

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



Dedico este trabalho às pessoas que acreditam nos meus projetos...

Os meus filhos

O meu marido

Os meus pais

A minha avó

AGRADECIMENTOS

Durante o período que estive envolvida na realização do 1º CMESMP, e na respetiva preparação e redação deste documento, tive a oportunidade e o privilégio de contar com o apoio de diversas pessoas, que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização deste meu projeto profissional.

Mesmo correndo o risco de não referir todos aqueles a quem, com algum direito, devo formalmente prestar os meus agradecimentos, tento lembrar algumas pessoas, entidades e instituições, sem as quais a realização deste trabalho estaria comprometida.

Ao Professor Doutor João Carvalho Duarte pelo modo como apoiou e orientou o desenvolvimento deste trabalho, bem como a disponibilidade demonstrada.

Ao Professor Amadeu Gonçalves pelos conselhos sábios, as orientações e o apoio crítico que me prestou, assim como todo o estímulo e motivação com que me contagiou ao longo desta investigação.

Um agradecimento especial aos idosos da valência da Santa Casa da Misericórdia de Viseu pela disponibilidade...

Um pedido de desculpas aos meus filhos Tiago e Beatriz, pelas ausências que por vezes tiveram de suportar, e um agradecimento especial ao meu marido Moisés, pelo incentivo que me deu para a realização deste curso, e por todo o apoio que me facultou desde o primeiro dia.

Por fim, um agradecimento especial aos meus pais, pelo seu apoio...

RESUMO

O envelhecimento da população é um dado incontornável do presente, em todo o mundo. Portugal não é exceção, sendo um dos países da UE a envelhecer mais depressa: em 30 anos, a percentagem de portugueses com mais de 65 anos passou de 11% para 17,5%. Em 2050, cerca de 80% da população portuguesa apresentar-se-á envelhecida e dependente (INE, 2011).

A Saúde Mental influencia o bem-estar do idoso e da população, integrando um recurso essencial para a adaptação às exigências da vida. A vulnerabilidade dos idosos às perturbações mentais justifica a relevância da investigação das manifestações psicopatológicas que apresentam, para orientar as intervenções necessárias à promoção da saúde mental de forma a associar qualidade aos anos vividos (Motta e Aguiar, 2007).

Neste sentido, delinear-se as seguintes questões de investigação e os objetivos: quais as características sociodemográficas que influenciam a Saúde Mental e Emocional dos Idosos?, qual a influência do Perfil Funcional e da Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional do idoso? Delinearam-se ainda, os seguintes objetivos de estudo: identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a Saúde Mental e Emocional dos Idosos; analisar o Perfil Funcional e a Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional dos Idosos.

Este estudo centrando-se no grupo mais idoso da nossa população (idade igual ou superior a 65 anos), o principal objetivo foi avaliar a Saúde Mental dos idosos residentes num lar de 3ª Idade SCMViseu, recorrendo ao Questionário *Older Americans Resources and Services* (OARS).

A amostra compõe-se por 43 indivíduos. Seguindo um critério de amostragem não aleatória e não estratificada, são agregados por sexo e em três grupos etários (≤ 83 anos, 84-87 anos e ≥ 88 anos). A média de idade da amostra para ambos os sexos é de 84.79 anos. Na área de recursos sociais, a pontuação de incapacidade funcional (PIF) revela que 39,3% das mulheres são pontuadas de forma mais negativa comparativamente com os homens (46.7%) para a avaliação de Bons Recursos Sociais.

Na área de Saúde Mental, para o total da amostra, 51.2% dos idosos considera Má a sua Saúde Mental e Emocional. Os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos e os homens autoavaliam pior o seu estado de Saúde Mental e Emocional. A PIF na área de Saúde Mental mostra que as mulheres são pontuadas de forma mais positiva do que os homens para a avaliação de Boa Saúde Mental. Dos idosos que consideraram Boa a sua Saúde Mental e Emocional, 66.7% apresentam uma boa capacidade funcional, dos que consideram má a sua Saúde Mental e Emocional, 64% apresentam incapacidade funcional, notando-se diferenças estatisticamente significativas.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso; Saúde Mental; Perfil Funcional, Autoavaliação e Avaliação Multidimensional

ABSTRACT

Population ageing is an inevitable issue in today's world. Portugal is no exception, being one of the EU countries ageing the fastest: in a 30 year period, the percentage of the Portuguese population over 65 has risen from 11% to 17.5%. By 2050, about 80% of the Portuguese population will be aged and dependent (INE, 2001).

Mental Health influences the well-being of the elderly and the population, integrating an essential resource to adapt to life's demands. The vulnerability of the elderly to mental disorders justifies the relevance of investigation of their psychopathological conditions to determine necessary interventions to promote mental health in order to associate quality to their life (Motta e Aguiar, 2007).

Therefore, the following questions and aims of investigation were outlined: which socio-demographic characteristics influence the Mental and Emotional Health of the Elderly?, how do the functional profile and the Mental and Emotional Health self-evaluation influence the Elderly? The following study aims were also outlined: identifying the socio-demographic variables which influence the Mental and Emotional Health of the Elderly; analysing the Functional Profile and the Mental and Emotional Health self-evaluation of the Elderly.

This study focused on the oldest age group of our population (aged 65 and over) and its main objective was to evaluate the Mental Health of the senior citizens living in a retirement home (SCMViseu), by using the questionnaire *Older Americans Resources and Services* (OARS).

The sample comprises 43 individuals. Following a non-random and non-stratified sample criterion, they are aggregated by gender and in three age groups (≤ 83 years, 84-87 years and ≥ 88 years). The average age of the sample for both genders is 84.79 years. In the social resources area, the functional disability score (PIF) reveals that 39.3% of women are scored more negatively when compared to men (46.7%) in the assessment of Good Social Resources.

In the Mental Health area, from the total sample, 51.2% of the elderly consider their Mental and Emotional Health Poor. The age group ≥ 88 years old and the men self-evaluate their Mental and Emotional Health more poorly. The functional disability score (PIF) in the Mental Health area shows that women are scored more positively than men in the assessment of Good Mental Health. From the total of elderly who considered their Mental and Emotional Health Well, 66.7% show a good functional ability. From the total of elderly who considered their Mental and Emotional Health poor, 64% show functional disability, revealing statistically significant differences.

KEYWORDS: Elderly; Mental Health; Functional Profile, Self-evaluation and Multidimensional evaluation

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD – Atividades de Vida Diária

AVDf – Atividades de Vida Diária Físicas

AVDi – Atividades de Vida Diária Instrumentais

AAVD – Atividades Avançadas da Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

E.U.A. – Estados Unidos da América

INE – Instituto Nacional de Estatística

MOS SF-36 – Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey

OARS – Older Americans Resources and Services

OARS-MFAQ – Multidimensional Funcional Assessment Questionnaire

OARS-SAQ – Services Assessment Questionnaire

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Pergunta

PAI – Pontuação Acumulada de Incapacidade

PIF – Pontuação de Incapacidade Funcional

PAI – Pontuação Acumulada de Incapacidade

QV – Qualidade de Vida

SCMV – Santa Casa da Misericórdia de Viseu

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

SPES – Short Psychiatric Evaluation Schedule

SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire

UE – União Europeia

USA – Unites States of America

WHO – World Health Organization

INDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	11

PARTE 1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO	17
2 – PSICOPATOLOGIA NA POPULAÇÃO IDOSA	22
3 – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SEUS DETERMINANTES	26
3.1 – RECURSOS SOCIAIS	31
3.2 – RECURSOS ECONÓMICOS	32
3.3 – SAÚDE FÍSICA	33
3.4 – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	36
3.5 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS	39
3.6 – SAÚDE MENTAL	41

PARTE 2

ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA	50
1.1 – MÉTODOS	50
1.2 – PARTICIPANTES	52
1.3 – INSTRUMENTO	53
1.4 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	65
1.5 – ANÁLISE DE DADOS	66
2 – RESULTADOS	67
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	67
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS FUNCIONAIS (RECURSOS SOCIAIS E SAÚDE MENTAL)	73
2.2.1 – ÁREA DE RECURSOS SOCIAIS	73
2.2.2 – ÁREA DE SAÚDE MENTAL	79
3 – DISCUSSÃO	103

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	110
4.1 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO -----	113
4.2 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS -----	113
BIBLIOGRAFIA -----	115

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário OARS – Older Americans Resources and Services Program

Autorização para Utilização do Questionário

ANEXO 2

Pedido de autorização formal SCMViseu

Autorização para aplicação dos questionários

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Número de idosos e motivo de exclusão -----	67
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos idosos segundo o sexo -----	71
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos idosos segundo o grupo etário -----	73
Tabela 4: Distribuição dos idosos segundo a autoavaliação de recursos sociais por sexo -----	74
Tabela 5: Distribuição dos idosos segundo a autoavaliação de recursos sociais por grupo etário-----	76
Tabela 6: Distribuição segundo a PIF na área de recursos sociais por Sexo -----	77
Tabela 7: Distribuição segundo a PIF na área de recursos sociais por Grupo Etário -----	78
Tabela 8: Distribuição dos idosos segundo a autoavaliação da saúde mental por sexo -----	81
Tabela 9: Distribuição dos idosos segundo a autoavaliação da saúde mental por grupo etário --	83
Tabela 10: Autoavaliação do Estado da Saúde Mental e Emocional por Sexo -----	84
Tabela 11: Autoavaliação do Estado de Saúde Mental e Emocional por Grupo Etário -----	85
Tabela 12: Distribuição segundo a PIF na área da Saúde Mental por Sexo -----	86
Tabela 13: Distribuição segundo a PIF na área da saúde mental por Grupo Etário -----	87
Tabela 14: Perfil Funcional dos Idosos por Grupo Etário -----	88
Tabela 15: Perfil Funcional dos Idosos por Sexo -----	89
Tabela 16: Distribuição da Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional por Perfil Funcional --	90
Tabela 17: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por grupo etário -----	93
Tabela 18: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por sexo -----	95
Tabela 19: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por nº. de filhos -----	96
Tabela 20: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por estado civil -----	97
Tabela 21: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por habilitações literárias -----	98
Tabela 22: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por Autoavaliação do Estado de Saúde Mental e Emocional -----	99
Tabela 23: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por Perfil Funcional do Idoso -----	100

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Fatores que constituem a dimensão da saúde mental -----	58
Quadro 2: Variáveis que constituem o indicador final da saúde mental -----	59
Quadro 3: Critérios de classificação na área de saúde mental -----	60
Quadro 4: Distribuição da idade média por sexo -----	68
Quadro 5: Distribuição da Autoavaliação do Estado de Saúde Mental e Emocional por Sexo ---	84
Quadro 6: Distribuição do Perfil Funcional do Idosos por Sexo -----	89
Quadro 7: Distribuição das respostas de sentido negativo do SPES (por fatores da dimensão Saúde Mental) -----	92

INTRODUÇÃO

A idade é utilizada como uma medida cronológica que determina o desenvolvimento do percurso de vida de um determinado organismo. No ser humano pode ser mensurada em diferentes fases da vida. O envelhecimento é um processo natural e universal, decorrente das alterações do organismo com o passar do tempo por essas fases, e é inerente a todo o ser humano, pelo que entender o processo de envelhecimento é “compreender de forma abrangente os aspetos individuais e coletivos da vida, desde os fatores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspetos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, e sobretudo a Pessoa” (DGS, 2001).

O conceito de envelhecimento sofreu várias alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, convicções religiosas, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época.

O envelhecimento surge como um processo dinâmico que se traduz por alterações biológicas, psicológicas e sociais na pessoa e que vão determinando a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, originando vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, tornando a pessoa mais susceptíveis às agressões intrínsecas e extrínsecas que acabam por conduzi-la à morte (Evenden & Gesty, 2007; Fonseca, 2005; Paul e Fonseca, 2005).

O Instituto Nacional de Estatística (INE), na publicação Censos 2011 – Resultados Provisórios, expôs o agravamento, ao longo da última década, do fenómeno do duplo envelhecimento da população. Os dados do Censos 2011 confirmam o aumento da população idosa e a diminuição da população jovem em Portugal, sendo que, atualmente, 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo idosos (65 ou mais anos de idade). O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 129 idosos.

Nos últimos 30 anos Portugal perdeu cerca de um milhão de jovens, entre os zero e os 14 anos, e ganhou cerca de 900 mil idosos (pessoas com mais de 65 anos). Em 2011, o INE contabilizou 2.023 milhões de idosos em Portugal, a viverem sozinhos (60%) ou apenas na companhia de outros idosos. O INE justifica este fenómeno, com o aumento da esperança média de vida, a desertificação do país e a transformação do papel da família nas sociedades modernas. Na última década, o número de pessoas idosas a viver sozinhas aumentou (29%) e nenhuma região escapou à subida. (INE, 2011)

Quase 20% da população residente em Portugal é idosa, revelam os dados definitivos dos Censos 2011, que registaram mais de dois milhões de pessoas com 65 anos ou mais a viver no país, e, muitas delas, sozinhas (INE, 2012).

Entre 2001 e 2011 a percentagem de idosos com 65 ou mais anos subiu de 16% para 19%, mas para o grupo populacional dos idosos com 70 ou mais anos o crescimento foi ainda mais acentuado, com um aumento de cerca de 26%.

O European Communities Council (2007) referiu que em 2025 um terço da população da Europa terá mais de sessenta anos (Fernández-Ballasteros, 2009).

O envelhecimento demográfico é definido como sendo o aumento da proporção das pessoas idosas na população total, consequência da diminuição da natalidade e/ou diminuição das pessoas em idade ativa. Esta situação é essencialmente resultado da diminuição acentuada na fecundidade e na mortalidade, sendo os seus principais indicadores (Carrilho e Patricio, 2003).

A população idosa encontra-se sujeita a problemas de saúde, por isso pode-se esperar um aumento das doenças crónicas todas elas com baixa letalidade e com elevado grau de incapacitação produzindo, assim, onerosos gastos numa área já tão carente de recursos económicos e humanos.

Em todo o mundo aumenta o número de idosos, desta forma é importante que esta população não só viva mais tempo mas, que viva melhor e com melhores condições de saúde.

“A saúde é concebida e vivida pelas populações em todos os quadrantes da vida cotidiana (...) como o cuidado que se dispensa a si, aos outros; como ser capaz de tomar decisões e controlar-se nas circunstâncias da vida (...) (OMS, 1987). Uma das interpretações do conceito de saúde e bem estar relaciona-se com a capacidade funcional da pessoa em diversas dimensões (física, emocional e social), a medida de incapacidade física e funcional no idoso, assim como o suporte social, são essenciais para avaliar o bem estar físico e mental, no sentido de determinar as necessidades do indivíduo na comunidade e/ou o planejamento em saúde.

O conceito de "saúde mental" é amplo, e nem sempre é fácil a sua definição, ou a identificação daquilo que a determina. No entanto, da mesma forma que a "saúde" não é apenas a ausência de doença, também a saúde mental é mais do que apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, tem sido cada vez mais entendida como o produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

A Saúde Mental influencia de forma determinante o bem estar do idoso e da população, integrando um recurso essencial para a adaptação às exigências da vida. A vulnerabilidade dos idosos às perturbações mentais justifica a relevância da investigação das manifestações psicopatológicas, para orientar as intervenções necessárias à promoção da saúde mental de forma a associar qualidade aos anos vividos (Motta e Aguiar, 2007).

Passos et al. (2012), citando Benedetti et al. (2008), referem que “as evidências sugerem que as perturbações mentais têm uma acuidade particular nas pessoas mais velhas, atingindo cerca de 20% desta população, constituindo a depressão e a demência as principais condições de morbidade, às quais se encontra associado um conjunto de problemas que condicionam a independência e autonomia dos mais idosos”.

Neste seguimento, prevê-se um aumento desproporcional do número de idosos com patologia mental grave. Devido a este crescimento esperado, tornou-se imperativo refletir sobre o desafio que é envelhecer e, mais especificamente envelhecer com patologia mental, bem como proporcionar uma maior eficácia nas intervenções

psicossociais que são adaptadas para atender às necessidades exclusivas desta mesma população (Cummings e Cassie, 2008).

Os idosos, em virtude dos problemas multivariados que habitualmente os afetam devem ser sistematicamente avaliados numa perspectiva global e multidisciplinar, sendo que para isso a avaliação geriátrica multidimensional é a mais vantajosa não só na resposta aos seus problemas de doença, mas também aos problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades (Ferreira et al., 2006).

É dentro deste contexto que emerge a nossa preocupação com a população idosa e as suas necessidades específicas. Neste sentido, e expostos os argumentos que evidenciam a pertinência de estudo nesta área, delinearam-se as seguintes questões de investigação e os objetivos.

- **Quais são características sociodemográficas que influenciam a Saúde Mental e Emocional dos Idosos?**
- **Qual a influência do Perfil Funcional e da Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional do idoso?**

Com o intuito de dar resposta a estas questões foram delineados os seguintes objetivos de estudo:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a Saúde Mental e Emocional dos Idosos.
- Analisar o Perfil Funcional e a Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional dos Idosos.

Para abordar esta temática dividimos o trabalho de investigação em duas partes; a primeira consiste no Enquadramento Teórico focado nas diferentes dimensões de saúde com participação na qualidade de vida dos idosos.

A segunda parte consiste no Estudo Empírico onde é apresentada a componente prática que engloba a problemática do estudo; metodologia utilizada; formulação dos objetivos;

identificação das variáveis, instrumento da colheita de dados e por fim, as conclusões do estudo.

Para a colheita de dados utilizou-se um instrumento de avaliação de idosos, o *Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos*, versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services*. Este instrumento afigura-se como ferramenta, e metodologia, que permite reunir num só questionário a recolha de dados respeitante a duas componentes: capacidade funcional e utilização e necessidade sentida de serviços.

Durante a análise e discussão dos resultados dos dados, estes serão organizados e apresentados, distribuindo a amostra por sexo e grupos etários, para que a avaliação não tenha em conta apenas a globalidade da população mas sim as singularidades e especificidades próprias do sexo e grupo etário em que se situam os elementos da amostra.

Consideramos que os contributos obtidos da reflexão do desenvolvimento deste trabalho de investigação científica nos permitirão conhecer melhor o processo de envelhecimento, tendo como ponto de referência as condições que determinam a qualidade de vida das pessoas idosas e, como profissionais de saúde perspetivarmos bases de intervenção que sirvam de ponto de partida para estudos posteriores e permitam desenvolver parcerias com outros profissionais no sentido de promover a qualidade de vida da pessoa idosa.

PARTE 1

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O ENVELHECIMENTO HUMANO

A pesquisa no âmbito do envelhecimento tem, atualmente, grande pertinência em especial devido ao rápido crescimento desta população. O envelhecimento demográfico é uma realidade em todo o mundo, principalmente nos países industrializados. Com o aumento da esperança média de vida e o declínio da taxa da natalidade, uma nova realidade surgiu em massa: a velhice. Justificando esta análise, Fleck et al. (2008) afirmam que “do ponto de vista histórico-cultural a velhice é jovem”, tornando-se fulcral o estudo desta população.

Não é possível ter uma única definição de envelhecimento que tenha utilidade em diferentes contextos, pois esse conceito guarda relação com o campo de pesquisa e o objeto de interesse, portanto, o envelhecimento pode ser compreendido biologicamente, socialmente, intelectualmente, economicamente, funcionalmente e cronologicamente.

Ser idoso não passa apenas pela idade definida em anos de vida, mas implica um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social. Em Portugal, o INE, considera pessoas idosas, homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 (INE, 1999). Esta será a definição adotada neste trabalho.

O aumento da proporção de idosos tem-se configurado um fenómeno global. Na população portuguesa em 2010 o número de habitantes, com 65 e mais anos de idade, aumentou 2,5 vezes (35%) quando comparado com o restante da população do País (INE, 2012).

O envelhecimento da população é um fenómeno de dimensão mundial, a WHO prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas idosas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 anos ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (aproximadamente 75% dessas pessoas idosas vivem nos países ditos desenvolvidos) (OMS, 2001).

O aumento relativo da população idosa, além de mudanças somáticas e de alterações psíquicas, próprias da idade, tem levado o idoso a enfrentar situações novas, entre as

quais destacam-se: reformas precárias, diminuição dos recursos económicos, perda de entes queridos, diminuição da capacidade física e da libido, alterações da autoestima e perda da posição social.

Desta forma, as doenças crónicas têm vindo a adquirir uma crescente importância nos problemas que se colocam aos sistemas de proteção social e de saúde. A este propósito, Campos (2010), refere que, “metade da população portuguesa tem pelo menos uma doença crónica e admite-se que haja entre 500 a 600 mil pessoas a viver com cinco ou mais doenças daquele tipo”.

O processo de envelhecimento “é compreender de forma abrangente os aspetos individuais e coletivos da vida, desde os fatores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspetos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais, ambientais, e sobretudo a Pessoa” (DGS, 2001). Depreende-se que o envelhecimento é um processo natural, universal e irreversível a que todos estamos sujeitos. A mesma entidade de saúde refere que “é a partir dos sessenta e cinco anos de vida, inscritos no bilhete de identidade, que, convencionalmente, as pessoas são consideradas idosas”.

Ninguém envelhece da mesma forma e as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente para cada pessoa e dependem de fatores internos e externos.

“Os conhecimentos científicos atuais sobre a importância da promoção da saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência, sobre os fatores de risco e as doenças mais frequentes nas pessoas idosas (...) exigem definição de linhas orientadoras para a manutenção de um envelhecimento saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da capacidade de intervenção dos prestadores de cuidados” (DGS, 2001).

No passado e especialmente em países industrializados a idade implicava a reforma compulsiva e a perda de funções físicas e da capacidade mental, acompanhadas frequentemente da marginalização pessoal das atividades normais da sociedade. Recentes estudos efetuados nos EUA desenvolvidos pelo Centro de Estudos Duke University (1998), na UE desenvolvidos por Martin Zurro e Cano Perez (1995),

Caballero et al (1997), Moragas (1997) e Kalache (1999), e nomeadamente em Portugal por Rodrigues (1999), Menezes (2001), Nogueira (2003), Rodrigues (2007), Jacinto (2010), demonstram que os idosos sadios podem desenvolver outras atividades além das de cuidar de si próprios, como por exemplo, manter as relações de afeto e desempenhar um papel ativo na comunidade.

Os próprios idosos deveriam desempenhar um papel de mudança do “conceito de estereótipo do velho incapaz e inútil, cabe-lhes afirmar o seu direito de plena participação como adultos, nas atividades de saúde” (WHO, 1998).

A velhice é um período vulnerável, fruto de toda uma vida exposta a elementos ambientais por vezes demasiados hostis, por isso as pessoas idosas correm mais riscos do que qualquer outro grupo etário. Os idosos requerem uma ampla escala de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação. É importante que a população idosa não só viva mais tempo mas que viva melhor e com melhores condições de saúde. Os espaços de convívio para idosos apresentam-se cada vez mais como uma necessidade, tornando-se progressiva e significativamente um recurso para evitar o isolamento social, dado poderem responder às solicitações para práticas que conduzem à promoção da saúde pelo desenvolvimento e manutenção da autonomia da pessoa idosa.

São numerosos aspetos, como o meio social e físico, desde o modo de vida e estrutura familiar à organização e prestação de cuidados de saúde, passando pelos sistemas de ajuda social e económica que influenciam a saúde e o bem-estar das pessoas idosas. Uma das interpretações do conceito de saúde e bem-estar relaciona-se com a capacidade funcional da pessoa em diversas dimensões (física, emocional, social), a medida de incapacidade física e funcional no idoso, assim como o suporte social, são essenciais para avaliar o bem-estar físico e mental, no sentido de determinar as necessidades do indivíduo na comunidade. Podemos avaliar a qualidade de vida de diferentes formas utilizando para o efeito um indicador, um índice, ou um perfil. O termo perfil distingue-se do conceito de indicador ou índice porque utiliza um instrumento que “avalia separadamente as diversas componentes da qualidade de vida, atribuindo uma pontuação a cada uma das dimensões que compõe a qualidade de vida. Permite a avaliação do contributo relativo duma eventual modificação de cada componente

avaliada” (Amorim e Coelho, 1999), desta forma, é importante utilizar um instrumento que possa abranger múltiplos aspetos do *status* funcional do indivíduo idoso.

Estudos efetuados referem que nos últimos anos “passou a sobreviver-se ao que dantes se sucumbia, de tal modo que hoje é normal viver-se com uma doença, ou seja, é quase normal a coexistência de doença e saúde” (Rodrigues, 1998). Neste sentido, para se desenvolver um programa de intervenção comunitária em matéria de saúde, numa comunidade de pessoas idosas, torna-se imperioso avaliar a saúde dessa comunidade, ou seja, identificar o seu Perfil de Saúde bem como a especificidade local em termos de alguns aspetos: socioeconómicos e culturais, nomeadamente as características de alojamento, a acessibilidade aos bens de consumo, os recursos sociais, entre outros.

Um aspeto importante que a avaliação de saúde da população idosa pode promover, é a desmistificação do conceito de velhice associado à fragilidade física e à dependência socioeconómica de terceiros. A WHO (1999) diz que as pessoas idosas “são frequentemente vistas, sobretudo nos países industrializados, como um grupo homogéneo que já não contribuiu para as suas famílias e sociedades, podendo até ser um fardo. A verdade não poderia ser mais diferente”. No entanto, além desta desmistificação, os Serviços de Saúde devem estar dotados de recursos humanos e materiais para uma intervenção precoce e eficaz nas populações, jovem e adulta, convergindo esforços para que futuramente existam idosos mais saudáveis e autónomos. Por outro lado, devem criar-se e/ou desenvolver-se estruturas sociais que satisfaçam as necessidades do idoso, no domicílio e/ou em locais próprios, transportes e bem-estar social e familiar, atendendo e respeitando a sua escolha e/ou opção, compreendendo que a população idosa não constitui um grupo com características uniformes, “as pessoas idosas constituem um grupo muito diversificado” (WHO, 1999).

