Nottingham. **Revista Nursing**. Ano 12, nº. 135 (Jul.-Ag.)- p. 23-29. Lisboa, 1999.

FERREIRA, Lara de Noronha – **Utilidades, Qualys e Medição da Qualidade de Vida**. Documento de Trabalho N.º 1/2002. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Universidade do Algarve: Escola Superior de Gestão - Hotelaria e Turismo, 2002. Capítulo de dissertação de mestrado.

FERREIRA, Pedro Lopes; SANTANA, Paula - Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Julho/ dezembro. VOL. 21, N.º 2. 2003.

FERREIRA, L. N. – **Medição da utilidade dos estados de saúde da população portuguesa**. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2008. Tese de doutoramento.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena [et al.] - O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 44(4):1065-9. Universidade de São Paulo, 2010.

FONSECA, António M. - **Envelhecimento e qualidade de vida em Portugal: algumas evidências e outras tantas inquietações**. Coimbra: Universidade Católica Portuguesa & Unifai - Iº Congresso Internacional Envelhecimento e Qualidade de Vida, 2007. [Consultado em 23 de março de 2014]. Disponível em http://www.socialgest.pt/_dlds/APEnvelhecimentoequalidadedevida.pdf.

FONSECA, António M.; PAÚL, Constança - Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. **Geriatrics & Gerontologia**. 2(1): 32-37. Porto: Universidade Católica, 2008.

FORTIN, Marie Fabienne - **O processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FRAZIER, S. C. - Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals. **Journal of Gerontological Nursing**. (2005). pp. 31, 4-11.

GAI, Juliana [et al.] – Fatores associados a quedas em mulheres idosas residentes na comunidade. **Revista Associação Médica Brasileira**. 56(3): pp. 327-32. Brasília: Universidade Católica de Brasília, 2010.

GOUVEIA, M. C. B.; FRAGOEIRO, I.; REIS, G. - **A solidão em idosos no contexto comunitário de S. Vicente**. In V Congresso Português de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social. Porto: UP/ UNIFAI, 2013.

GRELHA, Patrícia Alexandra Simão Sousa - **Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida**. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, 2009. Tese de mestrado.

HOLMES, T. H.; RAHE, R.H. - The Social Readjustment Rating Scale. **J Psychosom Res**. 11 (2): pp. 213 –8. 1967.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário Giraldes - **Metodologia do Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. Edições de Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

IVO, Patrícia Alexandra Peres – **O GRANDE DESAFIO: O Envelhecimento Activo**. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas Licenciatura em Política Social, 2008.

JAQUES, Maria Ermelinda Miranda Ribeiro – **Idosos e dinâmicas de parceria: contributos para uma velhice bem sucedida**. Porto, 2005. 35. Tese de doutoramento.

KLING, R. B. - **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 3ª Ed., Vol. 81. New York: The Guilford Press, 2011.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina Andrade - **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 1999.

LAMBERT, Susan - **Parcerias e cuidados na comunidade**. In - COOKE, Hannah; PHILPIN, Susan - **Sociologia em enfermagem e cuidados de saúde**. pp. 145-158. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-60-8.

LIMA, Maria José Barbosa de Lima; PORTELA, Margareth Crisóstomo - Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. **Cadernos de Saúde Pública**. 26(8):1651-1662, ago. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

LOUREIRO, Marli Gomes de Pinho da Silva – **Validação da Escala do Center for Epidemiologic Studies of Depression – CES-D numa população clínica de idosos**. Coimbra: Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina, 2009. Tese de mestrado.

MAROCO, João.; GARCIA-MARQUES, T. - **Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?** Laboratório de Psicologia. 4, pp. 65–90. [Consultado a 21 de junho de 2014]. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/133>

MAROCO, João - **Análise estatística: Com utilização do SPSS**. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2007. ISBN: 978-972-618-452-2.

MARQUES, Ana Karina Monte Cunha [et al.] - Apoio Social na Experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.16, Supl. 1 (2011), p. 945-955. Rio de Janeiro. ISSN 1413-8123.

MARTINS, Raúl Agostinho Simões - **Lição sobre o Tema: Envelhecimento, atividade física e saúde cardiovascular**. Coimbra: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra, 2012.

MONIZ, J. M. N. - **A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência positiva**. Loures: Lusociência, 2003.