Contudo, interrogamo-nos até que ponto se justifica investigar? Por vezes a resposta a esta questão não é simples, e a primeira preocupação deve ser sempre qual o benefício global para o idoso? Sabemos que é frequente a co morbidade neste grupo etário, consideramos porém que a idade, só por si, não é razão suficiente para deixar de fazer estudos de investigação, “a preocupação em encontrar soluções manifesta-se pelo aumento de estudos e de investigadores que centram as suas atenções nos problemas originados pela velhice e pelo envelhecimento demográfico” (Fernandes, 1997).

A enfermagem centra o seu interesse no indivíduo, de forma que este mantenha a sua saúde e o seu bem-estar, integrado numa comunidade. O objetivo da enfermagem foi sempre o cuidar de pessoas, pelo que cuidar do idoso sempre fez parte da profissão. “Remontam a 1904 os primeiros escritos sobre o tema "the old nurse" (Costa, 1994).

Os dados referidos anteriormente fazem-nos refletir e a questionar, o que é saúde?; como se envelhece?; que alterações se processam no nosso organismo com o envelhecimento?; quais as conceções de envelhecimento normal e patológico?; como podemos avaliar esse envelhecimento?.

Ferrucci e Marchionni (2001), consideram a avaliação multidimensional “um processo dinâmico e interdisciplinar com o intuito de identificar e descrever, ou predizer, a natureza e origem de um problema de saúde de natureza física, psíquica e funcional de uma pessoa nalgum aspeto dependente, ajudando a caracterizá-la em termos de recursos e potenciais”. Desta forma, este diagnóstico deverá ser realizado, tendo em conta escalas validadas de forma a conduzir a uma intervenção sócio sanitária coordenada.

A avaliação multidimensional, quando bem realizada, pode fornecer informação de carácter epidemiológico, de forma a permitir definir a necessidade assistencial presente e futura (carácter preditivo) da comunidade estudada. Pode ser muito relevante a possibilidade de dimensionar e caracterizar a gravidade de uma determinada área ineficiente em termos de serviços, e permitir uma reorganização dos recursos a empregar. Como em qualquer investigação, o propósito final deste tipo de avaliação é mudar atitudes ou comportamentos.

Para que uma avaliação multidimensional tenha sucesso, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1984) refere um conjunto de aspetos que têm de ser considerados, nomeadamente: 1 - capacidade funcional, onde se incluem as tarefas relacionadas com o autocuidado e adaptação ao meio ambiente; 2 – capacidade locomotora; 3 – morbilidade, considerando a caracterização do estado de saúde físico e mental; e 4 – aspetos socioeconómicos.

2 – PSICOPATOLOGIA NA POPULAÇÃO IDOSA

Netto e Ponte (2007), relacionam como principais causas de incapacidades num idoso o AVC, doenças pulmonares, doenças osteoarticulares, demências, depressão e quedas. Consideram ainda que os problemas de saúde causados por patologias múltiplas são agravados pela solidão e pela pobreza.

Para Spar e La Rue (2005), a maior parte dos idosos tem pelo menos uma doença crónica do âmbito médico e vários problemas concomitantes. Sofrem de artrite, problemas ortopédicos, doenças cardíacas, cancro, hipertensão e défices auditivos ou visuais com mais frequência do que as pessoas de meia-idade. Cada uma destas situações pode limitar a autonomia e diminuir a qualidade de vida.

Em psiquiatria geriátrica a co morbilidade é a regra e não a exceção nos idosos. As perturbações psíquicas resultam muitas vezes de causas físicas, tanto cerebrais como sistémicas, ou são agravadas por estas. E o inverso é igualmente verdadeiro: a doença mental acarreta frequentemente má alimentação, deficiente higiene e exposição a fatores de risco responsáveis pela deterioração do estado geral. Também fatores sociais como o isolamento e a dependência económica são causa e consequência do adoecer físico e mental. Deste modo, a etiologia multifatorial é uma característica própria das doenças na idade avançada (Spar e La Rue, 2005).

Os mesmos autores, consideram que os indivíduos idosos com perturbações mentais constituem um importante subgrupo da população idosa e as estimativas de diagnóstico são maiores nos grupos hospitalizados, principalmente nos de longo internamento, do que nos grupos de comunidade. Os doentes idosos estão sujeitos ao mesmo espectro de perturbações mentais que os adultos mais novos, no entanto, na população idosa alguns estados apresentam uma maior prevalência e morbilidade. Muitos indivíduos idosos sem perturbações mentais graves, experimentam reações de adaptação ao *stress*, ao luto, síndromes dolorosas e alterações do sono. Medidas educativas e outras intervenções dirigidas evitam o desencadear de situações psíquicas ou médicas mais graves. Um

conjunto de variáveis mediadoras da cognição no envelhecimento normal, a destacar: fatores genéticos, saúde, escolaridade, atividade mental, atividade física, personalidade e humor, meio social e cultural, treino cognitivo, sexo e conhecimentos especializados. (Spar e La Rue, 2005).

Para Netto e Ponte (2007), a demência é uma síndrome clínica, na qual ocorre decréscimo adquirido da função cognitiva, manifestando-se com déficit de memória e outras funções corticais superiores como a linguagem e julgamento. As manifestações clínicas da demência consistem na interrupção de funções fundamentais como o despertar, o humor, motivação, movimento, nas demências subcorticais (Parkinson), e a deterioração da linguagem, aprendizagem e percepção nas corticais (demência vascular, demência de Alzheimer) (Vézina et al, 1994).

Os mesmos autores, afirmam que 5% a 30% das demências pertencem ao grupo das demências potencialmente reversíveis e o reconhecimento precoce das condições suscetíveis de tratamento é essencial para que não se tornem irreversíveis. As causas deste tipo de demência podem ser relativas a distúrbios metabólicos, infeções intracranianas, causas estruturais e distúrbios psiquiátricos.

Os idosos na fase inicial da demência têm consciência de que algo se está a alterar, esta noção é tanto mais elevada quanto mais alto o nível socioeconómico e cultural. O idoso pode tentar disfarçar as suas dificuldades em testes de *screening* para demência, como é o caso do *Mini Mental State* (MMSE). Esta fase acaba por ser a mais dolorosa para o idoso mas também a ideal para se conseguir a sua colaboração (Netto & Ponte, 2007).

Spar e La Rue (2005), consideram que a depressão é um estado relevante como os défices cognitivos nos adultos mais velhos. Na comunidade, as percentagens de indivíduos idosos cujos sintomas satisfazem os critérios do diagnóstico de depressão *major* e perturbação distímica são baixos, o que pode ser explicado por critérios tradicionais que não fazem justiça à prevalência dos sintomas nesta população. Em hospitais, pelo menos 25% dos doentes idosos têm perturbações de humor e 50% das admissões de idosos em hospitais psiquiátricos são devidas a situações de depressão. A remissão espontânea da depressão geriátrica apresenta-se como uma improbabilidade.

Smith (2007b), refere que a depressão na população idosa, muitas vezes, não é identificada devido à existência de co morbidade médicas com sintomas semelhantes. Esta situação também surge, pelas implicações de alterações cognitivas inerentes à própria depressão, e os sintomas depressivos inerentes à própria consciencialização inicial da demência (Spar e La Rue, 1998).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 30% a 35% da população idosa nos países industrializados apresentam algum tipo de distúrbio mental e que um em cada dez idosos sofre de depressão. A maioria sofre de distúrbios depressivos ou psicóticos tendo uma natureza maioritariamente psicossocial (Netto e Ponte, 2007).

Gatz & Fiske (2003) citados por Smith (2007b), afirmam que na população idosa, tanto entre o sexo feminino como masculino, as taxas de depressão e outros distúrbios psiquiátricos são mais altos em pacientes institucionalizados do que em idosos em comunidade.

Para Smith (2007b), a depressão tem sido identificada como uma das causas do aumento de risco de mortalidade nos idosos. Está associada a condições de co morbidade psiquiátrica, défice cognitivo e deficiência física nas mulheres, sendo a sua deteção e tratamento imperativas na população idosa feminina.

Vários estudos demonstram que as intervenções tradicionais que incluem medicação antidepressiva, dinâmicas psicológicas cognitivas, bem como psicoterapias interpessoais são bem-sucedidas no alívio de sintomas depressivos e tratamento de outros diagnósticos psiquiátricos nos idosos (Smith, 2007b).

As intervenções psicoterapêuticas com mulheres idosas, para além de aliviar sintomas de distúrbios cognitivos e psiquiátricos, podem focar-se no desenvolvimento da ativação emocional e expressiva, visto que aumenta a função imunológica, reorganiza a visão sobre preocupações da vida relacionadas com o decorrer da idade ao nível sexual e de imagem corporal (Smith, 2007b).

Na população idosa, existem outros distúrbios psiquiátricos relacionados com perturbações de ansiedade, perturbações psicóticas e perturbações da personalidade (Spar e La Rue, 2005). As perturbações de ansiedade apresentam uma prevalência nesta

população de 5,5%, sendo a maior parte perturbações fóbicas, seguidas de perturbações obsessivo-compulsivas e perturbações de pânico. O diagnóstico exato é difícil devido à sobreposição de sintomas noutras situações de sintomas de doenças físicas (cardiorrespiratórias) e patologias do Eixo I (DSM-IV-TR) como depressão, demência e psicose de início tardio (Spar e La Rue, 2005).

Spar e La Rue (2005), referem que os psicólogos, psiquiatras e outros profissionais de saúde mental na área gerontológica, têm pelo menos dois papéis importantes relativamente a esta população, identificar e tratar perturbações psiquiátricas específicas, bem como proporcionar educação, suporte e intervenções preventivas para ajudar os indivíduos idosos e as suas famílias a entenderem-se com as alterações habituais do envelhecimento.

3 – PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E SEUS DETERMINANTES

Para o processo de envelhecimento existem diferentes correntes de justificação, no decorrer da pesquisa bibliográfica verifica-se a existência de duas correntes de teorização do processo de envelhecimento.

Uma das correntes defende que o envelhecimento corresponde a um processo de declínio, vulnerabilidade, fraqueza e ocorrência de doença; a outra defende que o processo de envelhecimento deve ser compreendido como um processo de desenvolvimento contínuo do indivíduo.

Rodrigues (2007), citando Birren (1985) considera que “o processo de envelhecimento é inevitavelmente delimitado à idade cronológica, e às condições ambientais onde o(s) indivíduo(s) vive(m). (...) um processo segundo o qual um organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e transforma-se fisicamente. Deste processo decorre a senescência, da qual resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte”.

Desta forma, o processo de envelhecimento manifesta-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às alterações da vida, sendo estas, geneticamente determinadas e influenciadas pelas condições de vida e ambiente.

Rodrigues (2007), citando Schulz e Heckhausen (1996), define “o envelhecimento saudável como o processo de envelhecimento que se desenvolve com sucesso”. Envelhecer, pressupõe um processo dinâmico, geralmente moroso, gradual e muito variável de idoso para idoso (Katz, 2000).

Agregado “ao processo biológico de envelhecer ocorre o processo experiencial subjetivo, onde o idoso exercita a sua autorregulação através de decisões e escolha, no sentido de se adaptar ao processo de envelhecimento” (Rodrigues, 2007).

Hansen-Kyle (2005), entende o envelhecimento saudável como a capacidade de continuar a operar física, mental, social e economicamente a par com o processo gradual de senescência do corpo.

“O envelhecimento saudável, como processo contínuo e dinâmico, tem sido definido tendo em conta as dimensões fisiológica, psicológica, social e cultural. Destas diferentes definições surgem perspetivas de abordagem de acordo com diversos focos: a perspetiva médica gerontológica, psicossocial e de enfermagem” (Rodrigues, 2007).

O mesmo autor, citando Elligson e Conn (2000) refere que para “a perspetiva médica gerontológica, o processo de envelhecimento saudável é entendido sob a ótica de ausência de doenças crónicas, ou quando estas existam, na capacidade para ultrapassar as suas repercussões, ou a eliminação de fatores de risco que possam conduzir ao seu aparecimento. Para ser bem-sucedido no processo de envelhecimento saudável o indivíduo tem de manter adequados padrões de exercício físico, uma dieta adequada e um estilo de vida saudável”. A investigação médica gerontológica, só muito recentemente incidiu os seus estudos na auto percepção dos idosos sobre o envelhecimento saudável.

Para Hansen-Kyle (2005), a investigação em enfermagem delineou o envelhecimento saudável tendo em conta o modelo médico e o psicossocial, no sentido de adequá-los ao paradigma do cuidar em enfermagem.

Rodrigues (2007), citando vários autores considera que a estabilidade mental, suporte social e interação social, são os elementos-chave para o envelhecimento saudável. Os “diversos fatores estão associados com o processo de envelhecimento saudável. Estes fatores estão divididos em três categorias: fatores fisiológicos, fatores de natureza cognitiva ou mental e fatores de ordem social e ambiente envolvente” (Rodrigues, 2007).

O desenvolvimento e manutenção das habilidades e capacidades mentais têm um papel importante no envelhecimento saudável. Neste sentido existem estudos que defendem que a atividade mental mantém o idoso saudável e atento ao meio envolvente (Vaillant,

2002). Este autor salienta a importância de os idosos manterem uma interação social ativa de forma a preservarem um alto nível de integridade cognitivo.

Hansen-Kyle (2005), enunciou uma definição multidimensional do envelhecimento saudável fundamentada nos antecedentes de adaptação, compensação e resiliência do idoso. Deste modo, o envelhecimento saudável é definido por esta autora como “o processo de enfraquecimento físico e cognitivo que acontece enquanto ocorre uma adaptação resiliente e de compensação, de forma a otimizar as capacidades funcionais que permitam ao indivíduo participar em todas as áreas da sua vida (física, cognitiva, social, e espiritual)”. A independência e autonomia referem-se à capacidade de se auto cuidar e de realizar atividades de vida diária de forma autónoma e independente (Guralnik & Kaplan, 1989).

Para Rodrigues (2007), “os aspetos relativos à adaptação e acomodação são aumentados ou diminuídos pelos efeitos dos fatores que influenciam o envelhecimento. Estes aspetos são melhorados pela resiliência do indivíduo idoso. Em consequência, surge o envelhecimento saudável que inclui o envolvimento contínuo, tomada de decisão e a participação do idoso na comunidade e na família ao longo de todo o seu percurso de vida. Desta forma, o idoso mantém um nível de autonomia e de independência, a partir do estabelecimento de finalidades para si próprio, para a família ou para a comunidade”.

A “definição de envelhecimento saudável permite ao enfermeiro, ou a outro técnico de saúde, não só compreender os fatores condicionantes do estado de saúde nas diferentes dimensões física, psicológica, social, cultural e individual; mas também planear e promover atividades que se direcionem para a manutenção da saúde em idosos residentes na comunidade” (Rodrigues, 2007).

Quando o objetivo é estudar uma população, idosa ou não, deparamo-nos com uma multiplicidade de diagnósticos de saúde em que os aspetos físicos, mentais e sociais estão fortemente interligados, pelo que uma avaliação globalizada, é realmente difícil. A avaliação multidimensional constitui um método de deteção de determinadas situações que só com uma avaliação compreensiva e multifatorial é possível detetar.

Desta forma, “para quem cuida de idosos, são uteis as medidas de capacidade funcional que avaliam a possibilidade de independência, apesar da doença, bem como as limitações físicas ou as mentais e o apoio social” (Ferreira et al., 2006).

Kuhn (2007), considera que para se compreender o impacto destas repercussões na vida das pessoas idosas, a investigação tem de ser conduzida no contexto da qualidade de vida tendo em conta uma avaliação sistémica multidimensional. Tem-se verificado uma valorização crescente, pelas políticas de saúde, do reconhecimento de que o envelhecimento saudável deve ser uma preocupação não só de cada indivíduo mas igualmente da sociedade em geral, devido às repercussões sociais e económicas que esta implica, especialmente nos gastos públicos crescentes da população idosa.

Ferrucci e Marchionni (2001), consideram a avaliação multidimensional um processo dinâmico e interdisciplinar com o intuito de identificar e descrever, ou prever, a natureza e origem de um problema de saúde de natureza física, psíquica e funcional de uma pessoa nalgum aspeto dependente, ajudando a caracterizá-la em termos de recursos e potenciais. Este diagnóstico deverá ser realizado, tendo em conta escalas validadas de forma a conduzir a uma intervenção sócio sanitária coordenada.

A avaliação multidimensional, quando bem realizada, pode fornecer informação de carácter epidemiológico, de forma a permitir definir a necessidade assistencial presente e futura (carácter preditivo) da comunidade estudada. Pode ser muito relevante a possibilidade de dimensionar e caracterizar a gravidade de uma determinada área ineficiente em termos de serviços, e permitir uma reorganização dos recursos a empregar. Como em qualquer investigação, o propósito final deste tipo de avaliação é mudar atitudes ou comportamentos.

Para que uma avaliação multidimensional tenha sucesso, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984) refere um conjunto de aspetos que têm de ser considerados, nomeadamente: 1 - capacidade funcional, onde se incluem as tarefas relacionadas com o autocuidado e adaptação ao meio ambiente; 2 - capacidade locomotora; 3 – morbilidade, considerando a caracterização do estado de saúde físico e mental; e 4 – aspetos socioeconómicos.

O conceito de qualidade de vida é multidimensional, existindo várias definições que a demarcam e descrevem. Zitter (2000), considera que o conceito de qualidade de vida refere-se à percepção individual do estado de saúde e à satisfação com os cuidados de saúde centrados no contexto do indivíduo.

Rodrigues (2007), citando McClane (2002), define a qualidade de vida como um todo complexo que abrange o estado biológico, mental e social, a percepção de bem-estar, bem como a percepção pessoal das incapacidades como influenciadoras da avaliação do estado de saúde do indivíduo.

O mesmo autor, citando Stevens e Gillam (1998), defende que “a aplicação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida foi uma medida com implicações práticas para promover a adequação de cuidados de saúde à população idosa. Um instrumento de avaliação de saúde que possa ser aplicado a todos os utentes dos cuidados de saúde primários, cujos resultados evidenciam necessidades específicas da população é um ótimo meio para a alocação de recursos de saúde e sociais apropriados e ajustados às necessidades dos utentes”

Hellström e Hallberg (2001), salientam que na perspetiva de uma abordagem de enfermagem é importante ter informação sobre o tipo de cuidado necessário e a razão dessa necessidade de modo a promover a sua independência e maximizar a sua qualidade de vida.

Veríssimo (2005), considera que a avaliação geriátrica multidimensional pode ser definida como um processo diagnóstico multidisciplinar que compreende a avaliação de problemas médicos, funcionais, psicossociais e do meio envolvente do idoso, tendo como principal objetivo desenvolver um plano assistencial de acompanhamento a longo prazo. Desta forma, a avaliação abrange áreas onde habitualmente o idoso é, ou pode ser, deficitário tais como: estado físico (órgãos dos sentidos como a visão, audição e tato); função cognitiva; estado nutricional; estado funcional (autonomia na realização de atividades de vida diária físicas e instrumentais); polimedicação; recursos económicos e recursos sociais.

Ao longo das últimas duas décadas do século passado até à atualidade inúmeros autores têm investigado o impacto da avaliação compreensiva geriátrica (multidimensional) destacando a importância deste modelo de cuidados geriátricos, outros referem-se ao risco da falta de aderência dos serviços de saúde na utilização desta avaliação (Aminzadeh, 2000).

Rodrigues (2007), citando Mendes de Leon et al. (2001), defende que “as limitações que acompanham o envelhecimento são geralmente encaradas como resultado de incapacidades físicas, cognitivas ou sensoriais resultantes das doenças crônicas que afetam as pessoas idosas”.

Os mesmos autores definiram a incapacidade como o grau de dificuldade para de forma independente realizar as atividades de vida diária ou outras tarefas essenciais a uma vida independente, envolvendo um processo adaptativo sujeito a fatores individuais e ambientais.

Corroborando com a opinião de vários autores, a avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida nos idosos devem ter uma abordagem multidimensional, incluindo indicadores da função física, função social, emocional, estado mental, bem como a sobrecarga de sintomas (dor) e a percepção ou sentido de bem-estar físico e psicossocial. (Walters et al., 2001; Windle et al., 2004)

Em virtude dos problemas multivariados que habitualmente afetam os idosos, devem ser sistematicamente avaliados numa perspetiva global e multidisciplinar, sendo que para isso a avaliação geriátrica multidimensional é a mais vantajosa não só na resposta aos seus problemas de doença, mas também aos problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades (Veríssimo, 2005; Ferreira et al., 2006).

3.1 – RECURSOS SOCIAIS

Para Rodrigues (2007), “apesar da maioria das pessoas idosas ser saudável e independente, com o avançar da idade aumenta a probabilidade de se desenvolverem, em simultâneo, diversas patologias, crónicas e degenerativas, que se potenciam entre si, dando origem, com o passar do tempo, à instalação de alguma dependência de ordem física, mental ou social”.

Parker e Thorslund (2007) consideram que apesar das avaliações de incapacidade frequentes revelarem melhorias, existe contudo, um aumento do número de doenças crónicas e incapacidades funcionais, consideradas no âmbito da componente saúde, e que provocam aumento na procura de recursos na área de cuidados de saúde.

Jonhson (2002), defende que o tipo de estrutura familiar, proximidade familiar e as relações sociais, possuem uma significativa influência na manutenção do bem-estar dos idosos.

Sequeira (2010), citando Paul (2005), refere que “as redes sociais vão-se alterando ao longo do ciclo vital em função do contexto familiar, do trabalho, da participação na comunidade, etc. Com o envelhecimento, algumas pessoas significativas (familiares, amigos, companheiros) vão desaparecendo, pelo que é necessário reorganizar as redes de apoio informal, de forma a manter a independência e a participação social, pois as redes de apoio são indispensáveis para a saúde mental, satisfação coma vida e envelhecimento ótimo”.

Os recursos sociais, são cada vez mais importantes no bem-estar global do idoso. Silva (2005b), citando Bowling e Grundy (1998), considera que o “bem estar-estar social aumenta a capacidade para lidar com os problemas de saúde e aumenta a capacidade de manter a autonomia, havendo estreita evidência da sua correlação com a saúde física e a saúde mental.

3.2 – RECURSOS ECONÓMICOS

A teoria do ciclo de vida de consumo, explica as consequências da redução dos meios económicos do agregado familiar do idoso. O princípio fundamental desta teoria é que os idosos acumulam riqueza antes da reforma e gastam essa riqueza depois da reforma para financiar o consumo até ao resto da sua vida (Modigliani e Brumberg, 1954, citado por Kim e Lee, 2006).

Rodrigues (2007), defende a ideia de que o maior fator de risco para o desenvolvimento de depressão estava relacionado com a perceção dos problemas financeiros. Blazer (2003) observou que os sintomas depressivos eram mais frequentes entre as pessoas com nível socioeconómico baixo.

Tinker (1997), considera que a segurança financeira, nos idosos, é um fator fundamental, porque são poucos os que têm rendimentos que lhes permitem fazer frente a novos gastos. Um rendimento seguro e ajustado às necessidades acrescidas de serviços e cuidados de saúde nos idosos é aquele que consegue abranger não só os gastos da gestão diária mas também todas essas novas necessidades.

Rodrigues (2007), citando Olfson, Sing e Schlesinger (1999) refere que “no estudo que realizaram sobre o contrabalanço dos custos com a saúde mental e cuidados médicos, advertem para a situação de mudança que se impõe na sociedade, evidenciando que a acessibilidade a serviços de saúde mental de grupos específicos como o dos idosos beneficia não só o grupo em particular, mas também os ganhos económicos do sistema de saúde em geral”.

3.3 – SAÚDE FÍSICA

Com o passar dos anos vai ocorrendo um aumento exponencial da mortalidade e esta é precedida por elevação também exponencial da prevalência de entidades patológicas (Netto e Ponte, 2007).

Com o avançar da idade vão ocorrendo alterações estruturais e funcionais a nível físico, cognitivo e sensorial, que embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do envelhecimento normal.

Rodrigues (2007) refere que “a abordagem da saúde física na pessoa idosa remete-nos para a coexistência da diversidade de fatores que acompanha o processo de envelhecimento e a possibilidade de diferentes interações entre estes, associada a um aumento na vulnerabilidade para problemas crónicos de saúde”.

Yancik et al. (2007), salienta que as necessidades de saúde e a co morbilidade (indica a coocorrência de situações de saúde pré-existent e relacionadas com a idade) dos problemas de saúde das pessoas idosas apelam para um foco especial.

Algumas das mudanças envolvem processos naturais e patológicos próprios do envelhecimento afetando a maioria dos idosos. As principais doenças que ocorrem primariamente nos idosos são: artrite, hipertensão, cancro, diabetes, osteoporose e doença de Alzheimer. As doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, e do sistema pulmonar são outras situações de saúde que se encontram também em pessoas idosas. As incapacidades funcionais, e as síndromes geriátricas (incontinência, quedas, disfunções) estão conjuntamente associadas ao envelhecimento.

Rodrigues (2007) citando Wilson et al. (2007) refere que o “conhecimento dos determinantes da mudança do estado de saúde física ao longo do tempo é de elevada importância para a adequação dos cuidados de saúde focalizados no âmbito da promoção de saúde em particular na população adulta idosa”.