MONIZ, Maria Vargas; MORGADO, José - Parcerias e coligações comunitárias: Potencialidades e desafios na criação de respostas articuladas. **Análise Psicológica**. 3 (XXVIII): pp. 395-409. Lisboa: ISPA – Instituto Universitário, 2010.

MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges - **O Doente Terminal em Contexto Familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família**. 2.ª Edição. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-77-8.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina - **Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2012. Tese de doutoramento.

NERI, Anita Liberalesso; CARVALHO, Virgínia Angela M. Lucena - O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In FREITAS, Elizabete Viana [et al.] - **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

OLIVEIRA, Márcia Botelho de; SILVA, Neuza Maria da; TEIXEIRA, Carla Maria Damiano - **Transferências financeiras: os idosos como suporte econômico familiar**. VI Workshop de Análise Ergonômica do Trabalho. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Envelhecimento Activo: uma política de saúde**. 1.^a ed. 2005. [Consultado em 28 de maio de 2013]. Disponível em: <http://www.dgeep.mtss.gov.pt>.

PAES, Ângela Tavares Paes – **Por dentro da Estatística**. Educ Contin Saúde. (1 Pt 2): 3-4. São Paulo (SP), Brasil, 2009.

PATEMAN, Carole - Beyond the Sexual Contract? In **Rewriting the Sexual Contract**. Ed. G. Dench. Londres: Institute of Community Studies, 1997.

PAÚL, Constança [et al.] - Satisfação e a qualidade de vida: um estudo em idosos Portugueses. In **Envelhecer em Portugal, Psicologia de Saúde e Prestação de Cuidados**. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 9789727961856.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. - Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitude e comportamentos. In Y. A. O. Duarte & M. J. D. Diogo (Eds.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico** (pp.49-70). São Paulo: Atheneu, 2000.

PEGO, Maria Ana Santos Silva - **Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2013. Tese de mestrado.

PEREIRA, M. G.; SOBRAL, M. - **Entrevista de Zarit para a Sobrecarga do Cuidador: Zarit Burden Interview**. Versão Portuguesa. 2007.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; ETCHEPARE, Luciane Sanchotene - **O envelhecimento e o sistema músculo esquelético**. Universidade Federal de Santa Maria. Brasil. Tese de Mestrado. [Consultado em 14 de março de 2014]. Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd101/envelh.htm> consultado em 3/04.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Manuel Nunes - **Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTUGAL, Direção-Geral da Saúde. (2006). **Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas**. Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas. PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas - **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. - Lisboa: DGS, 2006. ISBN 972-675-155-1.

PORTUGAL, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social; Gabinete de Estratégia e Planeamento. **Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados**. Lisboa: Centro de Informação e Documentação (GEP-CID), 2009. ISBN: 978-972-704-348-4.

PORTUGAL, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.- **Planeamento em Saúde**. (2012). [Consultado em 13 de abril de 2013]. Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/ARSNorte/Saúde%20Pública/Planeamento%20em%20Saúde>.

PORTUGAL, Instituto Nacional de Estatística, IP. - **Statistics Portugal: Censos 2011**. Portal de internet para acesso à informação produzida pelo INE, 2011. [Consultado em 16 de abril de 2013]. Disponível em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. **MIM@OUF - Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais**. V1.2 (14/04/2011). ACSS, 2011. [Consultado a 14 de março de 2014]. Disponível em [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Quick%20Guide%20MIM@UF%20\(v1.2\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Quick%20Guide%20MIM@UF%20(v1.2).pdf).

PORTUGAL, Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. **ULS Alto Minho – Perfil Local de Saúde 2014**. Versão interativa. [Consultado em 7 de outubro de 2014]. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2014/PLS2014_A21_AltoMinho.htm.

PORTUGAL, Direção-Geral da Segurança Social. (2014) [Consultado a 12 de outubro 2014]. Disponível em <http://www4.seg-social.pt/reforma>.

RAOSOFT, INC. 2004 – **Sample size calculator**. [Consultado a 14 de outubro de 2013]. Disponível em <http://www.raosoft.com/samplesize.html>.

REGULAMENTO n.º 122/2011. **DR II Série**. 35 (2011/02/18) 8667-8669.

REPOSITÓRIO DE INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE (RIMAS). Coimbra: Universidade de Coimbra, 2014. [Consultado em 24 de março de 2014]. Disponível em www.uc.pt/org/ceisuc/RIMAS.