Anderson e Horvath (2004) consideram que cerca de 84% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos sofrem de pelo menos uma doença crónica, e 62% têm duas ou

mais. Por exemplo a hipertensão existe de forma isolada somente em 17% dos idosos, nos 83% restantes existe pelo menos com outra condição crónica associada.

Thomas e Rich (2006), consideram que a combinação entre as mudanças do sistema cardiovascular resultante da idade, a presença de hipertensão e as doenças cardiovasculares associadas ao envelhecimento, leva a um progressivo aumento da prevalência e incidência do enfarte agudo do miocárdio com o avançar da idade.

Sakharova e Inzucchi (2005), referem que outra doença crónica com elevada incidência nos idosos é a diabetes mellitus que afeta mais de uma pessoa em cada cinco, e que compromete na globalidade o estado funcional destes.

A diminuição da acuidade auditiva é a terceira condição mais comum entre os idosos. Estima-se que esteja presente em cerca de 25%-40% de pessoas com idade acima dos 65 anos, 50% naquelas com idade superior a 75 anos, e em 80% daquelas com idade superior a 85 anos. A disfunção deste órgão dos sentidos tem repercussões na vivência da pessoa, pois a perda de audição altera todo o processamento mental, a saúde mental e emocional e as perspetivas educacionais e ocupacionais. Nos idosos esta perda tende a levá-los ao isolamento social, depressão, afastamento das atividades de vida diária e frustração com e entre os familiares e amigos (Bance, 2007).

Campbell et al. (1999), num estudo similar, verificaram que 18% da população estudada referia diminuição da acuidade visual, 33,2% diminuição da acuidade auditiva. Os efeitos negativos destas disfunções afetam o desempenho nas atividades de vida físicas. Aproximadamente 34% dos participantes mencionaram alterações no seu estado de saúde que influenciaram de forma negativa a sua qualidade de vida. Nos indivíduos com mais de 85 anos de idade, 61% referiram dificuldades em uma ou mais atividades de vida diárias relacionadas com disfunções sensoriais ou doenças crónicas que limitaram a sua função física, psicológica e social.

Dodla e Lyons (2006) referem a importância da avaliação da dor no idoso numa perspetiva multidimensional, devendo ter-se em consideração não só as causas associadas a doenças crónicas comuns na idade avançada mas em particular a dor de origem neuropática e das suas implicações nas atividades de vida diárias.

Rodrigues (2007), citando Dewar (2006) refere que “a monitorização deste problema complexo que é a dor crónica no idoso é realizada por excelência no acompanhamento feito pelas equipas de saúde nas visitas domiciliárias onde a avaliação da dor se reporta não só aos parâmetros físicos, mas também aos psicossociais e do impacto da dor nos doentes e sua família”.

Alterações do padrão do sono são uma outra condição que é comum com o avançar da idade. Particularmente, com o avançar da idade, existe uma tendência a alterar-se o ritmo de sono: os idosos tendem a deitar-se mais cedo e a levantar-se também mais cedo. Contudo, a maioria dos problemas relacionados com o sono nos idosos não são o resultado de problemas de mudança do biorritmo circadiano mas resultam antes dos efeitos secundários de medicação, de doenças crónicas, depressão, ansiedade e diminuição da mobilidade (Lesage & Scharf, 2007).

Filho (2005) considera que a nível do sistema nervoso central (S.N.C.) a memória primária ou a curto prazo, apesar de conservada, torna-se lentificada no acesso à informação. A memória secundária (memória que diz respeito à aquisição de nova informação) é a que se manifesta mais alterada com o avançar da idade, devido à degenerescência do hipocampo e à diminuição na eficácia e densidade neuronal e de neurotransmissores como a acetilcolina. A memória terciária relaciona-se com acontecimentos passados, armazenados e consolidados há imenso tempo, encontrando-se preservada nos idosos que não sofrem de demências.

Rodrigues (2007) refere que “o processo de envelhecimento é um fenómeno de amplitude temporal e multidimensional, implicando envelhecimento biológico e social, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico”.

O ajustamento a hipotéticas perdas de competência que conjugam claramente as capacidades fisiológicas básicas com as capacidades mentais resulta em respostas psicossociais que explicam a complexidade biopsicossocial do comportamento da pessoa mais idosa ao longo do envelhecimento e que influenciam diretamente o seu estado de saúde (Paúl e Fonseca, 2005).

Neste sentido, a promoção de um envelhecimento saudável requer uma abordagem que combine atividades de promoção de saúde e estratégias de prevenção de doenças.

3.4 – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

Rodrigues (2007), considera que “o envelhecimento é acompanhado por um declínio funcional progressivo que está associado a quadros de dependência responsáveis por cuidados específicos”.

As demências, produzem grande impacto para os indivíduos acometidos, tanto no que diz respeito à funcionalidade e manutenção da independência, como também a necessidade, de auxílio de um cuidador para o desempenho das tarefas do cotidiano, afetadas pelo declínio cognitivo.

A autonomia funcional também tem sido designada de competência funcional, e definida como o nível de bem-estar com o qual os indivíduos pensam, sentem, atuam, ou se comportam em congruência com o seu meio envolvente (WHO, 2002).

A avaliação da capacidade funcional/autonomia funcional ou competência funcional inclui a avaliação das capacidades do indivíduo em realizar as várias atividades de vida diária, as atividades instrumentais de vida diária e atividades relacionadas com a mobilidade (WHO, 2002).

Neste sentido, investigadores e clínicos têm demonstrado um interesse crescente no conceito de fragilidade/vulnerabilidade. Contudo, ainda não existe consenso quer relativamente ao conceito quer à sua definição, bem como aos critérios a utilizar para identificar a fragilidade e ainda à relação desta com o processo de envelhecimento, incapacidade e doenças crónicas (Bergman et al., 2007).

Rodrigues (2007), citando vários autores refere que “a vulnerabilidade no idoso é uma condição que o coloca em risco de incapacidade e conseqüente dependência. (...), que

tem por base as alterações biológicas de diversos sistemas, nomeadamente sistema endócrino, cardiovascular, músculo-esquelético, imunológico e nervoso, associado a idade avançada”.

Borg et al. (2006), considera que a satisfação com a qualidade de vida em idosos com reduzida capacidade para se auto cuidarem é determinada por diversos fatores: aspetos sociais, físicos, mentais e financeiros que interagem entre si, em especial os sentimentos de solidão, degradação da capacidade para se auto cuidar, pobre saúde em geral, sentimentos de preocupação e baixos recursos financeiros em relação às suas necessidades.

“As alterações e défices causados pela diminuição na cognição implicam diminuição e/ou perdas nas capacidades funcionais interferindo de forma significativa na realização das denominadas atividades de vida diária (AVD), ocorrendo assim um declínio funcional.” (Rodrigues, 2007).

Oliveira (2006), considera que a dificuldade no desempenho de algumas atividades da vida diária ocorre inicialmente nas Atividades de Vida Diária Instrumentais (AVDi), tais como: o uso de telefone, limpeza da casa, uso de transportes, lidar com finanças, fazer compras. As perdas das Atividades de Vida Diária Físicas (AVDf) surgem na maioria das vezes posteriormente às perdas das AVDi, sendo estas atividades as que se relacionam com os cuidados pessoais básicos e que são fundamentais para garantir independência, tais como: cuidados de higiene pessoal, vestir-se, despir-se e alimentar-se.

Lee (2000), realizou um estudo longitudinal sobre a perceção dos idosos relativamente à avaliação da saúde em geral, saúde física e saúde mental, como preditores do declínio funcional e mortalidade em idosos com idades iguais ou superiores a 70 anos que residiam na comunidade e verificou que na generalidade a auto avaliação dos idosos para a saúde em geral, física e mental, eram preditores do declínio funcional e mortalidade. Na análise multifuncional, os idosos que avaliaram a sua saúde no global (capacidade física em se auto cuidarem e atividade física) como menos favoráveis eram aqueles que apresentavam piores resultados de saúde.

Morala et al., (2006), no trabalho de investigação que realizaram tinham como objetivo conhecer os fatores que estariam fortemente associados à vulnerabilidade do estado funcional do idoso e assim poderem preveni-los ou adiar o seu declínio funcional, incrementaram um estudo para identificar qual a relação entre o estado funcional e variáveis como: idade, género, local de residência, nível de função cognitiva e depressão. Nos resultados, obtiveram a correlação positiva entre nível funcional, idade, nível cognitivo e local de residência, menos para a variável género. A existência de uma fraca correlação entre os níveis de depressão, não determina o efeito que esta possa ter em aspetos específicos da função física.

Os resultados de diferentes estudos, apontam para a importância da aplicação de testes de avaliação de competências diárias que focam a sua avaliação no tempo de realização das tarefas diárias em vez da avaliação do grau de precisão isoladamente. A aplicação destes testes poderá ser vantajosa na avaliação da capacidade cognitiva na realização das atividades e na melhoria no desempenho das mesmas, devendo estes testes fazerem parte integrante da admissão de qualquer idoso numa instituição.

3.5 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

“A saúde dos idosos e as suas necessidades de cuidados estão a tornar-se, na atualidade, um assunto de importância crescente, dado que o envelhecimento da população, com características próprias de maior vulnerabilidade e com problemas de saúde específicos, elevará as necessidades de cuidados de saúde e a consequente utilização de serviços” (Rodrigues,2007).

Hubbert (2001) considera que a utilização de serviços reflete a necessidade percebida ou sentida pelo idoso em reclamar apoio para se manter seguro no seu ambiente envolvente. A necessidade como a razão imediata para a utilização de serviços, deve ser entendida considerando a percepção do idoso e a avaliação dos

profissionais de saúde, contribuindo ambos desta forma, com dados subjetivos e objetivos do estado de saúde e das suas mudanças (Andersen, 1995 citado por Rodrigues, 2007).

Dixon et al. (2003), consideram de extrema importância a efetiva implementação de serviços de apoio multidisciplinar, desde a assistência social, reabilitação, nutrição até à saúde mental como forma de promover a estabilidade, independência e bem-estar aos idosos, em particular àqueles que devido a circunstâncias adversas, alheias à sua vontade, se encontram mais fragilizados e dependentes de recursos sócio económicos.

Rodrigues (2007) refere que “da revisão de vinte e cinco artigos que se reportavam aos resultados obtidos em estudos com seleção aleatória e representativos da população de programas preventivos para pessoas idosas, onze incluíam avaliação do estado de saúde. Constatou-se que a avaliação do estado de saúde foi associada à melhoria dos resultados de saúde nos idosos, com ganhos na diminuição das despesas de saúde”.

Majumdar e Soumerai (2003), advertiram para o risco de prescrição potencialmente inapropriada para idosos devido ao aumento das necessidades de utilização de diversas substâncias farmacológicas.

Atualmente o aumento da prescrição de medicamentos relacionada com a existência de um maior número de doenças crónicas é um facto.

Thomas, Ritter e Wallack (2001) investigaram sobre a prescrição de medicamentos na população idosa entre 1997 e 2000, dividiram uma amostra de idosos em diferentes grupos quanto aos custos/gastos com medicamentos, classificando-os de baixo custo, médio, elevado e muito elevado custo. Estudaram ainda quais os medicamentos mais utilizados entre os diferentes grupos e observaram que mais de metade dos idosos, mesmo no grupo com baixos custos em medicamentos, utilizavam medicação para doenças cardiovasculares; uma menor percentagem (cerca de 10%) utilizava medicação para controlo da diabetes e medicação gastrointestinal. No grupo de elevados custos verificaram que estes idosos apresentavam condições de cronicidade mais acentuada do que no grupo de baixo-custo, sendo mais representativa a medicação para doenças cardiovasculares (87%), medicação antilipídica (54,2%), aproximadamente metade com

medicação antidepressiva (45,6%) e com utilização de medicação anti-inflamatória para as situações de artrite (45,6%). Estes dados confirmam a situação dos elevados custos com os idosos enquanto pessoas com uma maior complexidade na avaliação clínica que requerem tratamento para muitas condições do foro físico e mental.

Stilwell & Kerslake (2004), referem que a utilização de serviços referente à admissão em lares é uma necessidade para muitos idosos. Os motivos que levam esses idosos a serem admitidos em lares, deve-se a um acontecimento crítico, habitualmente após um internamento hospitalar por queda ou por outra razão, por queda sem necessidade de recorrer ao hospital, por não querer mais residir em casa, por doença ou morte do seu cuidador informal/formal e por súbita doença sem admissão hospitalar. A decisão da necessidade de institucionalização deverá ser realizada em conjunto com o idoso.

Os mesmos autores, consideram outros fatores que precipitam esta admissão, tais como: o aumento da responsabilidade colocada aos cuidadores à medida que as necessidades dos idosos aumentam; a ausência de cuidados nas 24 horas na comunidade; as limitações dos cuidados nos serviços intensivos, especialmente nas componentes do apoio psicológico e social aos idosos; a tendência dos profissionais de saúde em considerarem os lares como o passo seguinte na prestação de cuidados aos idosos e por último a ausência de outras alternativas.

3.6 – SAÚDE MENTAL

“Ao avançar na idade, o indivíduo pode manter a saúde mental se conservar a auto estima. Nos idosos, os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento raramente são provocados pela diminuição das funções cognitivas. Diversos fatores podem precipitar o aparecimento de doenças mentais no idoso, mas são sobretudo as perdas do papel social, as crises, as multipatologias, a situação sócio económica, o desenraizamento e múltiplas situações geradoras de *stress*” (Menezes, 2002; citando Busse e Blazer, 1999).

Berger (1995) refere que um idoso mentalmente são “é aquele que mantém com os outros laços afetivos satisfatórios, não reage às situações de forma automática e suporta bem o *stress*”. O envelhecimento mental está relacionado com uma baixa da percepção sobre si.

A senescência é uma “situação de crise”, na qual os mecanismos de adaptação não permitem fazer face as diferentes alterações encontradas, e que são geradores de *stress*. Os idosos são muito vulneráveis aos problemas emocionais porque os seus recursos físicos e afetivos estão, muitas vezes, alterados pelas numerosas crises que enfrentam. Os principais problemas de saúde mental de que sofrem os idosos “são a depressão, a ansiedade, as neuroses e psicoses, perturbações do sono, a demência, entre outros” (Berger, 1995).

“A senilidade não surge da velhice, surge de não se sentir útil. Enquanto se for útil, nunca se será velho! Continue a ser vivo! Arranje coisas a fazer! Coisas que tenham um significado para você” (Menezes, 2002; citando Diogo 2000).

Na sociedade atual torna-se imperioso um entendimento do significado de envelhecer, numa perspectiva de mudança, excluindo sentimentos de solidão, de abandono e de rejeição, dado que estes podem gerar conflitos que, quando mal resolvidos, dificultam os mecanismos de reajuste necessários para uma efetiva elaboração e supressão dos problemas que se colocam durante “a meia-idade”, ou seja, entre os 40 e os 65 anos, impedindo assim viver plenamente a etapa da velhice (Rodrigues, 1999).

A área da saúde mental é talvez aquela que terá um peso maior na predição da qualidade de vida e grau de satisfação com a vida do idoso, reafirmando a importância da avaliação multidimensional e das intervenções, igualmente multidimensionais, quando a finalidade é melhorar a qualidade de vida.

Silva (2005a) considera que a compreensão da saúde mental no idoso, terá de atender ao percurso realizado pelo indivíduo ao longo da vida, e do envelhecimento, e terá de ser entendida como um processo de ordem física, psicológica e social, em que múltiplos fatores intervêm.

Rodrigues (2007) considera que “a abordagem da saúde mental no contexto do processo de envelhecimento é complexa pelo impacto das repercussões provocadas por mudanças ao longo da vida de uma pessoa”.

A manutenção da saúde mental do idoso varia com fatores pessoais e ambientais, mas as alterações observadas, resultantes do processo de envelhecimento, abrangem, desde a disfunção cognitiva moderada até à demência, nos seus diferentes graus de severidade. A depressão é uma doença que se encontra muitas vezes associada à velhice.

Almeida (1999), considera que a vulnerabilidade dos idosos aos transtornos mentais justifica a relevância da investigação das manifestações psicopatológicas que apresentam para orientar as intervenções necessárias à promoção da saúde mental de forma a associar qualidade aos anos vividos. Além disso, os distúrbios psiquiátricos dos idosos interferem de forma negativa na vida dos seus cuidadores. A depressão merece especial atenção, uma vez que apresenta frequência elevada e consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos, a presença de sintomas depressivos é apenas ocasionalmente reconhecida pelo idoso e pelos profissionais de saúde, causando sofrimento desnecessário àqueles que não recebem tratamento.

Duarte e Rego (2007) afirmam que a depressão é uma doença, e não uma manifestação do envelhecimento fisiológico; portanto, necessita ser diagnosticada e tratada. O diagnóstico de depressão no idoso é na maioria das vezes, muito difícil, estimando-se que em 40% dos casos ela não é reconhecida.

Gazalle, Hallal e Lima (2004), consideram que particularmente na população idosa, os quadros depressivos têm características clínicas peculiares, verifica-se uma diminuição da resposta emocional (“erosão afetiva”) e concomitantemente um predomínio de sintomas tais como: diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, pensamento constante sobre o passado e perda de energia, o que torna o diagnóstico desta patologia mais complexo nesta população.

Alexopoulos (2005), citado por Rodrigues (2007), refere que “a depressão afeta, maioritariamente, os idosos com doenças crónicas e disfunções cognitivas, causando sofrimento, ruturas familiares, diminuição da capacidade de realização das atividades de

vida diária, aumento da incapacidade física, piora os efeitos de muitas doenças e aumenta a mortalidade”.

Para Twedell (2007), reconhecer a depressão nos idosos exige uma avaliação rigorosa, uma vez que, a maioria dos idosos não referenciam distúrbios depressivos, ou tristeza, ou falta de interesse em participar em atividades, exibindo unicamente sintomas somáticos como a fadiga, cefaleias e algias generalizadas, que podem ser confundidas com doenças físicas, ou uma lentificação motora e apatia que pode ser interpretado como início de uma demência.

Rodrigues (2007), citando vários autores, salienta que “em idosos com depressão o apoio social revela-se como elemento protetor contra o declínio nas capacidades de realização das atividades de vida diária, nomeadamente, na preservação e estímulo das suas habilidades na execução das atividades básicas de vida diária. Uma possível explicação reside no facto do suporte social poder reduzir os sintomas da patologia, uma vez que a interação social promove atividade física e mental, diminuindo desta forma a gravidade dos efeitos”. O afastamento social, sentimento de solidão, diminuição das atividades sociais, ou a falta de interesse em realizar atividades habituais, recusar participar em eventos sociais familiares e de amigos, ou recusar participar em atividades que dantes lhe eram agradáveis, o evidente consumo de álcool, sentimentos de inutilidade, de culpa excessiva e de se sentir um peso para as pessoas que a rodeiam são uma forma adequada de indicação de depressão no idoso.

Hang et al. (2006) citados por Rodrigues (2007), verificaram no seu estudo, que não existe uma relação de associação entre sintomas depressivos e declínio cognitivo, sendo estas duas concomitantes em idosos com idade igual e acima de 65 anos, após a aplicação de *Hamilton Depression Scale (HDRS)* e *Mini-Mental State Examination (MMSE)* em três momentos de avaliação. Por outro lado, existe relação com o aumento das limitações funcionais e o acentuar dos sintomas depressivos, em função do género, etnia e recursos económicos.

No seu estudo, Kwong e Kwan (2003), analisaram a forma como os idosos lidam com o *stress*, e verificaram que estes preferem ultrapassar situações stressantes autonomamente, utilizando estratégias adaptativas, tais como: participar em atividades

agradáveis (86,3%), ter pensamentos positivos face a eventos negativos (78,8%), conversarem com outras pessoas, expressando as suas preocupações e sentimentos (51%) e apoio profissional (33%).

Bergua et al. (2006) citados por Rodrigues (2007), consideram que a preferência por rotinas, na vida diária dos idosos, tem uma associação positiva com níveis de ansiedade, depressão e alterações do domínio cognitivo. Desta forma, “a “rotinização” progressiva de comportamentos e atividades nas pessoas idosas é um aspeto a ter em consideração na avaliação da vulnerabilidade cognitiva e afetiva e deve ser entendida como um elemento de deteção precoce de dificuldades de adaptação neste grupo”.

Mejia et al. (2004), ao analisarem a relação entre demência e estado cognitivo, estado funcional, e grau de instrução evidenciaram que o grau de instrução tem um papel importante nas avaliações cognitivas e funcionais, sendo que estas são tanto mais elevadas quanto maior for o número de anos de instrução.

Ried e Planas (2002) citados por Ribeiro (2007), ao investigarem as diferenças entre os homens e as mulheres idosas (idade superior ou igual a 65 anos de idade) relativas à idade, estado de saúde e presença de sintomas depressivos verificaram que com o envelhecimento tanto nas mulheres como os homens referem respostas similares aquando da presença de sintomas depressivos. No entanto, as mulheres relatam em maior percentagem dessas queixas relativamente aos homens. Assim, com o envelhecimento as mulheres reportaram-se a um declínio no seu estado de saúde, os sintomas depressivos aumentam significativamente mas, a um nível mais baixo do que nos homens.

Samuelsson et al. (2005) num estudo longitudinal para avaliação da incidência e determinação de fatores de risco de depressão e distúrbios de ansiedade, destacaram os seguintes resultados: a taxa de incidência para a depressão e para a ansiedade era mais elevada entre os 67-81 anos de idade, considerando que uma das razões estava relacionada, com a ocorrência do evento stressante da viuvez. Os idosos com baixos rendimentos estavam mais suscetíveis de desenvolverem um quadro depressivo, apesar de não existir fator de risco significativo para a ansiedade.

Ambo et al. (2001), citados por Rodrigues (2007), identificaram outros fatores associados à presença de depressão no idoso tais como: o isolamento social, a debilidade física e diminuição das atividades de vida diária. Em contrapartida, identificam nos idosos, como fatores protetores de depressão, o facto de residirem em casa própria, terem apoio da família, a presença de crianças e a atividade social.

Bernstein e Remsburg (2007), apresentaram um estudo epidemiológico realizado a nível nacional nos Estados Unidos da América, numa amostra representativa de idosos, residentes na comunidade e em lares evidenciou que existem aproximadamente 800.000 idosos com idade igual ou superior a 65 anos a residirem na comunidade que apresentam perda de memória ou estados de confusão, e aproximadamente de 2,3 milhões de idosos mais velhos com limitação nas suas atividades causada por demência ou senilidade. Estimaram que os idosos residentes em lares (cerca de 632.000 idosos) com idade igual ou superior a 65 anos apresentavam relatórios médicos com diagnóstico de demência.

Botelho (2001) considera que existem diversos sinais de envelhecimento e de velhice, alguns inerentes à deterioração cognitiva e física, interferindo na capacidade funcional associada à autonomia do funcionamento executivo do dia-a-dia.

Para Spar e La Rue (1998), a chegada desta fase da vida acompanha-se da mudança de papéis e na maioria das vezes, da perda de papéis.

A probabilidade de perda de memória surge com o avançar da idade. Numa fase moderada, esta caracteriza-se pela apreensão de perda de memória e em testes de memória pelo declínio na execução de atividades que requerem a memória objetiva em comparação com adultos jovens. Cerca de 40% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos apresentam perda de memória associada à idade. Cerca de 10% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos têm disfunção cognitiva moderada, e destes cerca de 15% desenvolvem uma demência de Alzheimer (Small, 2002).

São vários os estudos no âmbito da saúde mental que consideram a existência de uma diminuição do controlo pessoal global com o avançar da idade (Krause, 2007). Desta forma, Rodrigues (2007) considera que “este construto é uma das mais importantes

variáveis definidas como fulcrais para um envelhecimento saudável, porque lhe está associado um melhor estado de saúde física e mental, assim como a adoção de comportamentos saudáveis”.

Silva (2005a) refere que para atingir a velhice foi necessário sobreviver e adaptar-se com mais ou menos saúde mental e conseqüentemente maior ou menor bem-estar a desafios específicos de outras fases da vida. Menninger (1999) citado pelo mesmo autor, considera que o processo de envelhecimento ao longo da velhice, traz ele próprio desafios adaptativos que lhe são peculiares. Tais desafios reportam-se a aspetos de ordem física, psicológica e social.

Thorson (2000), considera que o grande desafio que se coloca aos profissionais de saúde mental na resolução das necessidades da população idosa é a tendência que este grupo etário apresenta na resistência em procurar ajuda para estas necessidades, em particular os que se encontram a viver sozinhos por motivo de viuvez ou por pobreza, salientando os homens viúvos e as mulheres com baixos recursos económicos como os mais vulneráveis a apresentarem sintomas de depressão relacionados com o aumento do isolamento e diminuição da atividade social.

Silva (2005b), no seu estudo, intitulado, Avaliação Multidimensional dos Idosos Inscritos no Centro de Saúde de Vale de Cambra, verificou que relativamente à auto avaliação da saúde mental dos idosos, existe concordância com anteriores estudos portugueses, sendo que os homens se auto avaliam melhor do que as mulheres.

Ferreira et al. (2006), no estudo que realizaram sobre a avaliação multidimensional nos idosos, verificaram a presença significativa de uma maior deterioração da função cognitiva (número igual ou superior a cinco erros no SPMSQ) nas mulheres, para os dois tipos de instituições avaliadas (centros de dia e lares – Região Centro).

Os mesmos autores, verificaram que relativamente á satisfação com a vida as mulheres apresentam-se como as que têm menos coisas que as mantenham interessadas, as que apresentam menor sensação de felicidade e mais sentimento de solidão.