RIBEIRO, Karen Takuhashi – **Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento**. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, 2011. Tese de doutoramento.

RIBEIRO, Ana Sofia Leandro Silva - **Solidão e Qualidade de Vida em Idosos**. Porto: Universidade Fernando Pessoa - Faculdade Ciências da Saúde, 2012.

RODRIGUES, Inês Raquel Campos – **População Portuguesa por Nível de Escolaridade, Sexo e Grupo Etário: Uma Análise Prospetiva para 2001-2031**. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Ciências - Departamento de Estatística e Investigação Operacional, 2012. Tese de mestrado.

SAKELLARIDES, Constantino; GONÇALVES, Celeste; SANTOS, Ana Isabel - **Plano Nacional de Saúde e as Estratégias Locais de Saúde** (versão resumida). Alto Comissariado da Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL, 2010.

SAMPIERI, Roberto Hernández.; COLLADO, Carlos Hernadéz; LUCIO, Pilar Baptista - **Metodologia de pesquisa**. 3ª Edição. São Paulo: AMGH Editora Ltda. (McGraw-Hill), 2006).

SANTIS, Teresa Paula Lopes Sousa de - **Polimedicação e Medicação Potencialmente Inapropriada no Idoso: estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários**. Coimbra: Faculdade de Medicina, 2009. Tese de mestrado.

SANTOS, Mónica; ALMEIDA, Armando – Polimedicação no idoso. **Revista de Enfermagem Referência**. IIIª Série - n.º 2. 2010.

SEQUEIRA, Carlos Alberto da Cruz - **Cuidar de Idosos Dependentes**. Coimbra: Editora Quarteto, 2007. ISBN 978-989-558-092-7.

SILVA, Tiago Miguel de Seixas Fonseca – **Parcerias Comunitárias, em busca da eficácia: Uma revisão da literatura**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2009. Tese de mestrado.

SOARES, Maria Augusta Mendonça Santos - **Avaliação da Terapêutica Potencialmente Inapropriada no Doente Geriátrico**. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Farmácia - Grupo de Ciências Farmacêuticas, 2009. Tese de doutoramento.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela - EasyCare: Um sistema de Avaliação de Idosos (Qualidades Psicométricas). **Revista de Estatística**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2002.

SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela - Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. **Revista de Saúde Pública**. 37(3), p. 364-71. 2003.

SUDRÉ, Mayara Rocha Siqueira - Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. **Acta Paulina Enfermagem**. 25(6): pp. 947-53. Cuiabá, 2012.

TAMAI, Silvia Affini Borsoi - **Avaliação de um programa de promoção da saúde na qualidade de vida e no estado de bem estar em idosos**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010. Tese de doutoramento.

TAVARES, António - **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. Cadernos de Formação Nº 2. Ministério da Saúde: Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Lisboa, 1990.

TEIXEIRA, Illka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso - **Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida**. jan./mar. 19(1), 81-94. São Paulo: Universidade de Saúde Pública, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Active ageing, a policy framework. A contribution of the WHO to the second united nations world assembly on ageing**. Geneva: WHO, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Second United Nations World Assembly on Ageing**. Madrid, 2002. [Consultado em 23 de fevereiro de 2014]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Bulletin of the World Health Organization**. Past issues. Volume 90, Number 3, March (2012), p. 157-244. [Consultado em 5 de março de 2014]. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-020312/en/>.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Vol. 7, n. 3, jul. pp. 25-32. Ribeirão Preto, 1999.

ANEXOS

Anexo 1: Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO de ÉTICA

PARECER da COMISSÃO de ÉTICA

Caro do
Maria do Céu Faia
Vice Vogal do CA
04/11/2013

A Comissão de Ética recebeu do C.A. o pedido de parecer, para a realização de um estudo de investigação, sendo a investigadora, **Elisabete de Sousa Correia**, Enfermeira a exercer funções na ULS-AM, a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, cujo tema é: “**Saúde dos Idosos – Polifonia de Vozes**”.

A Comissão de Ética, decidiu que “**A abordagem do doente no sentido de averiguar a sua aceitação em particular num estudo de investigação é feita obrigatoriamente pelo médico envolvido diretamente no acompanhamento clínico do doente**”.