Corroborando com os autores acima referidos Rodrigues (2007), constatou que quanto à área de saúde mental, para o total da amostra do seu estudo há, entre sexos, uma

autoavaliação pior por parte das mulheres. A comparação da situação atual com a existente há cinco anos indica, em todos os grupos etários, uma percepção de agravamento mais notória entre os inquiridos dos grupos etários constituídos por indivíduos mais idosos. Já entre sexos, para o total da amostra, não se verificam diferenças significativas nesta avaliação. Da pontuação de incapacidade funcional na área de saúde mental ressalta uma diferente classificação para os diversos grupos etários, com um acentuar do nível de pontuação insatisfatória à medida que os grupos etários são mais idosos. Verificou ainda, que da classificação efetuada pelo entrevistador, quando se analisa os totais da amostra, as mulheres são pior classificadas relativamente aos homens.

Niegovan (2001), no estudo que realizou procurou relacionar a perda de funcionalidade com o declínio cognitivo na população idosa de uma cidade canadiana. Para esse fim, avaliou 5874 idosos institucionalizados que faziam parte de um estudo sobre envelhecimento, com duração de 4 anos. Neste estudo, o estado cognitivo foi avaliado com o Mini Mental State Examination (MMSE) e o estado funcional com os itens do OARS respeitantes a esta área. Do estudo, verificou-se que o declínio cognitivo progressivo está associado a um padrão específico de perda da capacidade de realizar tarefas da vida diária também específicas, ou seja, a perda das capacidades cognitivas está significativamente associada à perda das capacidades funcionais.

PARTE 2
ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

1.1 – MÉTODOS

O envelhecimento surge como um processo irreversível a que todos estamos sujeitos, devendo ser melhor compreendido, principalmente numa época, em que nosso país arca com um crescente número de idosos, e que junto a isso possui uma sociedade que não se encontra preparada para lidar com esta realidade.

A urgência de um conhecimento abrangente dos problemas ligados ao envelhecimento e das suas repercussões, é uma preocupação clara e para lá dos objetivos académicos, levando à procura e à implementação de instrumentos que forneçam, de forma integrada, informação global sobre as necessidades reais e sentidas da população idosa em Portugal.

Carrilho e Patricio (2003), definiram envelhecimento demográfico como sendo o aumento da proporção das pessoas idosas na população total, consequência da diminuição da natalidade e/ou diminuição das pessoas em idade ativa.

O grupo etário com maior taxa de crescimento é, atualmente, o grupo acima dos sessenta anos, prevendo-se que em 2020, em Portugal, esse grupo constituirá cerca de um quinto da população (INE, 2002).

Toda a atenção de que o envelhecimento tem sido alvo nos últimos anos será pouco útil se se tomar os adultos idosos como um grupo homogéneo. A realidade é que são um grupo heterogéneo a vários níveis, por exemplo, cultural, socioeconómico e em termos de saúde física e mental (Amado, 2008).

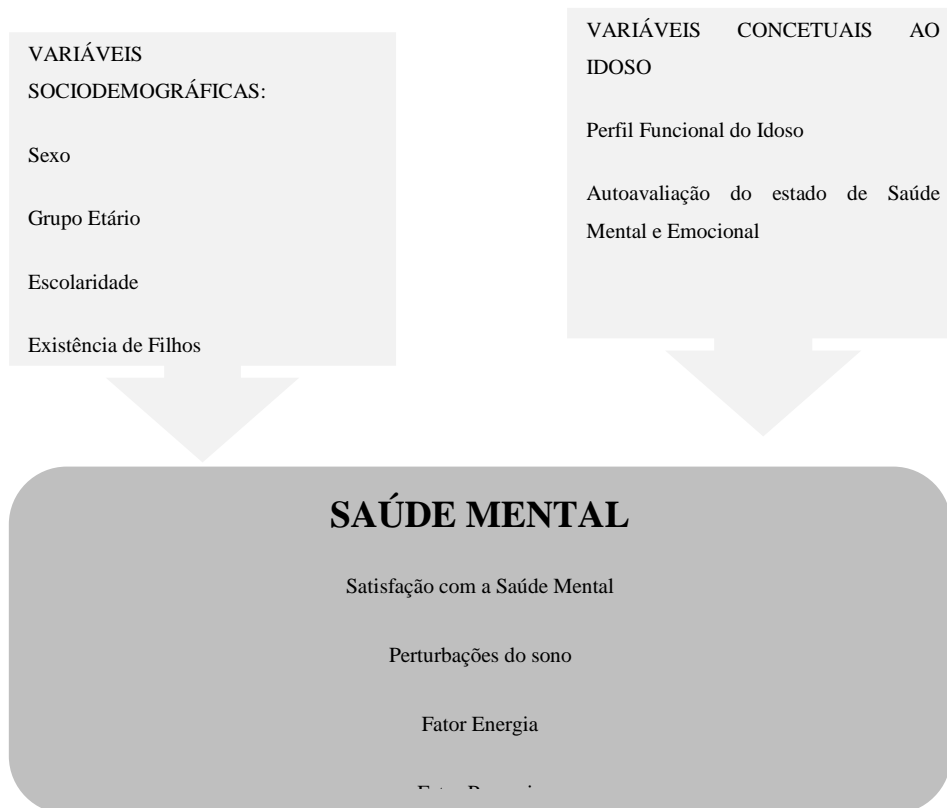
Consideramos que a melhor estratégia para obter os dados necessários para o estudo seria recorrer a um estudo quantitativo e descritivo. É dentro deste contexto que emerge a nossa preocupação com a população idosa e as suas necessidades específicas. Neste sentido, e expostos os argumentos que evidenciam a pertinência de estudo nesta área, delinearão-se as seguintes questões de investigação e os objetivos.

- **Quais são características sociodemográficas que influenciam a Saúde Mental e Emocional dos Idosos?**
- **Qual a influência do Perfil Funcional e da Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional do idoso?**

Com o intuito de dar resposta a estas questões foram delineados os seguintes objetivos de estudo:

- Identificar as variáveis sociodemográficas que influenciam a Saúde Mental e Emocional dos Idosos.
- Analisar o Perfil Funcional e a Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional dos Idosos.

Para tal elaboramos o seguinte esquema de investigação.



1.2 – PARTICIPANTES

A amostra é do tipo não probabilística de conveniência, dado que é constituída pelos idosos que se encontram a residir numa das valências da Santa Casa da Misericórdia de Viseu à data de 31 de agosto de 2012 e que não estejam incluídos nos critérios de exclusão, a seguir mencionados, e que participem na colheita de dados nas datas mais convenientes ao investigador.

Os indivíduos acessíveis para a investigação devem ser tidos em conta pela amostra, considerando, a população de acesso a que se encontra acessível ao investigador e que estejam de acordo com os critérios de elegibilidade.

Os critérios de exclusão definidos no presente estudo são:

- Idosos ausentes da instituição aquando do momento da entrevista, após duas tentativas de contacto.
- Idosos que manifestem indisponibilidade para serem entrevistados.
- Idosos afásicos.
- Idosos com médio/elevado grau de deterioração cognitiva (ponto de corte > 5 erros no SPMSQ).

A escolha desta amostra e desta valência (Residência Rainha D. Leonor) ficou a dever-se ao fato de esta integrar uma equipa de profissionais de saúde com preocupações na melhoria contínua dos cuidados e a autora do estudo exercer funções de enfermagem, nesta instituição, o que permite o conhecimento de algumas especificidades desta população.

Para a recolha de dados foram utilizados além do questionário aplicado, os processos clínicos e processos de enfermagem. A 31 de Agosto de 2012, encontravam-se inscritos nesta valência, 136 indivíduos com mais de 65 anos dos quais 99 eram do sexo feminino (73%) e 37 do sexo masculino (27%), destes apenas se estudaram 43 idosos que cumpriam os critérios de inclusão.

“A RRDL (Residência Rainha D. Leonor), é uma valência da Santa Casa da Misericórdia de Viseu, destinada a dar resposta de acolhimento permanente ou temporário a pessoas com 65 ou mais anos de idade, em situação de risco de perda de independência e/ou autonomia, bem como em situação terminal” (Regulamento da Valência RRDL, 2012). Tem como objetivo dar resposta a imperativos da comunidade local, promovendo a prestação de serviços que respondam às necessidades e expectativas dos idosos pautados pela melhoria da qualidade de vida e pela inovação dos serviços cada vez mais personalizados.

A instituição assenta em princípios fundamentais: dignidade humana, família como célula fundamental da sociedade, corresponsabilização, entreajuda e participação, diferenciação positiva, respeito pela equidade de direitos e de deveres, tolerância e da informação.

As estruturas administrativas desta Instituição têm tido como primordial preocupação adota-la dos meios técnicos disponíveis que se encontram em constante renovação. Possui quatro pisos, estrategicamente funcionais, onde se encontram 120 quartos, divididos em quartos individuais e quartos de casal, possuindo todos Wc privativo. Em cada piso há serviço de refeições e serviço de apoio. No quarto piso, encontram-se os serviços de saúde com gabinete de enfermagem, gabinete médico, sala de observação e tratamento e uma enfermaria com 12 camas.

Uma Instituição desta envergadura requer um vasto leque de recursos humanos que procuram satisfazer as necessidades dos residentes, dando-lhes qualidade de vida e tranquilidade ao familiar. Os serviços de Saúde são assegurados por uma equipa de enfermagem 24 horas/dia e por serviços médicos 5 vezes por semana.

1.3 – INSTRUMENTO

O *Older Americans Resources and Services Program* (OARS) surgiu como resultado de um Programa da Duke University, nos Estados Unidos da América, iniciado em 1972, com a duração de oito anos, com o principal objetivo de ser um estudo para encontrar alternativas à institucionalização para idosos, com vista a manter a sua independência.

A metodologia OARS foi desenvolvida para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas fundamentais para a qualidade de vida do idoso: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária. Avalia também, a utilização e a necessidade percebida de vários tipos de serviços, o que permite a avaliação de programas de intervenção e a tomada de decisões fundamentadas sobre o impacto de recursos e serviços (Fillembaum, 1988; Ferreira et al., 2006).

Tendo em conta estes pressupostos, o modelo conceptual do OARS inclui três elementos:

- A avaliação da capacidade funcional, classificando o idoso em categorias funcionalmente equivalentes;
- A utilização e a necessidade de serviços, definindo o uso atual e a necessidade sentida;
- A avaliação de alternativas de serviços a implementar em função da capacidade funcional (Fillembaum, 1988).

Em 1988, foi publicado um manual de utilização do instrumento, assim como os testes de fiabilidade e validade, o que permite divulgar a sua aplicação e posterior inserção em vários países (Fillembaum, 1988).

O OARS encontra-se dividido em três partes:

- uma lista de indicadores administrativos e demográficos;

- parte A – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional (QAFM), constituída pela avaliação funcional em áreas como os recursos sociais, os recursos económicos, a saúde mental, a saúde física e as atividades de vida diárias.
- parte B – Questionário de Avaliação de Serviços (QAS), orientada para a avaliação da utilização e da necessidade percebida pelos idosos em relação a uma lista de serviços (Ferreira et al., 2006).

As duas partes (A e B) podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente.

O entrevistador ao completar o questionário, emite também um juízo quantitativo em função dos parâmetros definidos para cada uma das cinco áreas.

OARS – QAFM

O OARS – QAFM é constituído por:

- 70 perguntas dirigidas ao idoso (perguntas 1 a 70),
- 10 perguntas sobre o idoso, respondidas por um informante (perguntas 73 a 82),
- 14 perguntas sobre o idoso, respondidas pelo entrevistador (perguntas 83 a 96),
- Cinco escalas de avaliação funcional, uma por cada área avaliada com pontuações de incapacidade funcional (PIF) numa escala de 1 a 6 (perguntas 97 a 101).
- O somatório das pontuações de incapacidade funcional de cada uma das áreas, produz a designada pontuação acumulada de incapacidade (pergunta 102), (Silva, 2005; Ferreira et al., 2006)

A primeira pergunta desta parte é retirada do Questionário Curto de Estado Mental (SPMSQ – Short Portable Mental Status Questionnaire) composto por dez perguntas (1.1 a 1.10), que tem como finalidade avaliar o défice da função cognitiva do idoso, permitindo desta forma definir se é idóneo para continuar a responder ao questionário ou se, é necessário obter a informação de um informante qualificado. Considera-se

critério de exclusão e não deve ser utilizada a informação do idoso, quando este responder erradamente a mais de quatro questões no SPMSQ. Neste caso, o informante deve responder a todas as perguntas, com exceção das consideradas subjetivas e que questionam sentimentos dos idosos. No entanto, estudos já efetuados (Fillenbaum, 1988; Rodrigues, 1998) demonstraram que o facto do inquirido errar mais de quatro respostas não indica que esteja necessariamente inapto a responder ao restante questionário. Na maioria das vezes, os erros indicam falta de informação ou ansiedade devido à confrontação inicial com o entrevistador. Desta forma, deve ser deixado ao critério do entrevistador a decisão final de prosseguir ou não com o questionário. No estudo realizado por Nogueira (2003), o autor utilizou um critério diferente considerando com défice da função cognitiva os idosos que respondessem erradamente a mais de cinco questões.

Iglesia et al. (2001) realizaram a adaptação e a validação do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), que está integrado no OARS, avaliando o estado cognitivo de uma população de cerca de 230 idosos. Estes autores referiram que o ponto de corte mais aceitável seria o de 3 ou mais erros para pessoas que sabem ler e escrever e de 4 para os analfabetos.

Ferreira, et al. (2006), citando Pfeiffer (1979), consideram que “para além do SPMSQ, a parte do questionário destinada à avaliação da saúde mental inclui também a avaliação da presença de sintomas psiquiátricos através do Esquema curto de Avaliação Psiquiátrica (SPES – Short Psychiatric Evaluation Schedule)”.

Gatz et al. (1987), refere que o SPES é um questionário simples e de rápida aplicação, derivado de outro instrumento, com adaptações, e recomendado como uma medida de saúde mental para idosos. É constituído por 15 itens, e indica apenas presença ou ausência de sintomas psiquiátricos e o respetivo grau de incapacidade nesta área.

Os itens que constituem o SPES, são agrupados em quatro áreas por Fillenbaum (1988): a satisfação com a vida (despista alterações psiquiátricas de depressão); perturbações do sono (deteta transtornos do sono), fator paranoia (centrado na suspeição ou ideação paranoide), fator de energia (centrado na sensação de energia/letargia). Posteriormente Lian et al. (1989), citados por Silva (2005b) e Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006),

sugerem agrupar os 15 itens nas áreas de alienação, sintomas psicossomáticos e depressão. O conjunto de respostas ao SPES não constitui um valor global (score), considera-se que existem sintomas psiquiátricos quando existem mais do que 5 respostas erradas (Fillenbaum, 1988).

Silva (2005b), relativamente à função cognitiva, avaliada com a aplicação do questionário SPMQS, onde considerou o ponto de corte de 5 ou mais erros como indiciando alterações cognitivas, e verificou que 15% dos idosos, apresentavam alterações cognitivas, valor ligeiramente superior ao encontrado no trabalho de Nogueira (2003), com 11,3%.

Rodrigues (2007), no seu estudo verificou que “para o total da amostra, 85,0% dos homens e 67,2% das mulheres apresentam menos de cinco erros, uma diferença significativa ($p=0,005$). Em todos os grupos etários se verifica ser maior o número de homens com menos de cinco erros, embora apenas no grupo de 75-84 anos essa diferença tenha significado estatístico ($p=0,031$). Entre grupos etários observa-se que a percentagem de indivíduos com menos de cinco erros, para o total da mostra, passa de 81,6% no grupo 65-74 anos, para 71,9% no grupo 75-84 anos e 45,8% no grupo de 85 e mais anos, valores estes que representam a existência de significado estatístico ($p=0,001$)”.

Nesta primeira parte, inclui-se a avaliação da saúde física, na qual se faz o levantamento da utilização de medicamentos prescritos, existência de doenças e da perceção de como estes fatores interferem na sua vida diária e na sua saúde física (auto avaliação). Whitelaw e Liang (1991) e posteriormente Bowling et al. (2005), consideram que só a relação entre três dimensões (doença crónica, incapacidade funcional provocada pela doença e auto avaliação da saúde) pode constituir um indicador válido do estado de saúde dos idosos e da sua qualidade de vida.

A parte A do questionário, ainda engloba, a área de atividades de vida diárias (AVD) recorrendo a duas escalas: uma escala de AVD instrumental, com sete atividades, e outra de AVD físicas, com seis atividades, onde o idoso demonstra a perceção da sua saúde física.

A segunda parte do questionário, parte B: OARS – SAQ, incide essencialmente sobre a utilização de 19 serviços, nos últimos seis meses e a necessidade sentida/percecionada pelo idoso não é avaliada, apenas a necessidade que o informante assistiu nos últimos seis meses.

Os autores do OARS conceberam um modelo, com base numa análise fatorial, que torna possível calcular os valores de indicadores baseados em fatores derivados das respostas às várias perguntas, considerando as cinco áreas medidas: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades da vida diária (Ferreira, Rodrigues e Nogueira, 2006).

O CEISUC traduziu e adaptou este modelo, que será aplicado, no presente trabalho, da seguinte forma:

- Recursos Sociais – os três fatores refletem, a disponibilidade e a quantidade de contatos com amigos (CONTATOS), a disponibilidade de um apoio próximo (AJUDA) e a adequação dos contatos (AFETO).
- Recursos económicos – o único fator referenciado representa o aspeto subjetivo do bem-estar económico, o que não significa que os aspetos objetivos sejam ignorados na elaboração do modelo. Com este modelo pretende-se apenas estabelecer a relação entre os aspetos concretos da dimensão económica e os aspetos da auto percepção dos idosos sobre esta mesma dimensão.
- Saúde mental – todos os itens desta dimensão, contribuem (com exceção de três) para a determinação de quatro fatores: a medição da satisfação em geral através de seis itens, o distúrbio do sono através de dois itens, uma dimensão sobre energia/letargia que pretende refletir a depressão, através de seis itens, e a presença de paranoia, através de três itens. Os dez itens do Short Portable mental *status* Questionnaire não foram incluídos individualmente na análise, sendo apenas usado o valor da sua pontuação final.

Quadro 1 – Fatores que constituem a dimensão da saúde mental

FATORES	PERGUNTAS
SATISF – Satisfação com a saúde mental	32, 33, 34.02, 34.07, 34.15, 35
SONO – Distúrbio do sono	34.01, 34.06
LETARGIA – Energia vs. Letargia	34.05, 34.09, 34.10, 34.11, 34.13, 34.14
PARANOIA – Suspeita e paranoia	34.03, 34.04, 34.08

Fonte: Adaptado de Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006)

Quadro 2 – Critérios de classificação na área de saúde mental

Saúde Mental	Critérios de classificação
1 - Muito boa	Intelectualmente alerta gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
2 - Boa	Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto e livre de sintomas psiquiátricos.
3 - Ligeiramente insatisfatória	Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
4 - Moderadamente insatisfatória	Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
5 - Fortemente insatisfatória	Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
6 - Totalmente insatisfatória	Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.

Fonte: Adaptado de Rodrigues (2007)

Quadro 3 – Variáveis que constituem o indicador final da saúde mental

VARIÁVEIS	ESCALAS
ALEGRE – alegria com a vida	0 – a vida não é alegre 1 – a vida é alegre
SINTPSI – sintomas psiquiátricos	1 – sintomas graves 2 – sintomas evidentes 3 – sintomas leves 4 – sintomas não significativos
INTELECT – capacidade intelectual	1 – limitação grave 2 – limitação moderada 3 – limitação fraca 4 – sem limitação
ISINTPSI – sintomas psiquiátricos informante	1 – sintomas graves 2 – sintomas evidentes 3 – sintomas leves 4 – sintomas não significativos
IALEGRE – alegria com a vida informante	0 – a vida não é alegre 1 – a vida é alegre
MENT – auto avaliação temporária da saúde mental	2 – excelente ou boa 3 – limitação pequena 4 – limitação moderada 5 – limitação grave ou total
MENTI – avaliação temporária da saúde mental informante	2 – excelente ou boa 3 – limitação pequena 4 – limitação moderada 5 – limitação grave ou total
SMENT – auto avaliação da saúde mental	1 – excelente 2 – boa 3 – limitação pequena 4 – limitação moderada 5 – limitação grave ou total
IMENTN – avaliação da saúde mental informante	1 – excelente 2 – boa 3 – limitação pequena 4 – limitação moderada 5 – limitação grave ou total

Fonte: Adaptado de Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006)

- Saúde Física – relativamente a esta dimensão, os autores do OARS tiveram algumas dificuldades em encontrar os fatores que determinassem com rigor a saúde física, uma vez que os itens do questionário se referem a medicamentos prescritos e à presença de doenças crónicas diagnosticadas.
- Atividades da vida diária – os itens referentes à atividades da vida diária (AVD), inserem-se em dois grupos, as AVD instrumentais (AVDi) e as AVD físicas (AVDf).

Blay et al. (1988), refere que “a Parte A e a Parte B do OARS foram concebidas para ser utilizadas conjuntamente, no entanto, é possível a sua utilização em separado, ou mesmo a utilização apenas das questões referentes a cada área, como o demonstra a validação da versão brasileira onde apenas foram utilizadas as questões da área de saúde mental e a estrutura fatorial atrás referida”.

Rodrigues (2007), refere que “a divulgação do questionário e metodologia OARS, apesar dos esforços desenvolvidos pelos seus utilizadores, com apresentação dos resultados e potencialidades de utilização, tem-se deparado com resistência pelos seus virtuais utilizadores dada a morosidade na recolha da informação e posterior tratamento dos dados. Apesar das vantagens da utilização integral desta metodologia parece-nos sensata a recomendação da utilização de apenas alguma das suas partes em situações específicas onde seja apenas necessária informação sobre determinada área funcional ou utilização de serviços”.

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, neste trabalho, serão utilizadas apenas as questões da área de saúde mental e social.

No final do questionário há um conjunto de perguntas (83 a 96) dirigidas ao entrevistador, cujo principal objetivo é auxiliar na atribuição de uma pontuação de incapacidade funcional (PIF).

Após a aplicação do questionário o entrevistador, em função dos parâmetros definidos em cada uma das cinco áreas, emite um juízo quantitativo, com a atribuição de uma pontuação de incapacidade funcional (PIF), baseado em toda a informação recolhida ao longo da entrevista (Rodrigues, 2007).

Os perfis funcionais, permitem-nos agrupar os inquiridos em função das suas incapacidades, tendo em conta, as pontuações atribuídas nas cinco áreas, ou seja, formar grupos funcionalmente equivalentes.

Pode ser definido, pelo entrevistador, para cada escala de classificação, um ponto de corte que as dicotomize em dois grupos; em função das necessidades ou possibilidades de intervenção nessa área, obtêm-se grupos de funcionamento homogéneo ou com idêntico tipo de incapacidades.

O mais comum é comparar-se os de melhor funcionalidade (com pontuação de 1 a 4) com os de funcionalidade insatisfatória (pontuação 5 a 6). Da combinação do diferente número de áreas em que se verifique uma classificação definida como insatisfatória resulta um conjunto de 32 perfis funcionais (Rodrigues, 2007).

No entanto, Fillembaum (1988), referiu que fica ao critério do investigador definir este ponto de corte a fim de ir ao encontro dos objetivos do seu trabalho.

O questionário que serve de base à recolha de dados para o estudo é a versão portuguesa do Older Americans Resources and Services Program (OARS) (Anexo 1).

Mediante os objetivos do presente trabalho de investigação, procedeu-se à pesquisa de qual seria(m) o(s) instrumento(s) de colheita de dados mais adequado(s), surgindo o questionário OARS como aquele que melhor avaliaria o que se pretende analisar. Este questionário apresenta ainda a vantagem de estar testada e validada para a população portuguesa desde 1998.

“A validação de um questionário tem como propósito demonstrar a sua capacidade para obter resultados semelhantes quando utilizados em idênticas circunstâncias” (Ferreira et al., 2006).

Adaptação cultural e linguística

O processo de adaptação cultural e linguística do questionário OARS foi da responsabilidade do Professor Doutor Rogério Rodrigues em 1999 (Rodrigues 1999),

usando o estudo psicométrico para demonstrar que a versão portuguesa é equivalente à versão original do instrumento recorrendo aos estudos de fiabilidade e validade.

Ferreira et al. (2006), citando Wilkin, Hallam e Dogget (1994), consideram que a utilização do OARS, traduzido e adaptado, em contextos diferentes do original, apresenta alguma complexidade que tem sido ultrapassada dada a linguagem acessível e dirigida a um grupo populacional em que são manifestas as dificuldades de recolha de informação.

Estudo psicométrico

No estudo da validade, inclui-se a validade de conteúdo, de construção e de critério. A validade de conteúdo e de construção foi testada nos instrumentos elaborados originalmente, a validade de critério para a população portuguesa foi realizada em 1999 pelo Professor Doutor Rogério Rodrigues, realizando a correlação de algumas variáveis mais significativas do questionário com as de outro questionário (MOS SF-36), desta forma o autor da tradução defende a validade do instrumento e recomenda a sua utilização (Rodrigues, 1999).

Rodrigues (2007), citando Streiner & Norman (1995), refere que a qualidade de um instrumento de medida, avaliada através de análise psicométrica, resulta do estudo da fiabilidade e validade.

Fiabilidade

O estudo da fiabilidade integra dois conceitos independentes: a existência de coerência interna (avaliada através do coeficiente α (alfa) de Cronbach) e a reprodutibilidade (avaliada através da técnica de teste-reteste), e concordância entre observadores (aplicando o questionário por dois ou mais entrevistadores permitindo inferir acerca da concordância entre resultados).

Relativamente à concordância entre observadores, não foi possível, para a versão portuguesa, realizar este estudo (determinando a concordância de resultados quando a mesma situação é avaliada por diversos entrevistadores) dado que para o estudo de validação psicométrica apenas se dispunha de um entrevistador (Rodrigues, 1999) tal se verifica no presente trabalho.

No estudo realizado por Nogueira (2003), o autor utilizou mais do que um entrevistador, demonstrando concordância entre eles. Fillenbaum (1988) aponta para que os resultados das avaliações não são influenciados pelo entrevistador já que não diferem significativamente.

Rodrigues (2007), refere que “a coerência interna implica a existência de homogeneidade no conteúdo das perguntas e a não existência de erro aleatório, ou seja, avalia a forma como cada item se correlaciona com todos os outros na mesma escala ou dimensão, definindo até que ponto todos os itens se referem à mesma dimensão”.

Rodrigues (2007), citando Ferreira e Marques (1998), consideram que “a fiabilidade traduz a manutenção da coerência de resposta em medições repetidas, indicando os mesmos resultados independência em relação às circunstâncias em que são efetuadas as medições. Avalia, assim, a capacidade do instrumento obter a mesma resposta independentemente da forma e do momento em que é aplicado”

No que diz respeito à reprodutibilidade, pretende-se avaliar a capacidade do instrumento de medida obter a mesma resposta em momentos diferentes (reprodutibilidade teste-reteste) utilizando a mesma população e sob as mesmas condições.

Rodrigues (1999), verificou que as respostas não foram influenciadas pelo intervalo de tempo decorrido entre a primeira e a segunda entrevista.

Validade

Ferreira et al. (2006), citando Wilkin et al. (1994) consideram que a validade é a capacidade que um instrumento de medida possui para medir aquilo que se propõe.

“Esta, não sendo determinada em abstrato, deverá ser analisada no contexto da sua utilização prática” (Rodrigues, 2007).

A validade de construção da versão portuguesa foi realizada através da análise fatorial com as perguntas que compõem as diferentes áreas funcionais, numa amostra de 426 indivíduos (Ferreira et al., 2006), demonstrando a relação das diferentes dimensões com as variáveis que lhe estão subjacentes.

“A análise fatorial efetuada com os dados disponíveis de dois estudos (Rodrigues, 1999; Nogueira, 2003) demonstrou que os resultados obtidos para a versão em língua portuguesa nos indicam uma estrutura idêntica à da versão original” (Rodrigues, 2007).

1.4 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados, foi iniciada em 1 de Setembro de 2012 e terminou a 31 de Janeiro de 2013, através de entrevista, que foi efetuada pelo investigador.

Tendo em conta, o tempo médio despendido em cada entrevista, cerca de 30 minutos, tornou-se difícil efetuar várias entrevistas por dia. Convém fazer notar que o autor teve várias dificuldades a ultrapassar, para a realização deste estudo por se encontrar limitada em termos de tempo para a sua realização.

Para a realização do presente trabalho, foram efetuados os pedidos de autorização formal, tanto para a colheita de dados na valência da Santa Casa da Misericórdia de Viseu, como para a utilização do instrumento de colheita de dados, o OARS (questionário multidimensional de idosos), dirigido ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Ao CEISUC, na pessoa do Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, foram cedidos pelo autor que a traduziu e validou (Rodrigues em 1999), os direitos da versão portuguesa.

A todos os idosos envolvidos no presente estudo, foram explicados os objetivos e características do mesmo, garantindo o anonimato e a não utilização das informações fornecidas para outros fins ou por terceiros.

1.5 – ANÁLISE DE DADOS

Após a recolha de dados, foi necessário recorrer à análise estatística, visando a interpretação dos dados quantitativos.

No tratamento dos dados, e tendo em conta as questões formuladas, os elementos da mostra foram distribuídos por sexos e por três grupos etários (≤ 83 anos; 84-87 anos e ≤ 88 anos).

Desta forma, os dados obtidos foram introduzidos numa base de dados e processados no programa informático de estatística IBM / SPSS – *International Business Machines / Statistical Package for Social Sciences* (Versão 20.0 para o Windows), através da estatística descritiva e inferencial. Para o tratamento da informação obtida, utilizou-se a lista das variáveis para a introdução de dados proposta para o OARS por Fillenbaum (1988) e por Ferreira et al., (2006) para a versão portuguesa.

Relativamente à estatística descritiva, foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central e dispersão. Quanto à estatística inferencial, utilizou-se, a comparação de médias, o teste não paramétrico de U de Mann-Whitney e o teste Kruskal Wallis para verificação da diferença de médias. Para a análise das variáveis dicotómicas o teste de Qui quadrado.

Na análise inferencial foram utilizados os seguintes níveis de significancia:

- $p \geq 0,05$ – não significativo
- $p < 0,05$ – significativo
- $p < 0,01$ – bastante significativo

- $p < 0,001$ – altamente significativo.

Os resultados são apresentados em tabelas das quais se omitem a fonte, uma vez que os dados resultam de um estudo transversal.

2 – RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentadas em duas partes distintas, apesar de estreitamente relacionadas, a análise descritiva e inferencial.

Na primeira parte, efetuamos a caracterização da amostra, centrada na distribuição por sexo, estado civil, habilitações literárias, bem como os elementos excluídos da amostra e respetivos motivos.

Na segunda parte, apresentamos a avaliação funcional do indivíduo, ou seja, a pontuação de incapacidade funcional (PIF), atribuída pelo entrevistador na área da saúde mental e o cruzamento desta com as variáveis sexo e grupo etário.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A colheita de dados foi realizada de forma direta a todos idosos submetidos ao questionário, obedeceu a critérios de exclusão previamente definidos. Na tabela 1 estão representados os indivíduos e os motivos de exclusão.

Tabela 1: Número de idosos e motivo de exclusão

Motivo de Exclusão	N	%
Idosos ausentes da instituição aquando do momento da entrevista, após duas tentativas de contacto	1	0.95
Idosos que manifestem indisponibilidade para serem entrevistados	0	0.00
Idosos afásicos	14	13.33
Idosos com médio/elevado grau de deterioração cognitiva (ponto de corte > 5 erros no SPMSQ)	47	44.76
Total	62	59.04

Da amostra inicial de idosos (105), verificamos que 59.04% dos idosos foram excluídos do estudo, sendo que 44.76% dos idosos apresentam médio/elevado grau de deterioração cognitiva (com 5 ou mais erros no SPMSQ) e 13,33% dos idosos são afásicos, não se tendo verificado nenhum caso de indisponibilidade para serem entrevistados.

CARACTERIZAÇÃO SOCIO DEMOGRAFICA DA AMOSTRA POR SEXO

A amostra resultante da população em estudo compõe-se por 43 indivíduos dos quais 15 são do sexo masculino e 28 sexo feminino (Tabela 2).

Seguindo um critério de amostragem não aleatória e não estratificada por ano de nascimento, são agregados em três grupos etários (≤ 83 anos, 84-87 anos e ≥ 88 anos) por apresentarem classes de frequências homogêneas e por sexos, com os quais trabalharemos os dados ao longo do estudo.

Analisando o Quadro 4, verifica-se que a média de idade da amostra para ambos os sexos é de 84.79 anos, valor acima da média nacional. O INE refere que o valor da esperança média de vida à nascença é de 79,45 anos para ambos os sexos, sendo de 76,43 para os homens e de 82,30 para as mulheres (INE, 2012).

Quadro 4: Distribuição da idade por sexo

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Cv
Masculino	71	94	84.80	5.57	6.56
Feminino	75	94	84.79	5.26	6.20
Total	71	94	84.79	5.30	6.25

Analisando a tabela 2, verifica-se que 37.2% dos idosos se insere no grupo etário dos ≤ 83 anos, 32.6 % entre os 84-87 anos e 30.2% tem idade igual ou superior a 88 anos.

O grupo etário de ≤ 83 anos é constituído por 26.7% de homens e 42.9% de mulheres, representando, 37.2% do total da amostra. O grupo etário 84-87 anos é composto por 53.3% de homens e 21.4% de mulheres, representando, 32.6% do total da amostra. O

grupo etário ≥ 88 anos é constituído por 20% de homens 35.7% de mulheres que corresponde a 30.2 % do total da amostra.

Desta forma, verifica-se uma distribuição por grupos etários e por sexos, semelhante à da população do nosso país caracterizada por uma sobremortalidade masculina com causas históricas, sociais e laborais, refletindo coerência na obtenção da amostra, em concordância com os estudos de Rodrigues (1999), Nogueira (2003), Silva (2005b), Ferreira et al. (2006) e Rodrigues (2007), apenas se verificando no grupo etário 84-87 anos uma percentagem de homens superior ao das mulheres.

ESTADO CIVIL

Para esta variável inicialmente categorizada em solteiros, casados, viúvos e divorciados, foram constituídos 2 grupos, pelo que se aglutinaram num grupo os solteiros e viúvos e num outro grupo os casados e em união de facto.

Analisando a tabela 2, salientamos que a grande maioria dos inquiridos (67.4%) são viúvos/divorciados, seguindo-se os solteiros e casados com a mesma percentagem (16.3%).

Da mesma tabela, constatamos que a maioria dos idosos viúvos/divorciados são mulheres (67.9%), sucedendo-se o mesmo com o sexo masculino (66.7%). Quanto aos casados, verifica-se um valor superior para os do sexo masculino (20.0%) relativamente ao sexo feminino (14.3%).

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

As habilitações literárias, encontradas nas amostras estendem-se desde sabe ler e escrever/ensino básico primário até ao ensino superior. Nenhum elemento da amostra se enquadra no item não sabe ler nem escrever. Para o total da amostra, verificamos que 39.5% dos idosos sabem ler e escrever/ensino básico primário, com a mesma

percentagem os que concluíram o ensino médio/superior. O ensino secundário foi concluído por 20.9%.

Verificamos ainda que, 53.3% dos idosos do sexo masculino sabem ler e escrever/ensino primário, seguidos dos que concluíram o ensino médio/superior (40.0%), o que se verifica também para o sexo feminino, em que 32.1% sabem ler e escrever / ensino básico primário e 39.3% concluíram o ensino médio /superior. Comparando habilitações literárias entre homens e mulheres, não se verifica diferença estatística significativa ($p=0.187$).

Na amostra não se verifica que as mulheres apresentam níveis de escolaridade muito inferiores aos dos homens como em estudos já realizados anteriormente (Rodrigues, 2007; Ferreira et al., 2006; Silva 2005).

EXISTÊNCIA DE FILHOS

Para o total da amostra, 65.1% dos idosos têm filhos e apenas 34.9% não têm filhos. Constata-se ainda, que 67.9% das mulheres têm filhos e apenas 32.1% não têm filhos, o mesmo acontece com os homens, em que 60.0% têm filhos e apenas 40.0% não têm filhos.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica dos idosos segundo o sexo

Características Sociodemográficas		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino		N	%
		N	%	N	%		
Grupo Etário	≤ 83 Anos	4	26.7	12	42.9	16	37.2
	84 - 87 Anos	8	53.3	6	21.4	14	32.6
	≥ 88 Anos	3	20.0	10	35.7	13	30.2
Estado Civil	Solteiro	2	13.3	5	17.9	7	16.3
	Casado	3	20.0	4	14.3	7	16.3
	Viúvo /Divorciado	10	66.7	19	67.9	29	67.4
Escolaridade	Sabe ler e escrever/ Ensino Básico Primário	8	53.3	9	32.1	17	39.5
	Ensino Secundário	1	6.7	8	28.6	9	20.9
	Ensino Médio/Superior	6	40.0	11	39.3	17	39.5
Existência de Filhos	Sim	9	60.0	19	67.9	28	65.1
	Não	6	40.0	9	32.1	15	34.9
Total		15	100.0	28	100.0	43	100.0

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS POR GRUPO ETÁRIO

Os valores apresentados para o estado civil de casado e viúvo/divorciado divergem quando se passa de um grupo etário para o imediatamente superior. Para o estado civil viúvo/divorciado, verifica-se que a percentagem de idosos para os diferentes grupos

etários aumenta, passando de 62.5% com idade ≤ 83 anos, para 64.3% com idade entre os 84-87 anos e aumentando para 76.9% para idosos com idade igual ou superior a 88 anos.

Considerando as habilitações literárias (sabe ler e escrever/ensino básico primário e ensino médio/superior) e os diferentes grupos etários, verificamos que são os idosos com idade ≤ 83 anos os que apresentam valores mais altos de escolaridade.

Para o total da amostra, 65.1% dos idosos têm filhos e apenas 34.9% não têm filhos.

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica dos idosos segundo o grupo etário

Características Sociodemográficas		Grupo Etário						Total	
		≤ 83 Anos		84 - 87 Anos		≥ 88 Anos		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Estado Civil	Solteiro	3	18.8	3	21.4	1	7.7	7	16.3
	Casado	3	18.8	2	14.3	2	15.4	7	16.3
	Viúvo / Divorciado	10	62.5	9	64.3	10	76.9	29	67.4
Escolaridade	Sabe ler e escrever/ Ensino Básico Primário	7	43.8	5	35.7	5	38.5	17	39.5
	Ensino Secundário	2	12.5	3	21.4	4	30.8	9	20.9
	Ensino Médio/Superior	7	43.8	6	42.9	4	30.8	17	39.5
Existência de Filhos	Sim	11	68.8	8	57.1	9	69.2	28	65.1
	Não	5	31.2	6	42.9	4	30.8	15	34.9
Total		16	100.0	14	100.0	13	100.0	43	100.0

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS ÁREAS FUNCIONAIS (RECURSOS SOCIAIS E SAÚDE MENTAL)

2.2.1 – ÁREA DE RECURSOS SOCIAIS

Na área de recursos sociais são apresentados dados referentes: à autoavaliação de recursos sociais e à PIF (pontuação de incapacidade funcional) na área de recursos sociais.

Com a PIF, pretende-se apresentar a avaliação que o entrevistador fez do inquirido, nas 5 áreas (no presente estudo, apenas se fazem duas avaliações: Saúde Mental e Recursos Sociais).

Para cada área existem 6 categorias possíveis de classificação, descritas nas tabelas seguintes.

A PIF atribuída pelo entrevistador em cada uma das áreas e o cruzamento destas com as variáveis sexo e grupo etário. Para facilitar a compreensão da operacionalidade da classificação conseguida com a PIF, procedeu-se à sua dicotomização, tendo em conta a mediana (dicotomização também definida para os perfis funcionais).

Dentro deste capítulo, apresenta-se a autoavaliação dos recursos sociais realizada pelos idosos por sexo e grupo etário e ainda o cruzamento entre a PIF dos recursos sociais o grupo etário e o sexo.

AUTOAVALIAÇÃO DOS RECURSOS SOCIAIS POR SEXO

Analisando a Tabela 4, verifica-se que para o total da amostra, 93.0% dos idosos referem ter alguém em quem confiar.

A totalidade dos idosos do sexo masculino (100%), referem ter alguém em quem confiar.

Relativamente à autoavaliação do sentimento de solidão (12), constata-se que são as mulheres que se sentem muitas vezes/sempe sozinhas (39.3%) e algumas vezes sozinhas, sendo que os homens são os que quase nunca se sentem sozinhos (53.3%).

Para o total da amostra, 83.7% dos idosos referem não verem os familiares e amigos tantas vezes como gostariam, verificando-se que apenas 13.3% dos idosos de sexo masculino e 17.9% dos idosos do sexo feminino, consideram ver os seus familiares quantas vezes gostariam.

Tabela 4: Distribuição dos idosos segundo a autoavaliação de recursos sociais por sexo.

Autoavaliação dos recursos sociais		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino		N	%
		N	%	N	%		
Tem alguém em quem possa confiar? (p. 11)	Sim	15	100.0	25	89.3	40	93.0
	Não	-	0.0	3	10.7	3	7.0
Sente-se sozinho? (p. 12)	Muitas vezes/sempe	2	13.3	11	39.3	13	30.2
	Algumas vezes	5	33.4	12	42.9	17	39.5
	Quase nunca	8	53.3	5	17.9	13	30.2
Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria? (p. 13)	Sim	2	13.3	5	17.9	7	16.3
	Não	13	86.7	23	82.1	36	83.7
Total		15	100.0	28	100.0	43	100.0

AUTOAVALIAÇÃO DOS RECURSOS SOCIAIS POR GRUPO ETÁRIO

Verifica-se que para os diferentes grupos etários, 93.0% dos idosos referem ter alguém em quem confiar, 93.8% dos idosos com ≤ 83 anos, 92.9% dos idosos com 84-87 anos e 92.3% dos idosos com ≥ 88 anos.

Relativamente à autoavaliação do sentimento de solidão (12), constata-se que são os idosos com ≥ 88 anos que se sentem algumas vezes sozinhos (53.8%) e são os idosos com 84-87 anos (42.9%) os que referem não se sentir sozinho quase nunca.

Nos diferentes grupos etários, 83.7% dos idosos referem não verem os familiares e amigos tantas vezes como gostariam. Sendo que 87.5% dos idosos com ≤ 83 anos referem não verem os familiares e amigos tantas vezes como gostariam.

O conceito de “Solidão” entende-se como uma avaliação que é realizada a título individual e subjetivo da rede de contactos sociais. Toda a pessoa tem, pelo menos um contacto social mínimo, por isso a solidão é vista mais como representando insatisfação com o número ou a qualidade total de contacto social. (Neto e Barros, 2001).

Tabela 5: Distribuição dos idosos segundo a autoavaliação de recursos sociais por grupo etário

Autoavaliação dos recursos sociais		Grupos Etários						Total	
		≤83		84-87		≥88			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Tem alguém em quem possa confiar? (p. 11)	Sim	15	93.8	13	92.9	12	92.3	40	93.0
	Não	1	6.2	1	7.1	1	7.7	3	7.0
Sente-se sozinho? (p. 12)	Muitas vezes/Sempre	6	37.5	3	21.4	4	30.8	13	30.2
	Algumas vezes	5	31.2	5	35.7	7	53.8	17	39.5
	Quase nunca	5	31.2	6	42.9	2	15.4	13	30.2
Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria? (p. 13)	Sim	2	12.5	3	21.4	2	15.4	7	16.3
	Não	14	87.5	11	78.6	11	84.6	36	83.7
Total		16	100.0	14	100.0	13	100.0	43	100.0

PIF (PONTUAÇÃO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL) RECURSOS SOCIAIS POR SEXO

A PIF na área de recursos sociais (97), resulta da avaliação efetuada pelo entrevistador aos inquiridos, com as mulheres (39.3%) a serem pontuadas de forma mais negativa do que os homens (46.7%) para a avaliação de Bons Recursos Sociais.

Para o total da amostra não se encontra qualquer classificação dos Recursos Sociais em Muito Bons e Totalmente Insatisfatório.

Com Recursos Sociais Ligeiramente insatisfatórios, são classificados 40.0% dos homens e 53.6% das mulheres o que corresponde a 48.8% do total da amostra.

Tabela 6: Distribuição segundo a PIF na área de recursos sociais por Sexo

PIF em recursos sociais	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Bons	7	46.7	11	39.3	18	41.9
Ligeiramente insatisfatórios	6	40.0	15	53.6	21	48.8
Moderadamente insatisfatórios	1	6.7	1	3.6	2	4.7
Fortemente insatisfatórios	1	6.7	1	3.6	2	4.7
Total	15	100.0	28	100.0	43	100.0

PIF (PONTUAÇÃO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL) RECURSOS SOCIAIS POR GRUPO ETÁRIO

Com Recursos Sociais Bons, são classificados 57.1% dos idosos com 84-87 anos. Classificados com Recursos Sociais Ligeiramente Insatisfatórios, 56.2% dos idosos com ≤ 83 anos e com 53.8% dos idosos com ≥ 88 anos.

Comparando os valores da distribuição segundo a PIF na área dos recursos sociais por grupo etário com os valores de Rodrigues (2007), verifica-se que existe diferença entre os resultados o que pode ser justificado, neste trabalho, pelo conhecimento dos recursos sociais de cada um dos inquiridos pelo entrevistador.

Tabela 7: Distribuição segundo a PIF na área de recursos sociais por Grupo Etário

PIF em recursos sociais	Grupos Etários						Total	
	≤83		84-87		≥88			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Bons	5	31.2	8	57.1	5	38.5	18	41.9
Ligeiramente insatisfatórios	9	56.2	5	35.7	7	53.8	21	48.8
Moderadamente insatisfatórios	-	0.0	1	7.1	1	7.7	2	4.7
Fortemente insatisfatórios	2	12.5	-	0.0	-	0.0	2	4.7
Total	16	100.0	14	100.0	13	100.0	43	100.0

Em resumo, os resultados mais relevantes na área de recursos sociais são os seguintes:

- Para o total da amostra não se encontra qualquer classificação dos Recursos Sociais em Muito Bons e Totalmente Insatisfatório.
- A PIF na área de recursos sociais, revela que 39,3% das mulheres são pontuadas de forma mais negativa comparativamente com os homens (46.7%) para a avaliação de Bons Recursos Sociais. Com Recursos Sociais Ligeiramente insatisfatórios, são classificados 40.0% dos homens e 53.6% das mulheres o que corresponde a 48.8% do total da amostra.
- Com Recursos Sociais Bons, são classificados 57.1% dos idosos com 84-87 anos.
- Classificados com Recursos Sociais Ligeiramente Insatisfatórios, 56.2% dos idosos com ≤ 83 anos e com 53.8% dos idosos com ≥ 88 anos.

2.2.2 – ÁREA DE SAÚDE MENTAL

Na área de Saúde Mental pretende-se caracterizar a função cognitiva da população idosa inquirida através da escala SPMQS, sintomas psiquiátricos através da escala SPES e autoavaliação do estado mental.

Nesta área, centraremos a nossa análise no número de erros do SPMSQ, na distribuição da resposta de sentido negativo aos itens do SPES, na autoavaliação de saúde mental e na classificação segundo a PIF na área de saúde mental.

O SPMSQ, corresponde às questões preliminares e inclui as perguntas 1.1 a 1.10 que tem como objetivo determinar se o idoso reúne, condições para que as suas respostas sejam consideradas válidas, do ponto vista cognitivo.

Os autores originais da escala (Fillembaun, 1998), para determinarem a deterioração da função cognitiva, sugeriram que se considere como mau estado cognitivo mais de 4 erros, no presente estudo considerou-se o ponto de corte de 5 erros, também usado no estudo de Nogueira (2003); Silva (2005b); Ferreira, et al. (2006) e Rodrigues (2007).

Os autores da versão original do questionário consideram que quando se verificam mais de cinco erros, nestas dez perguntas, a informação não deve ser colhida do sujeito e que esta deve ser colhida recorrendo a um informante qualificado. Esta situação faz com que se perca toda a informação subjetiva que só o sujeito pode fornecer.

No presente estudo, todos os idosos que erraram 5 ou mais questões foram excluídos do estudo (Tabela 1), porque a avaliação da saúde mental faz-se tendo em conta a informação subjetiva fornecida pelo sujeito. Desta forma, o total da amostra representa os idosos que apresentaram menos de 5 erros no SPMSQ.

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

Para efetuar a autoavaliação de Saúde Mental dos idosos apresentamos, na Tabela 8 os dados referentes a cinco perguntas (31, 32, 33, 35 e 36), que se referem à autoavaliação do idoso relativamente ao seu estado mental percebido através da sua satisfação com a vida.

Analisando a Tabela 8, verificamos que relativamente à percepção que os idosos têm sobre a sua vida (32), 53.3% dos homens e 42.9% das mulheres (46.5% do total da amostra) consideram a sua vida monótona. Constatou-se ainda que, para o total da amostra, 27.9% consideram a sua vida interessante e 25.6% consideram a sua vida aborrecida.

Para a questão “como descreve a sua satisfação com a vida” (33), verificamos que para o total da amostra, 48.8% dos idosos classifica-a como Regular e 18.6% dos idosos classifica-a como Má. As mulheres (53.6%) e 40.0% dos homens classificam a sua satisfação com a vida de Regular.

Verificamos que para a questão “como classifica o seu estado mental e emocional” (35), nenhuma mulher classifica o seu estado de Saúde Mental como Mau, classificando-se sempre de forma mais positiva do que os homens.

Para o total da amostra, verificamos que 44.2% dos idosos considera o seu estado de Saúde Mental e Emocional Bom, 37.2% consideram Razoável, 11.6% consideram Muito Bom e apenas 7% consideram Mau.

Comparando o seu estado de Saúde Mental e Emocional com há 5 anos (36), para o total da amostra 44.2% dos idosos consideram estar pior (46.7% homens e 42.9% mulheres), 37.2% consideram igual e apenas 18.6% consideram estar melhor (justificando alguns idosos pela morte do cônjuge).

Tabela 8: Distribuição dos idosos segundo a autoavaliação da saúde mental por sexo

Autoavaliação da Saúde Mental		Sexo				Total	
		Masculino		Feminino		N	%
		N	%	N	%		
Com que frequência se preocupa com as coisas em geral (31)	Sempre/quase sempre	8	53.3	16	57.1	24	55.8
	Algumas vezes	7	46.7	12	42.9	19	44.2
	Nunca	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Em geral, o que acha da sua vida (32)	Interessante	4	26.7	8	28.6	12	27.9
	Monótona	8	53.3	12	42.9	20	46.5
	Aborrecida	3	20.0	8	28.6	11	25.6
Como descreve a sua satisfação com a vida (33)	Boa	5	33.3	9	32.1	14	32.6
	Regular	6	40.0	15	53.6	21	48.8
	Má	4	26.7	4	14.3	8	18.6
Como classifica o seu estado mental e emocional (35)	Muito Bom	1	6.7	4	14.3	5	11.6
	Bom	6	40.0	13	46.4	19	44.2
	Razoável	5	33.3	11	39.3	16	37.2
	Mau	3	20.0	-	0.0	3	7.0
Comparando com há 5 anos, como o classifica hoje (36)	Melhor	3	20.0	5	17.9	8	18.6
	Igual	5	33.3	11	39.3	16	37.2
	Pior	7	46.7	12	42.9	19	44.2
Total		15	100.0	28	100.0	43	100.0

Da autoavaliação atual do estado de Saúde Mental e Emocional, que os idosos fazem por grupo etário (Tabela 9) ressalta que para a questão relativa à percepção que os idosos têm sobre a sua vida (32), 46.5% do total da amostra consideram a sua vida monótona. Sendo o grupo etário com ≥ 88 anos (53.8%) a considerara a sua vida monótona. Constata-se ainda que, o grupo etário com 84-87 anos (42,9%) considera a sua vida Interessante e apenas 7.7% dos idosos com ≥ 88 anos consideram a sua vida interessante.