Por se encontrar completo, foi pela Comissão dado parecer positivo à realização do referido projeto.

A Comissão de Ética reunida em 18 de Novembro de 2013

O Presidente da C. E.


.....
(Dr. António Rodrigues)

APÊNDICES

***Apêndice 1: Pedido de autorização à
Comissão de Ética***

Exmo. Sr. Presidente da Comissão de Ética da
Unidade Local de Saúde do Alto-Minho, EPE



Eu, Elisabete de Sousa Correia, enfermeira na ULSAM, EPE, a frequentar o segundo ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a V/ Ex^a autorização para a realização de um estudo no âmbito da saúde dos idosos, denominado "Saúde dos Idosos – Polifonia de Vozes". Os principais objetivos deste estudo consistem em analisar a situação de saúde dos idosos do ponto de vista dos mesmos e de líderes comunitários e identificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais e será realizado nas freguesias de Carvoeiro, Mujães e Portela Susã.

Os instrumentos de colheita de dados utilizados para os idosos serão o EASY- Care Standard Portugal 2010, para os prestadores de cuidados informais a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e um questionário de identificação e para os líderes comunitários uma entrevista semi-estruturada. Todos estes instrumentos se encontram em apêndice no Projeto de Dissertação, que segue com este documento.

Será um estudo do tipo descritivo-correlacional transversal onde se utilizará uma abordagem predominantemente quantitativa com recurso à dimensão qualitativa.

Farão parte desta amostra os idosos com idade igual ou superior a 75 anos, residentes nas freguesias acima mencionadas e inscritos na base de dados da UCSP de Barroelas, onde exerço funções. Para além destes, farão parte do estudo os prestadores de cuidados informais dos idosos inquiridos e os líderes comunitários das três freguesias.

O método de amostragem consistirá na tiragem aleatória sistemática a partir da lista nominal de inscritos por freguesia na base de dados do SAPE.

Para a realização deste estudo serão respeitados todos os requisitos éticos exigidos no Documento Guia Sobre Análise de Projetos de Investigação Clínica da ULSAM, EPE. Todos os utentes serão informados das especificidades do estudo e só serão incluídos no mesmo depois de assinarem o documento de consentimento informado em duplicado, um para o utente e outro para mim, na qualidade de investigadora.

Anexo a este pedido de autorização seguem os documentos exigidos no referido guia, bem como o Projeto de Dissertação do estudo, do qual constam a fase concetual com os seguintes itens: definição e delimitação do problema, questão de investigação, objetivos do estudo, justificação da problemática, revisão da literatura; e a fase metodológica na qual se clarifica o tipo de estudo, população e amostra, instrumento

*C.Ética
n.º 70
2013.11.06*

de recolha de dados, tratamento e análise dos dados, cronograma de actividades e as questões éticas inerentes.

Todos os dados recolhidos, bem como os resultados obtidos no final da investigação serão disponibilizados à instituição.

Aguardo resposta ao solicitado. Grata pela disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Viana do Castelo, 1 de Outubro de 2013

Elisabete de Sousa Correia



***Apêndice 2: Questionário de caracterização
sociodemográfica dos cuidadores informais***

Nº Identificação _____

QUESTIONÁRIO PRESTADOR DE CUIDADOS

Nome: _____

Sexo: Masculino Feminino **Idade:** _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

Profissão: _____

Estado civil:

Solteiro Casado sem registo Casado com registo Viúvo Divorciado

Etapa do ciclo vital familiar:

Formação do casal Família com filhos adolescentes
 Família com filhos pequenos Família com filhos adultos
 Família com filhos na escola

Escolaridade:

Não sabe ler e escrever Ensino Básico 3º ciclo
 Sabe ler e escrever Ensino secundário (12º ano)
 Ensino Básico 1º ciclo Ensino Pós-Secundário
 Ensino Básico 2º ciclo Ensino Superior

Situação profissional/ocupação:

Empregado Reformado
 Desempregado Outra.
 Estudante Qual? _____

Relação de parentesco com o idoso dependente:

Cônjuge Nora/Genro Outro.
 Filho/Filha Neta Qual _____
 Irmã

Tem mais que um idoso ao seu cuidado?

Não Sim. Quantos? _____

Há quanto tempo presta cuidados a este idoso?