Para a questão “como descreve a sua satisfação com a vida” (33), verificamos que para o total da amostra, 48.8% dos idosos classifica-a como Regular. Sendo o grupo etário com ≥ 88 anos (53.8%) e o grupo etário ≤ 83 anos a considerarem a sua satisfação com a vida de Regular. Constata-se ainda que, o grupo etário com 84-87 anos (57.1%) considera a sua satisfação com a vida de Boa. Os idosos que consideram a sua satisfação com a vida de Má encontram-se nos grupos etário, 84-87 anos e ≥ 88 anos, com 7.1% e 38.5% respetivamente.

Verificamos que para a questão “como classifica o seu estado mental e emocional” (35), para o total da amostra, 44.2% dos idosos considera o seu estado de Saúde Mental e Emocional Bom, dos quais 50.0% pertencem ao grupo etário ≤ 83 anos e 46.2% pertencem ao grupo etário ≥ 88 anos. Os idosos pertencentes ao grupo etário 84-87 anos (42.9%) classificam o seu estado de Saúde Mental e Emocional de Razoável.

Comparando o seu estado de Saúde Mental e Emocional com há 5 anos (36), para o total da amostra 44.2% dos idosos consideram estar pior (53.8% pertencem ao grupo etário ≥ 88 anos e 43.8% pertencem ao grupo etário ≤ 88 anos). Desta forma, verificamos em todos os grupos etários, uma percepção de agravamento do seu estado de Saúde Mental e Emocional, que se verifica também em estudos anteriormente realizados.

Rodrigues (2007), refere que “ Se no grupo etário 65-74 anos 50,0% classificam de pior a sua situação atual, no grupo etário 75-84 anos esse valor passa para 70,3% e no de 85 e mais anos atinge os 75,0%”.

Berg et al. (2006), confirmam também estes resultados, no seu trabalho quando questionam sobre o que realmente importa na qualidade de vida, as respostas são similares tanto para as mulheres idosas como para os homens idosos, no entanto as mulheres que relatavam existência de estados depressivos apresentavam uma satisfação menor assim como os homens que se apresentavam viúvos.

Tabela 9: Distribuição dos idosos segundo a autoavaliação da saúde mental por grupo etário

Autoavaliação da Saúde Mental		Grupos Etários						Total	
		≤83		84-87		≥88		N	%
		N	%	N	%	N	%		
Com que frequência se preocupa com as coisas em geral (31)	Sempre/quase sempre	10	62.5	8	57.1	6	46.2	24	55.8
	Algumas vezes	6	37.5	6	42.9	7	53.8	19	44.2
	Nunca	-	0.0	-	0.0	-	0.0	-	0.0
Em geral, o que acha da sua vida (32)	Interessante	5	31.2	6	42.9	1	7.7	12	27.9
	Monótona	6	37.5	7	50.0	7	53.8	20	46.5
	Aborrecida	5	31.2	1	7.1	5	38.5	11	25.6
Como descreve a sua satisfação com a vida (33)	Boa	5	31.2	8	57.1	1	7.7	14	32.6
	Regular	9	56.2	5	35.7	7	53.8	21	48.8
	Má	2	12.5	1	7.1	5	38.5	8	18.6
Como classifica o seu estado mental e emocional (35)	Muito Bom	2	12.5	2	14.3	1	7.7	5	11.6
	Bom	8	50.0	5	35.7	6	46.2	19	44.2
	Razoável	5	31.2	6	42.9	5	38.5	16	37.2
	Mau	1	6.2	1	7.1	1	7.7	3	7.0
Comparando com há 5 anos, como o classifica hoje (36)	Melhor	3	18.8	4	28.6	1	7.7	8	18.6
	Igual	6	37.5	5	35.7	5	38.5	16	37.2
	Pior	7	43.8	5	35.7	7	53.8	19	44.2
Total		16	100.0	14	100.0	13	100.0	43	100.0

Para facilitar a compreensão da operacionalidade da classificação conseguida com a Autoavaliação da Saúde Mental, procedeu-se à sua dicotomização utilizando a mediana (9), para isso utilizaram-se apenas as questões: Como classifica o seu estado mental e emocional (35) e Comparando com há 5 anos, como o classifica hoje (36), definindo-se como Boa Saúde Mental para valores inferiores a 9 e Má Saúde Mental para valores superiores a 9.

Quadro 5: Distribuição da Autoavaliação do Estado de Saúde Mental e Emocional por Sexo

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Cv
Masculino	5	13	8.8000	2.56905	29.19375
Feminino	5	12	8.3214	2.19517	26.37982
Total	5	13	8.484	2.31323	27.25166

Pela análise da Tabela 10, podemos verificar que para o total da amostra, 51.2% dos idosos considera má a sua Saúde Mental e Emocional, sendo que os homens (53.3%) autoavaliam pior a seu estado de saúde quando comparado com as mulheres (50.0%).

Estes valores encontram-se em desacordo com estudos realizados anteriormente, que consideram as mulheres com pior percepção do seu estado de Saúde Mental e Emocional comparativamente com os homens. Rodrigues (2007); Ferreira et al. (2006); Silva (2005b).

Tabela 10: Autoavaliação do Estado da Saúde Mental e Emocional por Sexo

Autoavaliação da Saúde Mental	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Boa Saúde Mental e Emocional	7	46.7	14	50.0	21	48.8
Má Saúde Mental e Emocional	8	53.3	14	50.0	22	51.2
Total	15	100.0	28	100.0	43	100.0

Pela análise da Tabela 11, podemos verificar que os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos (69.2%) são os que referem ter pior Estado de Saúde Mental e Emocional.

Os idosos pertencentes ao grupo etário 84-87 anos (64.3%) são os que apresentam uma melhor percepção do seu Estado de Saúde Mental e Emocional.

Estes valores podem ser considerados em acordo com estudos realizados anteriormente, que consideram que os idosos mais velhos (≥ 85 anos) apresentam melhor autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional comparativamente com os idosos mais jovens. Rodrigues (2007); Ferreira et al. (2006); Silva (2005b).

Tabela 11: Autoavaliação do Estado de Saúde Mental e Emocional por Grupo Etário

Autoavaliação da Saúde Mental	Grupos Etários						Total	
	≤ 83		84-87		≥ 88		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Boa Saúde Mental e Emocional	8	50.0	9	64.3	4	30.8	21	48.8
Má Saúde Mental e Emocional	8	50.0	5	35.7	9	69.2	22	51.2
Total	16	100.0	14	100.0	13	100.0	43	100.0

Em resumo, os resultados mais relevantes na Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional são os seguintes:

- Para o total da amostra, 51.2% dos idosos considera Má a sua Saúde Mental e Emocional.
- Os homens autoavaliam pior o seu estado de Saúde Mental e Emocional comparativamente às mulheres.
- Os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos são os que referem ter pior Estado de Saúde Mental e Emocional.
- Os idosos pertencentes ao grupo etário 84-87 anos (64.3%) são os que apresentam uma melhor percepção do seu Estado de Saúde Mental e Emocional.

PONTUAÇÃO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL (PIF) NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

A PIF na área de saúde mental, é realizada pelo entrevistador classificando o funcionamento do idoso numa escala que vai desde “Saúde Mental Muito Boa” a “Saúde Mental Totalmente insatisfatória”. Na Tabela 12 são apresentados os dados resultantes dessa classificação.

A PIF na área da Saúde Mental (99), resulta da avaliação efetuada pelo entrevistador, com as mulheres (57.1%) a serem pontuadas de forma mais positiva do que os homens (46.7%) para a avaliação de Boa Saúde Mental o que corresponde a 53.3% do total da amostra. Para o total da amostra não se encontra qualquer classificação da Saúde Mental em Totalmente Insatisfatório.

Os valores encontrados no presente trabalho, não se encontram em acordo com os valores encontrados por Rodrigues (2007). Este verificou que a classificação efetuada pelo entrevistador apresenta diferença para o sexo ($p < 0,001$) e quando se analisa o total da amostra, as mulheres são pior classificadas relativamente aos homens.

Tabela 12: Distribuição segundo a PIF na área da Saúde Mental por Sexo

PIF em saúde mental	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Muito boa	1	6.7	2	7.1	3	7.0
Boa	7	46.7	16	57.1	23	53.5
Ligeiramente insatisfatória	4	26.7	5	17.9	9	20.9
Moderadamente insatisfatória	3	20.0	4	14.3	7	16.3
Fortemente insatisfatória	-	0.0	1	3.6	1	2.3
Total	15	100.0	28	100.0	43	100.0

Ao analisar a Tabela 13, verificamos que para o total da amostra não se encontra qualquer classificação da Saúde Mental em Totalmente Insatisfatório. Com Boa Saúde Mental, são classificados 69.2% dos idosos com ≥ 88 anos, 50.0% dos idosos com 84-

87 anos e 43.8% dos idosos com ≤ 83 anos, o que corresponde a 53.5% do total da amostra.

Os valores encontrados no presente trabalho, não se encontram em acordo com os valores encontrados por Rodrigues (2007). Este, verificou que a classificação efetuada pelo entrevistador apresenta diferença para os diferentes grupos etários ($p < 0,001$), com um acentuar do nível de insatisfação à medida que os idosos progredem no grupo etário.

Tabela 13: Distribuição segundo a PIF na área da saúde mental por Grupo Etário

PIF em saúde mental	Grupos Etários						Total	
	≤ 83		84-87		≥ 88			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito boa	1	6.2	2	14.3	-	0.0	3	7.0
Boa	7	43.8	7	50.0	9	69.2	23	53.5
Ligeiramente insatisfatória	2	12.5	4	28.6	3	23.1	9	20.9
Moderadamente insatisfatória	5	31.2	1	7.1	1	7.7	7	16.3
Fortemente insatisfatória	1	6.2	-	0.0	-	0.0	1	2.3
Total	16	100.0	14	100.0	13	100.0	43	100.0

Em resumo, os resultados mais relevantes na Pontuação de Incapacidade Funcional na área de Saúde Mental são os seguintes:

- As mulheres são pontuadas de forma mais positiva do que os homens para a avaliação de Boa Saúde Mental.
- Com Boa Saúde Mental, são classificados 69.2% dos idosos com ≥ 88 anos, 50.0% dos idosos com 84-87 anos e 43.8% dos idosos com ≤ 83 anos, o que corresponde a 53.5% do total da amostra.

PERFIS FUNCIONAIS

Para obter os perfis funcionais é necessário dicotomizar as cinco escalas de avaliação (no presente trabalho apenas se utilizaram duas escalas de avaliação: recursos sociais e saúde mental) e estabelecer um ponto de corte que agrupe as categorias um a seis em duas, de forma a evidenciar os idosos com Boa Capacidade Funcional e com Incapacidade Funcional.

Para facilitar a compreensão da operacionalidade da classificação conseguida com Perfil Funcional, procedeu-se à sua dicotomização utilizando a mediana (5), definindo-se como Boa Capacidade Funcional valores inferiores a 5 e com Incapacidade Funcional valores superiores a 5.

Considerando a dicotomização definida, verificamos que 58.1% do total da amostra, apresenta Incapacidade Funcional. Os idosos pertencentes ao grupo etário ≤ 83 anos, são os que apresentam valores mais altos de incapacidade funcional (68.8%). Os idosos pertencentes ao grupo etário 84-87 anos, são os que apresentam valores mais altos para uma Boa Capacidade Funcional (57.1%).

Tabela 14: Perfil Funcional dos Idosos por Grupo Etário

Perfil Funcional	Grupos Etários						Total	
	≤ 83		84-87		≤ 88			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Boa Capacidade Funcional	5	31.2	8	57.1	5	38.5	18	41.9
Incapacidade Funcional	11	68.8	6	42.9	8	61.5	25	58.1
Total	16	100.0	14	100.0	13	100.0	43	100.0

Considerando a dicotomização definida, verifica-se que 60.0% dos idosos do sexo masculino apresentam incapacidade funcional e 57.1% das mulheres também apresentam incapacidade funcional.

Quadro 6: Distribuição do Perfil Funcional do Idosos por Sexo

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Cv
Masculino	3	9	5.3333	1.63299	30.61875
Feminino	3	10	5.2143	1.54817	29.69085
Total	3	10	5.2558	1.55981	29.67788

Tabela 15: Perfil Funcional dos Idosos por Sexo

Perfil Funcional	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Boa Capacidade Funcional	6	40.0	12	42.9	18	41.9
Incapacidade Funcional	9	60.0	16	57.1	25	58.1
Total	15	100.0	28	100.0	43	100.0

Para verificarmos o comportamento da Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional em função do Perfil Funcional dos Idoso, utilizamos o Teste de Qui-Quadrado.

Pela análise da Tabela 16, verificamos que dos idosos que consideraram Boa a sua Saúde Mental e Emocional, 66.7% apresentam uma boa capacidade funcional e apenas 36.0% apresentam Incapacidade Funcional.

Dos idosos que consideram má a sua Saúde Mental e Emocional, 64% apresentam incapacidade funcional e apenas 33.3% desses idosos apresentam boa capacidade funcional, notando-se aqui diferenças estatisticamente significativas ($p=0.047$).

Tabela 16: Distribuição da Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional por Perfil Funcional

Autoavaliação da Saúde Mental e Emocional	Perfil Funcional				Total		P
	Boa Capacidade Funcional		Incapacidade Funcional				
	N	%	N	%	N	%	
Boa Saúde Mental e Emocional	12	66.7	9	36.0	21	48.8	0.047
Má Saúde Mental e Emocional	6	33.3	16	64.0	22	51.2	
Total	18	100.0	25	100.0	43	100.0	

Teste Qui-Quadrado

Em resumo, os resultados mais relevantes nos Perfis Funcionais (Saúde Mental e Recursos Sociais) são os seguintes:

- Do total da amostra, 58.1% dos idosos apresenta Incapacidade Funcional.
- Os idosos pertencentes ao grupo etário ≤ 83 anos, são os que apresentam valores mais altos de incapacidade funcional (68.8%).
- Os idosos pertencentes ao grupo etário 84-87 anos, são os que apresentam valores mais altos para uma Boa Capacidade Funcional (57.1%).
- 60.0% dos idosos do sexo masculino e 57.1% das mulheres apresentam incapacidade funcional.
- Dos idosos que consideraram Boa a sua Saúde Mental e Emocional, 66.7% apresentam uma boa capacidade funcional e apenas 36.0% apresentam Incapacidade Funcional. Dos idosos que consideram má a sua Saúde Mental e Emocional, 64% apresentam incapacidade funcional e apenas 33.3% desses idosos apresentam boa capacidade funcional, notando-se aqui diferenças estatisticamente significativas ($p=0.047$).

RESPOSTAS AOS ITENS DO SPES

Para a possibilidade da existência de sintomas psiquiátricos, o questionário OARS utiliza o SPES, composto por 15 perguntas (34.1 a 34.15), que se encontra subdividido em várias áreas ou fatores: satisfação com a vida, alterações do sono, fator de energia e fator de paranoia. A sua apresentação, com a distribuição das respostas de sentido negativo, é efetuada agrupando as perguntas por dimensões conforme proposto pelos autores do instrumento original. Não se propõe um diagnóstico, mas fornece informações sobre o estado mental do inquirido e se necessário o seu encaminhamento para serviços especializados.

Rodrigues (2007), refere que as “condições que envolvem a manutenção da saúde mental do idoso variam de acordo com os fatores pessoais e ambientais, no entanto as alterações observadas, decorrentes do processo de envelhecimento, englobam, desde a disfunção cognitiva moderada até à demência, nos seus diferentes graus de severidade. Outra doença que se traduz como associada à velhice é a depressão.”

Ried e Planas (2002), citados por Rodrigues (2007), ao investigarem as diferenças entre homens e mulheres com idades superiores ou iguais a 65 anos de idade, “relativamente à presença de sintomas depressivos concluíram que com o envelhecimento tanto as mulheres como os homens referem respostas similares aquando da presença de sintomas depressivos. Assim, com o envelhecimento as mulheres reportaram-se a um declínio no seu estado de saúde, os seus sintomas depressivos aumentam significativamente mas a um nível mais baixo do que nos homens”.

Nas Tabela 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26 representam-se a distribuição das respostas de sentido negativo do SPES (por áreas), por grupo etário, sexo, nº. de filhos, estado civil, habilitações literárias, autoavaliação do estado de saúde mental e emocional e perfil funcional do idoso respetivamente. A escala encontra-se dividida em áreas à exceção da pergunta 34.12 (tem dores de cabeça?), que não se enquadra em nenhuma das áreas definidas. Representando as respostas de sentido negativo, uma maior pontuação.

Quadro 7: Distribuição das respostas de sentido negativo do SPES (por fatores da dimensão Saúde Mental)

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coeficiente de Variação
Satisfação com a vida	3	6	4.3488	0.86969	19.99839
Perturbações do Sono	2	4	2.8837	0.49806	17.27156
Fator energia	6	12	9.3256	1.28584	13.78828
Fator paranoia	4	6	5.6977	0.59900	10.51301
Outros	1	2	1.7209	0.45385	26.37283

Para verificarmos o comportamento da Saúde Mental em função do grupo etário, utilizamos o Teste de Kruskal-Wallis.

Pela análise da Tabela 17, verificamos que os idosos pertencentes aos grupos etários ≤ 83 anos (OM=20.50) e ≥ 88 anos (OM=20.46) são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.481$).

O mesmo se verifica, para o fator da dimensão Saúde Mental – Perturbações com o Sono em que os idosos pertencentes aos grupos etários ≤ 83 anos (OM=21.84) e ≥ 88 anos (OM=21.23) são os que apresentam melhor situação, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.900$).

Relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Fator Energia, são os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos que estão em melhor situação. Verificando-se aqui diferenças estatisticamente significativas ($p=0.044$).

Para o fator da dimensão Saúde Mental – Fator Paranoia, são os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos os que apresentam melhor situação, mas sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.141$).

Tabela 17: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por grupo etário.

SPES – fatores da dimensão da Saúde Mental	Grupos Etários			KW X ²	p
	≤83	84-87	≥ 88		
	OM	OM	OM		
Satisfação com a vida					
A sua vida está cheia de coisas que o mantêm interessado/a (34.2)	20.50	25.14	20.46	1.465	0.481
Sente-se feliz a maior parte do tempo (34.7)					
Sente-se só a maior parte do tempo (34.15)					
Perturbações do sono					
Acorda fresco e descansado todas as manhãs (34.1)	21.84	22.89	21.23	0.210	0.900
Sono irregular e inquieto (34.6)					
Fator de Energia					
Não podia ocupar-se de nada (34.5)	20.38	28.39	17.12	6.251	0.044
Sente que não serve para nada (34.9)					
Sentiu-se bem nos últimos anos (34.10)					
Sente-se muitas vezes fraco (34.11)					
Dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha (34.13)					
Sente palpitações e falta de ar (34.14)					
Fator de paranoia					
Sentiu vontade de fugir de casa (34.3)	21.69	25.57	18.54	3.919	0.141
Ninguém o compreende (34.4)					
Sente que se trama alguma coisa contra si (34.8)					
Outros					
Dores de Cabeça (34.12)	21.28	23.39	21.38	0.424	0.809

Teste de Kruskal-Wallis

Para verificarmos o comportamento da Saúde Mental em função do sexo, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney.

Pela análise da Tabela 18, verificamos que as mulheres são as que em média estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.070$).

Os homens são os que estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Perturbações com o Sono. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.802$).

Relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Fator Energia, são as mulheres que em média estão em melhor situação, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.972$).

Para o fator da dimensão Saúde Mental – Fator Paranoia, são os homens que apresentam em média melhor situação, mas sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.300$).

Boron, et al. (2007), referem que relativamente à satisfação com a vida e saúde mental são as mulheres idosas que apresentam mais distúrbios no humor/disposição, mas os homens idosos exibem maiores motivos para a apresentação de distúrbios depressivos.

Tabela 18: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por sexo

SPES – fatores da dimensão da Saúde Mental	Grupos Etários		UMW	H
	Masculino	Feminino		
	OM	OM		
Satisfação com a vida				
A sua vida está cheia de coisas que o mantém interessado/a (34.2)	26.47	19.61	143.000	0.070
Sente-se feliz a maior parte do tempo (34.7)				
Sente-se só a maior parte do tempo (34.15)				
Perturbações do sono				
Acorda fresco e descansado todas as manhãs (34.1)	21.50	22.27	202.500	0.802
Sono irregular e inquieto (34.6)				
Fator de Energia				
Não podia ocupar-se de nada (34.5)	22.23	21.88	206.500	0.972
Sente que não serve para nada (34.9)				
Sentiu-se bem nos últimos anos (34.10)				
Sente-se muitas vezes fraco (34.11)				
Dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha (34.13)				
Sente palpitações e falta de ar (34.14)				
Fator de paranoia				
Sentiu vontade de fugir de casa (34.3)	20.00	23.07	180.000	0.300
Ninguém o compreende (34.4)				
Sente que se trama alguma coisa contra si (34.8)				
Outros				
Dores de Cabeça (34.12)	22.27	21.86	206.000	0.896

Teste U de Mann-Whitney

Para verificarmos o comportamento da Saúde Mental em função do número de filhos, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney, pois permite-nos comparar as médias (ponderadas) dessas variáveis.

Pela análise da Tabela 19, verificamos que os idosos sem filhos são os que em média apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.685$).

Os idosos sem filhos são os que em média estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Perturbações com o Sono. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.156$).

Relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Fator Energia, são os idosos com filhos que em média estão em melhor situação, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.076$).

Para o fator da dimensão Saúde Mental – Fator Paranoia, são os idosos com filhos os que apresentam melhor situação, mas sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.057$).

Tabela 19: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por n°. filhos

SPES – fatores da dimensão da Saúde Mental	N°. de Filhos		UMW	H
	Sem Filhos	Com Filhos		
	OM	OM		
Satisfação com a vida	21.0	22.54	195.000	0.685
Perturbações do Sono	19.17	23.52	167.500	0.156
Fator Energia	26.50	19.59	142.500	0.076
Fator de Paranoia	25.67	20.04	155.000	0.057
Outro	25.13	20.32	155	0.057

Teste U de Mann-Whitney

Para verificarmos o comportamento da Saúde Mental em função do Estado Civil, o Teste Kruskal-Wallis.

Pela análise da Tabela 20, verificamos que os idosos viúvos/divorciados são os que em média apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.573$).

Os idosos solteiros são os que em média estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Perturbações com o Sono. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.573$).

Relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Fator Energia, são os idosos viúvos/divorciados que em média estão em melhor situação, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.360$).

Para o fator da dimensão Saúde Mental – Fator Paranoia, são os idosos viúvos/divorciados os que apresentam em média melhor situação, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.294$).

Tabela 20: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por estado civil

SPES – fatores da dimensão da Saúde Mental	Estado Civil			KW X ²	H
	Solteiro	Casado	Viúvo / Divorciado		
	OM	OM	OM		
Satisfação com a vida	21.07	27.43	20.91	1.762	0.414
Perturbações do Sono	18.79	21.29	22.95	1.112	0.573
Fator Energia	23.14	27.57	20.38	2.046	0.360
Fator de Paranoia	27.00	21.29	20.97	2.445	0.294
Outros	21.86	18.79	22.81	0.961	0.618

Teste de Kruskal-Wallis

Para verificarmos o comportamento da Saúde Mental em função das Habilitações Literárias, utilizamos o Teste Kruskal-Wallis.

Pela análise da Tabela 21, verificamos que os idosos que concluíram o Ensino Secundário são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida, perturbações com o sono, fator energia e fator paranoia, contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 21: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por habilitações literárias

SPES – fatores da dimensão da Saúde Mental	Habilitações Literárias			KW X ²	h
	Sabe ler e escrever / Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Médio / Superior		
	OM	OM	OM		
Satisfação com a vida	22.88	19.28	22.56	0.609	0.737
Perturbações do Sono	23.03	17.83	23.18	2.158	0.340
Fator Energia	22.21	18.06	23.88	1.359	0.507
Fator de Paranoia	23.18	19.78	22.00	0.793	0.673
Outros	21.68	25.61	20.41	1.702	0.427

Teste de Kruskal-Wallis

Para verificarmos o comportamento da Saúde Mental em função da Autoavaliação do Estado de Saúde Mental, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney.

Pela análise da Tabela 22, verificamos que os idosos que apresentam uma Boa Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas (p=0.060).

Os idosos que apresentam uma Boa Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional são os que estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão

Saúde Mental – Perturbações com o Sono. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0,339$).

Relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Fator Energia, são os idosos que apresentam uma Má Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional que estão em melhor situação, apresentando diferenças estatisticamente significativas ($p=0.002$).

Para o fator da dimensão Saúde Mental – Fator Paranoia, são os idosos que apresentam uma Má Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional os que apresentam melhor situação, apresentando diferenças estatisticamente significativas ($p=0.048$).