< 6 meses 6 meses a 1 ano 1 a 2 anos > 3 anos

Quantas horas despende por dia na prestação de cuidados?

Até 8 horas De 8 a 12 horas 24 horas por dia

Que outro tipo de apoios tem na prestação de cuidados ao idoso?

Apoio de outros familiares/amigos
 Apoio institucional. Qual? _____
 Outros. Qual? _____

Possui formação na área da geriatria?

Não. Sim. Qual? _____

Que necessidades gostaria de referir para melhorar os cuidados que presta ao idoso?

***Apêndice 3: Guião da entrevista aos
líderes comunitários***

GUIÃO DA ENTREVISTA

Identificação: _____

Sexo: M__ F__ Idade: _____

Freguesia: _____ Papel na freguesia: _____

OBJETIVOS	QUESTÕES
Conhecer a perceção de líderes da comunidade acerca da qualidade de vida e bem-estar dos idosos;	Partindo do pressuposto que se entende por qualidade de vida dos idosos a sua saúde física, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas crenças e a sua relação com as especificidades do seu meio ambiente, e bem-estar como a manutenção de uma boa nutrição, exercício, boas relações pessoais, familiares e sociais, e o controlo do stress, bem como a procura das pessoas por um nível ótimo de saúde, pode falar-nos sobre a perceção que tem das mesmas em relação aos idosos da freguesia de _____
Identificar os recursos/potencialidades disponíveis na comunidade;	Em seu entender, como caracteriza os recursos existentes em termos de: <ul style="list-style-type: none">• Tipo de recursos existentes (Humanos, materiais, financeiros, culturais, entre outros) e sua mobilização;• Relação Recursos/necessidades percebidas;• Como potenciar o envelhecimento ativo;
Identificar a perceção sobre os principais problemas/necessidades no âmbito da saúde dos idosos	Na sua perspetiva: <ul style="list-style-type: none">• Quais são os principais problemas com que se confrontam os idosos desta freguesia;• O que se pode fazer com o envolvimento da comunidade para melhorar a situação dos idosos e do seu envelhecimento ativo
Recolher sugestões de melhoria	Para além do já dito, tem outras sugestões de melhoria gostaria de apresentar?

Apêndice 4: Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do Estudo: “Saúde dos Idosos – Polifonia de Vozes”

Eu, abaixo-assinado, Elisabete de Sousa Correia, enfermeira, encontro-me a realizar um trabalho de investigação no âmbito do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, relacionado com a saúde dos idosos e designado “Saúde dos Idosos – Polifonia de Vozes”. Os principais objetivos deste estudo consistem em analisar a situação de saúde dos idosos do ponto de vista dos mesmos e de líderes comunitários e identificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores informais.

Para tal, necessitarei de lhe aplicar o questionário EASY-Care Standard Portugal 2010, que consiste em algumas questões relacionadas com a sua perceção acerca da sua saúde e das suas capacidades em oito domínios, sendo eles, visão, audição e comunicação; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar; administração de medicação.

No caso de ter um prestador de cuidados, precisarei de aplicar a este a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e um questionário de identificação. A Entrevista de Zarit é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.

A sua participação é livre e consiste em responder às questões, com a salvaguarda de que na recolha e tratamento dos dados serão respeitados os princípios do respeito pelos dados pessoais, confidencialidade e privacidade e que, a qualquer momento, poderá mudar de ideias e abandonar a investigação.

Para poder colaborar neste estudo, deverá assinar o documento de consentimento informado em duplicado, um para si e outro para mim.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e colaboração.

Muito obrigada!

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável: Elisabete de Sousa Correia

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada pela sua imprescindível contribuição.

Designação do Estudo: “Saúde dos Idosos – Polifonia de Vozes”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
_____, tomei conhecimento dos objetivos do estudo de investigação no âmbito da Saúde dos Idosos “Polifonia de Vozes”, realizado pela enfermeira Elisabete de Sousa Correia, a frequentar o II Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que tenciona realizar e foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, de forma a ficar mais esclarecido.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos e os benefícios previstos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

A investigadora garantiu a privacidade e a confidencialidade dos meus dados. Por tudo isto, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável: Elisabete de Sousa Correia

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada pela sua imprescindível contribuição.

Designação do Estudo: “Saúde dos Idosos – Polifonia de Vozes”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
_____, prestador de cuidados do(a) sr.(^a)
_____ tomei conhecimento

dos objetivos do estudo de investigação no âmbito da Saúde dos Idosos “Polifonia de Vozes”, realizado pela enfermeira Elisabete de Sousa Correia, a frequentar o II Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que tenciona realizar e foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, de forma a ficar mais esclarecido.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos e os benefícios previstos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

A investigadora garantiu a privacidade e a confidencialidade dos meus dados. Por tudo isto, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável: Elisabete de Sousa Correia

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Se concordar em participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo e obrigada pela sua imprescindível contribuição.

Designação do Estudo: “Saúde dos Idosos – Polifonia de Vozes”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
_____, (cargo que ocupa na freguesia)
_____ na freguesia _____ tomei conhecimento

dos objetivos do estudo de investigação no âmbito da Saúde dos Idosos “Polifonia de Vozes”, realizado pela enfermeira Elisabete de Sousa Correia, a frequentar o II Curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Comunitária na Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que tenciona realizar e foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, de forma a ficar mais esclarecido.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos e os benefícios previstos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

A investigadora garantiu a privacidade e a confidencialidade dos meus dados. Por tudo isto, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20__

Assinatura do participante:

A Investigadora responsável: Elisabete de Sousa Correia

Assinatura:

Apêndice 5: Declaração de compromisso

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

Designação do Estudo: “Saúde dos Idosos – Polifonia de Vozes”

Eu, abaixo-assinado, Elisabete de Sousa Correia, enfermeira, a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, comprometo-me a, no âmbito do estudo que pretendo realizar, respeitar todos os requisitos em termos éticos bem como, no final, proceder à entrega do Relatório final da investigação à Comissão de Ética e à instituição onde pretendo desenvolver o trabalho.

Viana do Castelo, 7 de Outubro de 2013

Elisabete de Sousa Correia

***Apêndice 6: Tabela síntese da análise
inferencial***

TABELA SÍNTESE ANÁLISE INFERENCIAL

Hipóteses	Variáveis		Teste de normalidade	Teste estatístico
	Dependentes	Independentes		
1 ^{a)}	Dependência (quantitativa)	Idade (quantitativa)	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> Coeficiente de assimetria e curtose	Não paramétrico: Correlação de <i>Spearman</i>
2 ^{a)}	Dependência (quantitativa)	Sexo (qualitativa)	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> ; Coeficiente de assimetria e curtose	Não paramétrico: <i>U de Mann-Whitney</i>
3	Risco quedas (Ordinal) 3 categorias	Idade (Ordinal)	Não se aplica	Não paramétrico: <i>Qui-quadrado</i>
4	Risco quedas (Ordinal) 3 categorias	Sexo (qualitativa)	Não se aplica	Não paramétrico <i>Qui-quadrado</i>
5 ^{a)}	Risco depressão (qualitativa) 2 categorias	Idade (quantitativa)	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> ; Coeficiente de assimetria e curtose	Não paramétrico: <i>U de Mann-Whitney</i>
6	Risco depressão (qualitativa) 2 categorias	Sexo (qualitativa)	<i>Não se aplica</i>	Não paramétrico: <i>Qui-quadrado</i>
7	Risco falha cuidado (quantitativa)	Idade (quantitativa)	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> ; Coeficiente de assimetria e curtose	Paramétrico: Correlação de <i>Pearson</i>
8 ^{a)}	Risco falha cuidado (quantitativa)	Sexo (qualitativa)	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> ; Coeficiente de assimetria e curtose	Não paramétrico: <i>U de Mann-Whitney</i>
9	Risco quedas (qualitativa ordinal) 3 categorias	Polimedicação (qualitativa nominal) 2 categorias	<i>Não se aplica</i>	Não paramétrico: Correlação de <i>Spearman</i> ^{b)}
10	Sobrecarga cuidadores (quantitativa)	Dependência (quantitativa)	<i>Kolmogorov-Smirnov</i> ; Coeficiente de assimetria e curtose	Paramétrico: Correlação de <i>Pearson</i>

a) Não se observaram condições para rejeitar H_0 , assume-se assim que as amostras não seguem a distribuição normal.

b) Não foi aplicado o qui-quadrado dado que existem 44,4% das células com frequências esperadas inferiores a 5.