Tabela 22: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por Autoavaliação do Estado de Saúde Mental e Emocional

SPES – fatores da dimensão da Saúde Mental	Autoavaliação do Estado de Saúde Mental		UMW	p
	Boa Saúde Mental	Má Saúde Mental		
	OM	OM		
Satisfação com a vida	18.52	25.32	158.000	0.060
Perturbações do Sono	20.57	23.36	201.000	0.339
Fator Energia	28.02	16.25	104.500	0.002
Fator de Paranoia	24.86	19.27	171.000	0.048
Outros	23.90	20.18	191.000	0.211

Teste U de Mann-Whitney

Para verificarmos o comportamento da Saúde Mental em função do Perfil Funcional do Idoso, utilizamos o Teste U de Mann-Whitney.

Pela análise da Tabela 23, verificamos que os idosos que apresentam uma Boa Capacidade Funcional são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida. Com diferenças estatisticamente bastante significativas ($p=0,011$).

Os idosos que apresentam Boa Capacidade Funcional são os que em média estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Perturbações com o Sono. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.076$).

Relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Fator Energia, são os idosos que apresentam uma Má Capacidade Funcional que em média estão em melhor situação, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas ($p=0.096$).

Para o fator da dimensão Saúde Mental – Fator Paranoia, são os idosos que apresentam uma Má Capacidade Funcional os que apresentam melhor situação, mas sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0.867$).

Tabela 23: Distribuição segundo as respostas de sentido negativo do SPES (por fatores), por Perfil Funcional do Idoso

SPES – fatores da dimensão da Saúde Mental	Perfil Funcional do Idoso		UMW	p
	Boa Capacidade Funcional	Má Capacidade Funcional		
	OM	OM		
Satisfação com a vida	16.58	25.90	127.500	0.011
Perturbações do Sono	18.94	24.20	170.000	0.076
Fator Energia	25.64	19.38	159.500	0.096
Fator de Paranoia	22.28	21.80	220.000	0.867
Outros	24.42	20.26	181.500	0.168

Teste U de Mann-Whitney

Em resumo, os resultados mais relevantes na área de Saúde Mental são os seguintes:

- Os idosos pertencentes aos grupos etários ≤ 83 anos e ≥ 88 anos são os que apresentam melhor situação relativamente à satisfação com a vida e com perturbações do sono. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.

- Os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos são os que apresentam melhor situação relativamente a fator energia, com diferenças estatisticamente significativas.
- Para o fator paranoia, são os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos os que apresentam melhor situação, mas sem diferenças estatisticamente significativas.
- As mulheres são as que apresentam melhor situação relativamente ao fator satisfação com a vida e fator energia, contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os homens são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator perturbação com o sono e fator paranoia. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos sem filhos são os que apresentam melhor situação relativamente aos fatores satisfação com a vida e perturbações com o sono, contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos com filhos são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator energia e ao fator paranoia, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos viúvos/divorciados são os que apresentam melhor situação relativamente à satisfação com a vida, fator energia e fator paranoia, contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos solteiros são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator perturbações com o sono, contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos que concluíram o Ensino Secundário são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator satisfação com a vida, perturbações com o sono, fator energia e fator paranoia, contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.

- Os idosos que apresentam uma Boa Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional são os que apresentam melhor situação relativamente aos fatores satisfação com a vida, perturbações com o sono, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos que apresentam uma Má Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional são os que apresentam uma melhor situação, para o fator energia e para o fator paranoia, apresentando diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos que apresentam uma Boa Capacidade Funcional são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator satisfação com a vida, com diferenças estatisticamente bastante significativas.
- Os idosos que apresentam Boa Capacidade Funcional são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator perturbações com o sono, contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos que foram classificados com Incapacidade Funcional são os que apresentam melhor situação para o fator energia e para o fator paranoia, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas.

3 – DISCUSSÃO

A análise e discussão dos resultados, será iniciada pela ordem sequencial de acordo com os resultados obtidos, que são exclusivamente válidos para a população em estudo. Esta análise e discussão serão suportadas pela fundamentação teórica resultantes da pesquisa bibliográfica.

Com o presente capítulo, pretendemos desenvolver alguns comentários já iniciados na fase de apresentação dos dados e abordar os resultados mais relevantes, comparando-os com outros estudos nacionais realizados com a aplicação do questionário OARS e com outros estudos que demonstrem ser pertinentes de abordar.

“A área da Saúde Mental é talvez aquela que terá um peso maior na predição da qualidade de vida e grau de satisfação com a vida do idoso, reafirmando a importância da avaliação multidimensional e das intervenções, igualmente multidimensionais, quando a finalidade é melhorar a qualidade de vida” (Silva, 2005b).

Esta área funcional, integra a avaliação da função cognitiva através da aplicação do SPMQS e a avaliação da satisfação com a vida, perturbações do sono, fator de energia, fator de paranoia e despiste de sintomas psiquiátricos através da aplicação do SPES.

Na função cognitiva, avaliada com a aplicação do questionário SPMQS, onde foi considerado o ponto de corte 5 ou mais erros, como critério de exclusão, e sugerindo alterações cognitivas, no presente estudo todos os indivíduos apresentaram menos de 5 erros no SPMQS, o que não pode ser comparado com os valores encontrado por Nogueira (2003) e Silva (2005b). A nossa amostra tem uma dimensão de 43 participantes dado que foram excluídos 47 participantes que apresentaram um ponto de corte 5 ou mais erros.

A média de idades da nossa amostra é de 84.79 anos, superior à média de idades encontrada nos estudos realizados por Silva (2005b) e de Nogueira (2003) em que a média de idades era de 74.8 e de 73.5 anos respetivamente

Encontramos diferenças em relação ao sexo, com percentuais de 65.12% para as mulheres e de 34.88% para os homens, o que é revelador de uma sobremortalidade masculina. O estudo de Rodrigues (2007) revela valores ligeiramente inferiores para as mulheres (60.4%) mas mais elevados para os homens (39.6%) enquanto no estudo de Silva (2005b) registamos 55.0% de mulheres e 45.0% homens, no estudo de Nogueira (2003) o percentual de mulheres é de 59.7%.

Relativamente ao estado civil, apuramos que 67.4% são idosos viúvos/divorciados, casados e solteiros apresentam a mesma percentagem (16.3%). Contrariamente, os resultados de Silva (2005b) e Nogueira (2003), denotam que a maioria dos idosos inquiridos eram casados, 75% e 58.9%, respetivamente. Por outro lado, o estudo de Rodrigues (2007), revela que 85% dos homens e 55.7% das mulheres são casados e apenas 15.0% dos homens e 36.9% das mulheres são viúvos. O presente estudo contraria estes resultados ao revelar que dos idosos viúvos/divorciados, 67.9% são mulheres e 66.7% são homens.

As habilitações literárias, encontradas na amostra estendem-se desde sabe ler e escrever/ensino básico primário até ao ensino superior. Nenhum elemento da amostra se enquadra no item não sabe ler nem escrever. Dos idosos inquiridos, verificamos que 39.5% sabem ler e escrever ou possuem o ensino básico primário, e igual percentagem concluíram o ensino médio/superior e 20.9% o ensino secundário. Estes valores não se encontram de acordo com o estudo de Rodrigues (2007), no qual para o grupo de 85 e mais anos foram encontrados dados em que mais de metade da amostra não sabe ler ou escrever (50,0% dos homens e 55,5% das mulheres), não registando também qualquer elemento com formação além do ensino básico primário. Os estudos de Silva (2005b) e Nogueira (2003), encontraram 37.5% e 60.8%, respetivamente de idosos que não sabem ler nem escrever. Acresce referir que a nossa amostra face aos estudos consultados revela um índice mais elevado de literacia e que não é significativamente diferente entre sexos ao contrário dos resultados obtidos pelos estudos de Rodrigues, (2007), e Ferreira et al., (2006) e Silva (2005b).

Relativamente ao sentimento de solidão, constata-se que são as mulheres que se sentem muitas vezes/sempre sozinhas (39.3%), os homens são os que quase nunca se sentem sozinhos (53.3%), encontrando-se este valor em consonância com o obtido por Silva

(2005b) no qual se verificou que “os homens são os que em média menos se sentem sozinhos”.

Para os diferentes grupos etários e sexo 83.7% dos idosos referem não verem os familiares e amigos tantas vezes como gostariam, que são valores próximos dos encontrados por Silva (2005b) no seu estudo (87.2%).

Considerando a PIF na área de recursos sociais, verifica-se que são as mulheres (39.3%) pontuadas de forma mais negativa do que os homens (46.7%) para a avaliação de Bons Recursos Sociais, o que se encontram em concordância com o estudo de Rodrigues (2007), já que 42.4% dos homens e 19.7% das mulheres apresentam Bons recursos Sociais.

Com Recursos Sociais Ligeiramente Insatisfatórios, são classificados 40.0% dos homens e 53.6% das mulheres o que corresponde a 48.8% do total da amostra, valores ligeiramente superiores aos de Rodrigues (2007), que constatou que 28,7% dos homens e 35,2% das mulheres são classificados como possuindo recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.

Comparando os valores da distribuição segundo a PIF na área dos recursos sociais por grupo etário com os registados por Rodrigues (2007), verifica-se que existe diferença entre os resultados o que pode ser justificado, neste trabalho, pelo conhecimento dos recursos sociais de cada um dos inquiridos pelo entrevistador.

Relativamente à percepção que os idosos têm sobre a sua vida 53.3% dos homens e 42.9% das mulheres (46.5% do total da amostra) consideram-na monótona. Silva (2005b), verificou que os homens “têm melhor percepção do seu estado mental”.

Para a questão “como classifica o seu estado mental e emocional”, nenhuma mulher o classifica como Mau, classificando-se sempre de forma mais positiva do que os homens. Para o total da amostra, verificamos que 44.2% dos idosos considera o seu estado de Saúde Mental e Emocional Bom, 37.2% consideram Razoável, 11.6% consideram Muito Bom e apenas 7% considera Mau. No estudo de Rodrigues (2007), constatou-se que da auto avaliação atual ressalta a inexistência de diferença, para o sexo, em todos os grupos etários. Para o total da amostra, entre sexos, observa-se uma pior autoavaliação

por parte das mulheres ($p=0,032$), com 53,3% a classificar de razoável a sua saúde mental atual (contra 42,5% dos homens) e de má 10,7% (contra 7,5 % dos homens).

Comparando o seu estado de Saúde Mental e Emocional com há 5 anos, para o total da amostra 44.2% dos idosos consideram estar pior (46.7% homens e 42.9% mulheres), 37.2% consideram igual e apenas 18.6% consideram estar melhor (alguns idosos justificam com morte do cônjuge). No seu estudo, Rodrigues (2007), apurou que entre sexos, para o total da amostra, não se verificam diferenças significativas nesta avaliação 64,8% das mulheres e 51.2% dos homens a considerarem pior a sua situação. Averiguou ainda que em todos os grupos etários, existe percepção de agravamento. No grupo etário 65-74 anos 50,0% classificam de pior a sua situação atual, no grupo etário 75-84 anos esse valor passa para 70,3% e no de 85 e mais anos atinge os 75,0%, apresentando-se esta diferença na comparação como significativa ($p=0,006$), estes valores são ligeiramente superiores aos encontrados no presente trabalho, grupo etário ≥ 88 anos corresponde a 53,8%. Berg et al. (2006), confirmam também estes resultados, na sua pesquisa quando questionam sobre o que realmente importa na qualidade de vida, as respostas são similares tanto para as mulheres idosas como para os homens idosos, no entanto as mulheres que relatavam existência de estados depressivos apresentavam uma satisfação menor assim como os homens que se apresentavam viúvos.

Para o total da amostra, 51.2% dos idosos considera má a sua Saúde Mental e Emocional, sendo que os homens (53.3%) autoavaliam pior a seu estado de saúde quando comparado com as mulheres (50.0%). Estes valores encontram-se em desacordo com estudos realizados anteriormente, que consideram as mulheres com pior percepção do seu estado de Saúde Mental e Emocional comparativamente com os homens. Rodrigues (2007); Ferreira et al. (2006); Silva (2005b).

Os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos (69.2%) são os que referem ter pior Estado de Saúde Mental e Emocional. Os idosos pertencentes ao grupo etário 84-87 anos (64.3%) são os que apresentam uma melhor percepção do seu Estado de Saúde Mental e Emocional. Estes valores podem ser considerados em acordo com estudos realizados anteriormente, que consideram que os idosos mais velhos (≥ 85 anos) apresentam melhor autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional

comparativamente com os idosos mais jovens. Rodrigues (2007); Ferreira et al. (2006); Silva (2005b).

Pela PIF, na área da Saúde Mental, verifica-se que as mulheres (57.1%) são pontuadas de forma mais positiva do que os homens (46.7%) para a avaliação de Boa Saúde Mental o que corresponde a 53.3% do total da amostra. Os valores encontrados no presente trabalho, não se encontram em acordo com os valores encontrados por Rodrigues (2007). Este verificou que a classificação efetuada pelo entrevistador apresenta diferença para o sexo ($p < 0,001$) e quando se analisa o total da amostra, as mulheres são pior classificadas relativamente aos homens. Silva (2005b), verificou que na área de Saúde Mental são os homens pior classificados.

Com Boa Saúde Mental, são classificados 69.2% dos idosos com ≥ 88 anos, 50.0% dos idosos com 84-87 anos e 43.8% dos idosos com ≤ 83 anos, o que corresponde a 53.5% do total da amostra. Os valores encontrados no presente trabalho, não se encontram em acordo com os valores encontrados por Rodrigues (2007). Este, verificou que a classificação efetuada pelo entrevistador apresenta diferença para os diferentes grupos etários ($p < 0,001$), com um acentuar do nível de insatisfação à medida que os idosos progredem no grupo etário. A diferença entre valores, pode ser compreendida pela dificuldade do entrevistador conseguir, em tempo limitado, a alguns minutos, e em circunstâncias menos propícias a uma avaliação ponderada, e efetuar a sua síntese final. No presente trabalho essa avaliação poderá ter sido mais facilitada tendo em conta que o investigador conhece cada um dos entrevistados há já algum tempo, alguns há anos, o que poderá ter facilitado a avaliação da PIF na área de saúde mental e recursos sociais.

No presente trabalho, considerando a dicotomização definida para o perfil funcional, verificamos que 58.1% do total da amostra, apresenta Incapacidade Funcional, valores diferentes dos encontrados por Silva (2005b) e Nogueira (2003), em que 68.8% e 96.8% dos idosos, respetivamente, apresentavam-se sem incapacidade funcional. Esta diferença de resultados, relativamente aos perfis funcionais, demonstra a importância da avaliação multidimensional da população idosa de forma criteriosa e específica, para melhor definir as necessidades de cada um, bem como os cuidados a serem prestados. A população dos diferentes estudos, demonstra que a avaliação multidimensional de populações mais balizadas permite respostas mais concretas às suas necessidades.

Dos idosos que consideraram Boa a sua Saúde Mental e Emocional, 66.7% apresentam uma boa capacidade funcional e apenas 36.0% apresentam Incapacidade Funcional, o mesmo sucede com os idosos que consideram má a sua Saúde Mental e Emocional, dos quais 64% apresentam incapacidade funcional e apenas 33.3% desses idosos apresentam boa capacidade funcional, notando-se aqui diferenças estatisticamente significativas ($p=0,047$). Rodrigues (2007), refere que as “condições que envolvem a manutenção da saúde mental do idoso variam de acordo com os fatores pessoais e ambientais, no entanto as alterações observadas, decorrentes do processo de envelhecimento, englobam, desde a disfunção cognitiva moderada até à demência, nos seus diferentes graus de severidade. Outra doença que se traduz como associada à velhice é a depressão.”

Os idosos pertencentes aos grupos etários ≤ 83 anos (OM=20.50) e ≥ 88 anos (OM=20.46) são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Para o fator da dimensão Saúde Mental – Perturbações com o Sono em que os idosos pertencentes aos grupos etários ≤ 83 anos (OM=21.84) e ≥ 88 anos (OM=21.23) são os que apresentam melhor situação, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Fator Energia, são os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos que estão em melhor situação, ou seja, não se apresentam letárgicos. Verificando-se aqui diferenças estatisticamente significativas.

Para o fator da dimensão Saúde Mental – Fator Paranoia, são os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos os que apresentam melhor situação, mas sem diferenças estatisticamente significativas.

As mulheres são as que em média estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas. Valores diferentes dos encontrados por Silva (2005b), em que as mulheres classificam pior a sua vida.

Os homens são os que estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Perturbações com o Sono. Contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Boron, et al. (2007), referem que relativamente à satisfação com a vida e saúde mental são as mulheres idosas que apresentam mais distúrbios no humor/disposição, mas os homens idosos exibem maiores motivos para a apresentação de distúrbios depressivos.

Os idosos sem filhos são os que em apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida e perturbações com o Sono.

Relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Fator Energia e fator paranoia são os idosos com filhos que em média estão em melhor situação.

Os idosos viúvos/divorciados são os que em média apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida e fator energia e fator paranoia.

Os idosos solteiros são os que em média estão em melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – Perturbações com o Sono.

Os idosos que concluíram o Ensino Secundário são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida, perturbações com o sono, fator energia e fator paranoia, contudo com ausência de diferenças estatisticamente significativas.

Os idosos que apresentam uma Boa Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator da dimensão Saúde Mental – satisfação com a vida, perturbações com o sono

Relativamente aos fatores da dimensão Saúde Mental – Fator Energia e fator paranoia, são os idosos que apresentam uma Má Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional que estão em melhor situação, apresentando diferenças estatisticamente significativas, o que pode ser explicado pela tentativa de contrariar a letargia e ordenarem estratégia de coping que tentem minimizar o mau estado da sua saúde mental.

Podemos considerar estes resultados como preliminares já que a bibliografia consultada não revela dados que possibilitem a comparação por subescalas, mas efetuam-no de forma global.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretende-se com este capítulo, realizar uma avaliação global do estudo, centrar-se nas conclusões e implicações para a prática de cuidados aos idosos.

A utilização do OARS na sua versão integral, permite perceber quais as necessidades dos idosos, determinando e planeando os cuidados necessários para colmatar essas necessidades. A aplicação deste questionário, na comunidade, é essencial para a caracterização da população idosa. As áreas da avaliação multidimensional de uma população têm de ser necessariamente abrangidas no instrumento de colheita de dados. Este questionário integra ainda a autoperceção do idoso e a sua morbilidade nas diferentes áreas.

Murata et al. (2006), consideram que a autoavaliação do estado de saúde do idoso tem efeitos na comorbilidade e mortalidade. Porém, as doenças e o estado funcional são os determinantes mais expressivos da auto percepção de saúde, bem como os fatores psicológicos, sociais e económicos.

A avaliação subjetiva e objetiva do idoso torna-se difícil pois, este é um objeto de construção individual da realidade e está integrada na subjetividade da vida. Baltes et al. (2001), citados por Rodrigues (2007), referem que “por estas razões, os investigadores devem ter em linha de conta as componentes cognitivas e motivacionais quando interpretam os dados objetivos e subjetivos, e explorar as suas semelhanças e diferenças”.

Depreende-se desta forma a dificuldade do entrevistador conseguir, em pouco tempo e em circunstâncias pouco propícias, uma avaliação ponderada, gerir o volume de informação recolhida ao longo da entrevista e efetuar a sua síntese final.

A previsão da OMS, para 2025, é da existência de 1,2 biliões de pessoas idosas (com mais de 60 anos), constituindo o grupo dos muito idosos (com 80 ou mais anos) o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001).

A avaliação multidimensional, dos idosos de forma sistemática quando institucionalizados é essencial, acabando no entanto, por ser dependente de outras variáveis que contribuem para a compreensão desta temática.

Como limitações deste estudo aponta-se essencialmente a dimensão da amostra (n=43) para a análise de determinadas variáveis através de determinadas metodologias estatísticas. Como sugestões para investigações futuras aponta-se a utilização de uma amostra de maiores dimensões para ultrapassar determinados constrangimentos metodológicos; uma investigação em que se estratifique os anos de institucionalização para que se possa analisar e identificar o tipo de necessidades características dos utentes conforme os anos de institucionalização e o nível de escolaridade. Tendo em conta que a amostra deste estudo é proveniente de uma única instituição particular de solidariedade social (IPSS), seria interessante verificar e comparar os resultados numa instituição pública.

O OARS é reconhecido como um instrumento completo de avaliação multidimensional de idosos, incorporando três elementos: o estado funcional do indivíduo, uma análise multidimensional da utilização dos serviços de saúde e da comunidade e o impacto de serviços alternativos no estado funcional dos sujeitos idosos. É constituído por cinco domínios ou dimensões: saúde física, saúde mental, AVD, recursos sociais, e recursos económicos (Fillenbaum, 1988; Nogueira, 2003; Silva, 2005b; Ferreira et al., 2006 e Rodrigues, 2007)

O presente estudo baseia-se na aplicação do OARS, como anteriormente explicitado, realçando de seguida os principais resultados na área da saúde mental:

- Os idosos pertencentes aos grupos etários ≤ 83 anos e ≥ 88 anos são os que apresentam melhor situação relativamente à satisfação com a vida e com perturbações do sono.
- Os idosos pertencentes ao grupo etário ≥ 88 anos são os que apresentam melhor situação relativamente a fator energia e fator paranoia.
- As mulheres são as que apresentam melhor situação relativamente ao fator satisfação com a vida e fator energia.

- Os homens são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator perturbação com o sono e fator paranoia.
- Os idosos sem filhos são os que apresentam melhor situação relativamente aos fatores satisfação com a vida e perturbações com o sono.
- Os idosos com filhos são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator energia e ao fator paranoia, mas com ausência de diferenças estatisticamente significativas.
- Os idosos viúvos/divorciados são os que apresentam melhor situação relativamente à satisfação com a vida, fator energia e fator paranoia.
- Os idosos solteiros são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator perturbações com o sono.
- Os idosos que concluíram o Ensino Secundário são os que apresentam melhor situação relativamente ao fator satisfação com a vida, perturbações com o sono, fator energia e fator paranoia.
- Os idosos que apresentam uma Boa Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional são os que apresentam melhor situação relativamente aos fatores satisfação com a vida, perturbações com o sono.
- Os idosos que apresentam uma Má Autoavaliação do seu Estado de Saúde Mental e Emocional são os que apresentam uma melhor situação, para o fator energia e para o fator paranoia.
- Os idosos que apresentam uma Boa Capacidade Funcional são os que apresentam melhor situação relativamente aos fatores: satisfação com a vida e perturbações com o sono.
- Os idosos que foram classificados com Incapacidade Funcional são os que apresentam melhor situação para o fator energia e para o fator paranoia.

4.1 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações do estudo são parte integrante da discussão dos resultados, tendo em conta a sua existência.

A primeira limitação identificada foi a não autorização por parte da instituição na aplicação do questionário na valência pretendida, por considerar o questionário extenso e por apresentar questões que “podem interferir na privacidade e tranquilidade dos utentes”.

Outra limitação, relaciona-se com o número de idosos que foi necessário contactar, para conseguir o número de entrevistas considerado para a amostra.

Relativamente à dimensão do questionário, esta exige um elevado tempo na realização da entrevista, no caso do presente trabalho cerca de 20 minutos, tornando o estudo mais demorado do que inicialmente se previa, o que levou à ponderação na definição do tamanho da amostra.

Partindo das limitações encontradas, adquiriu-se conhecimento e experiência que permitirão antever limitações/obstáculos em futuras investigações.

4.2 – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), define “envelhecer ativo”, como sendo o processo de otimizar oportunidades de bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, com o intuito de prolongar a esperança média de vida, a produtividade e a qualidade de vida na velhice.

Rodrigues (2007), considera que a visão da sociedade e de cada sujeito individualmente, sobre o processo de envelhecimento, pode ter efeitos positivos ou negativos no estilo de vida dos indivíduos e em especial dos idosos

Uma política tendo em conta o princípio de “envelhecer ativo”, vai considerar que a promoção de um envelhecimento saudável requer uma abordagem que combine atividades de promoção de saúde e estratégias de prevenção de doenças.

Em suma podemos concluir em termos de implicações para a prática de cuidados e de investigação que:

- O Questionário de Avaliação Multidimensional de Idosos é um instrumento válido para avaliação funcional da população idosa;
- O conjunto de dados obtidos podem ser utilizados para o planeamento e desenvolvimento das intervenções e saúde, designadamente as de enfermagem.

Estando a avaliação multidimensional perfeitamente enquadrado nas funções da enfermagem, e sendo esta avaliação preponderante para o despiste e prevenção da disfuncionalidade, a medida que emerge como sugestão, assenta na necessidade de implementar no momento da admissão do idoso na instituição a aplicação do OARS e depois de forma sistematizada. Pois, se o objetivo é prestar cuidados de saúde personalizados e com qualidade, esta avaliação é preponderante

O estudo possibilitou identificar o perfil dos idosos institucionalizados numa das valências da SCMVisseu; avaliar a perceção do seu estado de Saúde Mental e Emocional e refletir acerca dos cuidados de enfermagem aos idosos institucionalizados. Recomenda-se que este tipo de pesquisa seja desenvolvido noutras instituições de longa permanência para idosos, possibilitando visualizar outras realidades e outros contextos.

Desta forma, considera-se que existe a necessidade de instigar os enfermeiros a desenvolverem pesquisas com os idosos institucionalizados, tendo como meta a contribuição à melhoria de sua qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970.

Amado, N. M. B. S. (2008). *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada Publicada. Universidade Nova de Lisboa - Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.

Aminzadeh, F. (2000). Adherence to recommendations of community-based comprehensive geriatric assessment programmes. *Age and Ageing*, 29, 401-407.

Bance, M. (2007). Hearing and aging. *Canadian Medical Association Journal*, *Canadian Medical Association Journal*, 176, 925-927.

Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264.

Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: an emerging research and clinical paradigm-issues and controversies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62A(7), 731-737.

Blay, S. L., Ramos, L. R., & Mari, J. J. (1988). Validity of a Brazilian version of the older Americans resources and services (OARS) mental health screening questionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(8), 687-692.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57A, 3.

Borg, C., Hallberg, I. R., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people 85+ with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607-618.

Bouisson, J., & Swendsen, J. (2003). Routinization and emotional well-being: an experience sampling investigation in an elderly French sample. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 280-282.

Burns, A., Dening, T., & Baldwin, R. (2001). Care of older people: mental health problems. *British Medical Journal*, 322, 789-781.

Campbell, V. A., Crews, J. E., Moriarty, D. G., Zack, M. M., & Blackman, D. K. (1999). Surveillance for sensory impairment, activity limitation, and health-related quality of life among older adults—United States, 1993–1997. *MMWR CDC Surveill Summ*. 48, 131–156.

Carrilho, M. J. e Patricio, L. (2003). *A situação demográfica recente em Portugal*. In INE, Revista de Estudos Demográficos nº.34. INE (2003). Revista de Estudos Demográficos: População e condições sociais (nº. 34). Lisboa: ed. Instituto Nacional de Estatística. ISSN 0871-875X / ISSN 1645 5657.

Cummings, S.M. e Cassie, K.M. (2008). Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs. *Health and Social Work*, 33 (2), 133-143.

Cyr, N. R. (2007). Depression and older adults. *Association of periOperatory Registered Nurses Journal*, 85(2), 397-401.

Dixon, C. G., Richard, M., & Rollins, C. (2003). Contemporary issues facing aging Americans: implications for rehabilitation and mental health counseling. *Journal of Rehabilitation*, 69(2), 5-12.

Dodla, S., & Lyons, W. (2006). Chronic pain in later life. *Generations*, 30, 77-82.

- Dulin, P. (2002). Psychosocial interventions: General principles for use in geriatric residential care facilities. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA, London.
- Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.
- Ferruci L. e Marchionni N. (2001). Grupo di Lavoro sulla Valutazione Multidimensionale Linee Guida sull'utilizzazione della valutazione multidimensionale per l'anziano fragile nella rete dei servizi. *Giornale de Gerontologia*, 49: S1 – S76.
- Fibla, G., Patiño, P. E., & Domínguez, A. C. (1996). Version española del OARS multidimensional functional assessment questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Atención Primaria*, 17(8), 486-495.
- Filho, W. (2005). Envelhecimento e atendimento domiciliário. In Y. Duarte & M. J. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 10 (4), 428-434.
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke older Americans resources and services procedures*. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Fonseca, A.M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Pául, & A.M. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gatz, M., Pedersen, N. L., & Harris, J. (1987). Measurement characteristics of the mental health scale from the OARS. *Journal of Gerontology*, 42(3), 332-335.
- George, L. K., & Fillenbaum, G. G. (1985). OARS methodology. A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(9), 607-615.

Gruenewald, T. L., Karlamangla, A. S., Greendale, G. A., Singer, B. H., & Seeman, T. E. (2007). Feelings of usefulness to others, disability, and mortality in older adults: the MacArthur study of successful aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B (1), P28-P37.

Guralnik, J. M., & Kaplan, G. A. (1989). Predictors of health aging: prospective evidence from the Alameda County study. *American Journal of Public Health*, 79, 703-708.

Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of health aging. *Nursing Fórum*, 40(2), 45-57.

Hellström, Y., & Hallberg, I. R. (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health & Social Care in the Community*, 9(2), 61-71.

Hill, R.D., & Gregg, C. (2002). Older adults in residential care: a population at risk. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA, London.

Hubbert, A. O. (2001). Seniors' need for and use of Medicare home health services. Ph.D. dissertation, University of Nebraska Medical Center, United States - Nebraska. *ProQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT 3013051).

Instituto Nacional de Estatística (1999). *As Gerações Mais Idosas*. Série de Estudos Nº. 83. Portugal. Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística (2001). Recenseamento da população e da habitação

Instituto Nacional de Estatística (2004). *Projeções de população residente, Portugal e NUTS II 2000-2050*. Lisboa: INE.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos.

Johnson, C. L. (2002). *Longitudinal study of African-American oldest old 1988-1996*. Murray Research Center. Harvard University.

Katz, S. (2000). Busybodies: activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies, 14*, 135-153.

Krause, N. (2007). Age and Decline in Role-specific feelings of control. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B* (1), S28-S35.

Kwong, E. W-y., & Kwan, A. Y-H. (2003). How older people manage stress. *Nursing Older People, 15*(3), 18-21.

Kuhn, D. (2007). A life course approach to healthy aging, frailty, and capability. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62A* (7), 717-721.

Lee, Y. (2000). The predictive value of self-assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health, 54*(2), 123-129.

Lesage, S., & Scharf, S. M. (2007). Beyond the usual suspects: approaching sleep in elderly people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62 A* (1), 53-54.

Majumdar, S. R., & Soumerai, S. B. (2003). Why most interventions to improve physician prescribing do not seem to work. *Canadian Medical Association Journal, 169*(1), 30-31.

Mejia, S., Gutiérrez, L. M., Villa, A. R., & Ostrosky-Solís, F. (2004). Cognition, functional status, education, and the diagnosis of dementia and mild cognitive impairment in Spanish-speaking elderly. *Applied Neuropsychology, 11*(4), 196-203.

Morala, D. T., Shiomi, T., & Maruyama, H. (2006). Factors associated with the functional status of community-dwelling elderly. *Journal of Geriatric Physical Therapy, 29*(3), 101-106.

Motta, L.B., & Aguiar, A.C. (2007). Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva, 12* (2), 363-372.

Murata, C., Kondo, T., Tamakoshi, K., Yatsuya, H., & Toyoshima, H. (2006). Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Archives on Gerontology and Geriatrics*, 43 (3), 369-380.

Neto, F. e Barros, J. *Solidão em diferentes níveis etários. Estudos Interdisciplinar sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 3, p. 71-88. 2001.

Netto, M.P, e Ponte (2007). Envelhecimento: Desafio na transição do século. In Netto, M.P. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. Atheneu, São Paulo; Brasil.

Nogueira, D. M. S. (2003). *Avaliação multidimensional de idosos. Estudo de uma população idosa não institucionalizada: caracterização das incapacidades funcionais e utilização de serviços*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, Portugal.

Oliveira, S. F. (2006). Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre idosos do município de São Paulo. (Dissertação de mestrado apresentada a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo). *Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo*, Tde – 02102006-115355.

OMS, Organização Mundial da Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.

Passos, J.; Sequeira, C. Fernandes, L. (2012). *Prevalência dos focos de enfermagem em Saúde Mental em pessoas mais velhas: resultados da pesquisa documental realizada num serviço de psiquiatria*. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, nº. 7, Junho 2012, p. 8, ISSN 1647-2160.

Parker, M. G., & Thorslund, M. (2007). Health trends in the elderly population: getting better and getting worse. *The Gerontologist*, 47, 2, 150-158.

Paúl, C., & Fonseca, A. M. (Eds.) (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Puskar, K. R., & Bernado, L. (2002). Trends in mental health: implications for advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14 (5), 214-218.

Ribeiro, S.M (2010). *Necessidades e saúde mental: comparação das necessidades de idosas que vivem numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa.

Rodrigues, R. M. C. (1999). *Avaliação funcional multidimensional de idosos: estudo das incapacidades funcionais e utilização de serviços*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Rodrigues, R. M. C. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Dissertação de Doutoramento publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

Spar, J.E & La Rue, A. (2005). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. Climepsi Editores, 1ª Edição, ISBN 9789727961399 |

Sakharova, O. V., & Inzucchi, S. E. (2005). Treatment of diabetes in the elderly: addressing its complexities in this high-risk group. *Postgraduate Medicine*, 118(5), 19-29.

Samuelsson, G., McCamish-Svensson, C., Hagberg, B., Sundström, G., & Dehlin, O. (2005). Incidence and risk factors for depression and anxiety disorders: results from a 34-year longitudinal Swedish cohort study. *Aging & Mental Health*, 9 (6), 571-575.

Silva, M. E. D. (2005a). Saúde mental e idade avançada: uma perspetiva abrangente. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156), Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, S. M. D. T. (2005b). *Avaliação multidimensional dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Vale de Cambra*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Small, G. W. (2002). What we need to know about age related memory loss. *British Medical Journal*, 321, 1502-1505.

Smith, B. H., Torrance, N., Bennett, M. I., & Lee, A. J. (2007a). Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community. *The Clinical Journal of Pain*, 23(2), 143-149.

Smith, H.M. (2007b). Psychological services needs of older women. *Psychological Services*, 4, 277-286.

Spar, J.E., & La Rue, A. (1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Climepsi, Lisboa.

Thomas, C. P., Ritter, G., & Wallack, S. (2001). Growth in prescription drug spending among insured elders. *Health Affairs*, 20(5), 265-277.

Thomas, S., & Rich, M. W. (2006). Heart failure in older people. *Generations*, 30, 25-32.

Thorn, B.L. (2002). Defining residential care from a development perspective. In Hill, R.D., Thorn, B.L, Bowling, J., Morrison, A. *Geriatric Residential Care*. LEA, London.

Thorson, J. A. (2000). *Aging in a changing society* (2nd Ed.).

Tinker, A. (1997). *Older people in modern society* (4th Ed.). New York: Addison Wesley Longman Limited.

Twedell, D. (2007). Depression in the elderly. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38(1), 14-15.

Vaillant, G. E. (2002). *Aging well: surprising guideposts to a happier life from the landmark Harvard study of adult development*. New York, NY: Little, Brown, & Co.

Veríssimo, M. T. (2005). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Livraria Almedina.

Vézina, J., Cappeliez P., Landreville, P. (1994). *Psychologie g rontologique*. Ga tan morin  diteur, Paris.

Walters, S. J., Munro, J. F., & Brazier, J. E. (2001). Using the SF-36 with older adults: a cross-sectional community based survey. *Age & Ageing*, 30, 337-343.

Windle, G., Edwards, R., & Burholt, V. (2004). A concise alternative for researching health-related quality of life in older people. *Quality in Ageing*, 5(3), 13-24.

WHO. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. [cited 2010 Feb 24]. Available from: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf.

WHO, World Health Organization. (1998). *The world health report. Life in the 21st Century – a vision for all*. Geneva: WHO.

WHO, World Health Organization. (2001). *The world health report*. Geneva: WHO.

WHO, World Health Organization. (2002). *Missing voices: views of older persons on elder abuse*. Geneva: WHO.

Yancik, R., Ershler, W., Satariano, W., Hazzard, W., Cohen, H. J., & Ferruci, L. (2007). Report of the National Institute on aging task force on comorbidity. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62A (3), 275-280.

ANEXOS

ANEXO 1

- **Questionário OARS – Older Americans Resources and Services Program**
- **Autorização para utilização do questionário**



38017

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL PARA IDOSOS (OARS)

Código da entrevista _____

Data da entrevista _____ / _____ / _____ Data de nascimento _____ / _____ / _____
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Local da entrevista _____

1. Sexo do/a idoso/a

- Masculino
 Feminino

4. Que estudos completou?

- Não sabe ler nem escrever
 Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
 Ensino básico primário
 Ensino básico preparatório
 Ensino secundário
 Ensino médio
 Ensino superior
 NS/NR

2. Número de filhas e filhos vivos

_____ Filhas _____ Filhos

3. Idade _____ anos (*não perguntar*)

5. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 a 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a se o idoso não possui telefone. Marque 'certo' ou 'errado' para cada uma das 10 perguntas.

Certo Errado

1. Em que data estamos? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____ (*tolerância de 1 dia*)
 2. Que dia da semana é hoje?
 3. Como se chama esta localidade?
 4. Qual é o seu número de telefone?
 4a. Qual é o seu endereço? (*só se não tem telefone*)
 5. Quantos anos tem? _____
 6. Qual é a sua data de nascimento? Dia, mês, ano ____ / ____ / ____
 7. Como se chama o actual Presidente da República?
 8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
 9. Qual o seu apelido ou nome de família?
 10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três ...
(*20-3=17; 17-3=14; 14-3=11; 11-3=8; 8-3=5; 5-3=2; tolerância de 1 erro*)

_____ Número de respostas erradas: _____

_____ Número de respostas certas: _____

SE O IDOSO TIVER ERRADO EM MAIS DE 3 PERGUNTAS, APLICAR ESTE QUESTIONÁRIO A UMA OUTRA PESSOA QUE O ACOMPANHE (INFORMANTE).



38017

RECURSOS SOCIAIS

Agora, gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua família e amigos.

6. Qual é o seu estado civil?

- Solteiro/a
- Casado/a ou em união de facto
- Viúvo/a
- Divorciado/a ou separado/a
- NS/NR

7. Quem vive consigo na sua casa?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Vive sozinho/a
- Cônjuge
- Filhos/as
- Netos/as
- Pais ou sogros
- Irmãos ou cunhados
- Outros familiares
- Amigos
- Alguém com remuneração ou alojamento para cuidar de si *(sem ser familiar)*
- Outros. Especificar _____

8. Quantas pessoas conhece o suficiente para ir a casa delas visitá-las nas suas casas?

Nº _____ (99 se NS/NR)

9. A semana passada, quantas vezes telefonou ou recebeu chamadas de amigos, familiares ou outros? *(se não tem telefone mantém-se a pergunta)*

Nº _____ (99 se NS/NR)

10. A semana passada, quantas vezes passou algum tempo com alguém com quem não vive; quer dizer, foi vê-los ou eles vieram visitá-lo/a, ou saíram para fazer algo juntos?

Nº _____ (99 se NS/NR)

11. Tem alguém em quem possa confiar?

- Sim
- Não
- NS/NR

12. Sente-se sozinho/a?

- Muitas vezes/ sempre
- Algumas vezes
- Quase nunca/ nunca
- NS/NR

13. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quanto gostaria?

- Sim
- Não
- NS/NR

14. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo? *(refere-se a ajuda social, não económica)*

- Sim
- Não *(----> P 15)*
- NS/NR

14a. Há sempre alguém que possa cuidar de si?

- Sempre que necessário *(tanto tempo quanto necessário)*
- Por pouco tempo *(de poucas semanas a seis meses)*
- Às vezes *(levar ao médico, preparar uma refeição, etc...)*
- NS/NR

14b. Quem são essas pessoas?

(assinalar as várias respostas dadas)

- Cônjuge
- Irmão/ãs
- Filhos/as
- Netos/as
- Outro parente
- Amigo
- Outros. Especificar _____



RECURSOS ECONÓMICOS

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua situação laboral.

15. A sua actividade actual é:

- Trabalha a tempo completo
- Trabalha a tempo parcial
- Reformado por idade
- Reformado por invalidez
- Desempregado à procura de trabalho
- Desempregado sem procurar trabalho
- Outros. Especificar _____

- Subsídio por assistência a terceira pessoa €
- Suplemento de pensão a grandes inválidos €
- Pensão social €
- Pensão de viuvez..... €
- Complemento social €
- Pensão de reforma social €
- Outras pensões provenientes de fundos profissionais €
- Pensão de alimentos (em caso de separados ou divorciados) €
- Pensão por filhos deficientes €
- Ajuda financeira regular por parte de membros da família (inclui contribuições regulares por parte dos filhos empregados) ... €
- Outros. Especificar €

16. Que tipo de trabalho teve a maior parte da sua vida?

- Nunca esteve empregado/a
- Doméstico/a
- Trabalhou por conta própria
- Trabalhou por conta de outrém
- NS/NR

17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?

- Sim
- Não (----> P 18)
- Não aplicável (----> P 18)
- NS/NR

17a. Que tipo de trabalho teve ou tem o seu cônjuge?

- Doméstico/a
- Trabalhou por conta própria
- Trabalhou por conta de outrém
- NS/NR

18. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?

- Do emprego ou negócio €
- Rendimentos de capital (investimentos, contas poupança, fundos de pensões) e rendas de património €
- Pensão de invalidez €
- Pensão de sobrevivência €
- Pensão de velhice €
- Pensão unificada €
- Complemento de pensão por cônjuge a cargo €
- Subsídio de acompanhante €

19. Quantas pessoas vivem desses rendimentos? (número de pessoas que dependem em pelo menos metade desses rendimentos)

_____ pessoas

20. A casa em que vive é propriedade sua?

- Sim
- Não (----> P 20b)
- NS/NR

20a. Em quanto está avaliada, aproximadamente, a sua casa?

_____ €

20b. Está a pagar renda, empréstimo ou hipoteca?

- Renda €
- Empréstimo ou hipoteca €
- Não, vive em casa cedida gratuitamente
- NS/NR



38017

20c. Quem paga a renda, empréstimo ou hipoteca?

- Paga o total da renda, empréstimo ou hipoteca
- Recebe uma participação
- A casa não é sua mas não paga renda
- NS/NR

20d. Considera o local onde vive digno para si?

- Sim
- Não
- NS/NR

21. Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?

- Sim
- Não
- NS/NR

22. Os seus rendimentos são o suficiente?

- Não
- Sim, mas apenas chegam para os seus gastos
- Cobrem sem problemas os gastos
- NS/NR

23. Necessita de ajuda económica ou aumento, para além do que já recebe?

- Sim
- Não
- NS/NR

24. Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?

- Paga (-----> P 25)
- Recebe ajuda
- NS/NR

24a. De quem?

- Família ou amigos
- Toma as refeições numa instituição governamental ou de beneficência
Quantas? ____ por dia
- Trazem-lhe as refeições a casa já preparadas
Quantas? ____ por dia

25. Acha que necessita de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida?

- Sim
- Não
- NS/NR

26. Tem algum cartão de saúde?

- Sim. Qual? _____
- Não
- NS/NR

27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

28. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?

- Muito bem
- Razoavelmente
- Com dificuldade
- NS/NR

29. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?

- Sim
- Não
- NS/NR

30. Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?

- Sim
- Não
- NS/NR



SAÚDE MENTAL

Em continuação, gostaria de lhe fazer umas perguntas sobre o que sente em relação à sua vida.

31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?

- Sempre/quase sempre
- Algumas vezes
- Nunca/quase nunca
- NS/NR

32. Em geral, o que acha da sua vida?

- Interessante
- Monótona
- Aborrecida
- NS/NR

33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?

- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

34. Por favor, responda 'sim' ou 'não' às perguntas seguintes. Não há respostas correctas ou incorrectas, apenas o que melhor se aplica a si. Embora algumas perguntas pareçam não se lhe aplicar, tente responder 'sim' ou 'não' conforme lhe parecer mais correcto (assinalar 'sim' ou 'não' para cada uma).

1. Acorda fresco/a e descansado/a quase todas as manhãs?..... Sim Não
2. A sua vida está cheia de coisas que o/a mantêm interessado/a?..... Sim Não
3. Por vezes sentiu vontade de fugir de casa?..... Sim Não
4. Parece-lhe que ninguém o/a compreende?..... Sim Não
5. Teve períodos de dias, semanas ou meses em que não podia ocupar-se de nada porque não aguentava mais?..... Sim Não
6. O seu sono é irregular e inquieto?..... Sim Não
7. É feliz a maior parte do tempo?..... Sim Não
8. Pensa que se trama alguma coisa contra si?..... Sim Não
9. Por vezes sente que não serve para nada?..... Sim Não
10. Nos últimos anos sentiu-se bem a maior parte do tempo?..... Sim Não
11. Sente-se muitas vezes fraco/a?..... Sim Não
12. Tem dores de cabeça?..... Sim Não
13. Tem dificuldade em manter o equilíbrio quando caminha?..... Sim Não
14. Sente palpitações e falta de ar?..... Sim Não
15. Mesmo quando está com outras pessoas sente-se só a maior parte das vezes?... Sim Não

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- NS/NR

36. Comparado com há cinco anos, como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR



SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a por um médico nos últimos seis meses, sem estar internado/a num hospital? (excluir os psiquiatras)

____ vezes

38. Nos últimos seis meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de realizar as suas actividades do dia-a-dia, como ir trabalhar ou fazer as tarefas da casa?

____ dias

39. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a no hospital por problemas de saúde física?

____ dias

40. Quantos dias, nos últimos seis meses, esteve internado/a noutra instituição de saúde por problemas de saúde física?

____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?

- Sim
- Não
- NS/NR

42. Poderia dizer-me, por favor, se no último mês lhe receitaram alguns dos seguintes medicamentos?

- Para a artrite
- Para a dor (distintos dos anteriores)
- Para a hipertensão arterial (tensão alta)
- Diuréticos
- Para a insuficiência cardíaca ou arritmias
- Nitroglicerina para a angina de peito
- Anticoagulantes
- Para melhorar a circulação
- Injecções de insulina para diabetes
- Comprimidos para a diabetes
- Para úlcera (sistema digestivo)
- Crise epiléptica
- Para a tiróide
- Corticosteróides
- Antibióticos
- Tranquilizantes ou medicamentos para os nervos
- Medicamentos para dormir (uma vez por semana ou mais)
- Medicamentos hormonais (incluindo a pílula)

43. Que outros medicamentos receitados tomou no último mês?

**44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?**

(Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)

- | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Artrite ou reumatismo | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Asma | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Enfisema ou bronquite crónica | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Tuberculose | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Hipertensão | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas circulatórios dos membros | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Úlceras (sistema digestivo) | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença do fígado | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doenças dos rins..... | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Outras doenças do sistema urinário | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Cancro ou leucemia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Consequências de A.V.C. | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença de Parkinson | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Paralisia cerebral | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Esclerose múltipla | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Distrofia muscular | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Consequência da poliomelite | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doença da tiróide ou outras glândulas | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Doenças da pele (úlceras/escaras, queimaduras...) | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |
| Problemas da fala | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Pouco | <input type="checkbox"/> Muito |

45. Tem alguma incapacidade física...

- Não
- Paralisia total
- Paralisia parcial
- Falta de membro/função
- Fractura óssea
- NS/NR

46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está cego
- NS/NR

47. Como está a sua audição? (sem ajuda)

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal
- Está surdo
- NS/NR

48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?

- Sim. Especificar _____
- Não
- NS/NR

DISPOSITIVOS DE APOIO E PRÓTESES**49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?**

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____



38017

50. Precisa de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?

- Sim (----> P 50a)
- Não (----> P 51)
- NS/NR

50a. Especificar quais?

- Bengala ou tripé
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Ortótese (membros inferiores)
- Ortótese (coluna)
- Membro artificial
- Prótese auricular
- Equipamento de colostomia
- Sonda vesical
- Diálise
- Outros (por ex. dentadura)

Especificar _____

51. Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?

- Sim
- Não
- NS/NR

52. Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?

- Sim
- Não
- NS/NR

53. Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?

- Muito boa
- Boa
- Regular
- Má
- NS/NR

54. Comparado com há cinco anos, como classifica hoje a sua saúde?

- Melhor
- Igual
- Pior
- NS/NR

55. De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?

- Nada
- Um pouco
- Muito
- NS/NR

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - AVD

Agora gostaria de fazer-lhe algumas perguntas sobre as suas actividades da vida diária, coisas que todos necessitamos de fazer como parte das nossas vidas diárias. Gostaria de saber se consegue ou conseguiria fazer estas actividades sem qualquer ajuda, com alguma ajuda, ou se as não pode fazer.

AVD INSTRUMENTAL

56. É capaz de usar o telefone...

- Sem ajuda (*incluindo procurar números e marcar*)
- Com alguma ajuda (*pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números*)
- É incapaz de utilizar o telefone
- NS/NR

57. Pode ir a locais onde não é possível ir a pé...

- Sem ajuda (*conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou taxi*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja*)
- É incapaz de viajar (*a não ser que o faça em veículo especial, como uma ambulância*)
- NS/NR

58. Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.? (*assumindo que tem meio de transporte*)

- Sem ajuda (*encarrega-se de tudo o que necessita comprar*)
- Com alguma ajuda (*necessita que alguém o/a acompanhe quando vai às compras*)
- É incapaz de fazer qualquer tipo de compra
- NS/NR

59. É capaz de preparar as suas refeições...

- Sem ajuda (*planeia e prepara-as sozinho/a*)
- Com alguma ajuda (*pode preparar algumas coisas, mas não todas as refeições*)
- É incapaz de preparar qualquer refeição
- NS/NR



38017

60. É capaz de fazer as tarefas de casa...

- Sem ajuda (*pode limpar o chão, etc.*)
- Com alguma ajuda (*pode fazer trabalhos leves, mas necessita ajuda para os mais pesados*)
- É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico
- NS/NR

61. É capaz de tomar os seus medicamentos...

- Sem ajuda (*a dose certa na hora certa*)
- Com alguma ajuda (*capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar*)
- É incapaz de tomar os seus medicamentos
- NS/NR

62. É capaz de lidar com o dinheiro...

- Sem ajuda (*passar cheques, pagar facturas, etc.*)
- Com alguma ajuda (*gere o dinheiro do dia-a-dia, mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas*)
- É incapaz de gerir o seu dinheiro
- NS/NR

AVD FÍSICO**63. É capaz de comer...**

- Sem ajuda (*é capaz de comer sozinho/a*)
- Com alguma ajuda (*necessita ajuda para cortar a comida, por exemplo*)
- É incapaz de comer sozinho/a
- NS/NR

64. Pode vestir-se e despir-se sozinho/a...

- Sem ajuda (*é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se*)
- Com alguma ajuda
- É incapaz de vestir-se e despir-se sozinho/a
- NS/NR

65. Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e (para homens) barbear-se...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda
- É capaz de cuidar da sua aparência
- NS/NR

66. Pode andar...

- Sem ajuda (*excepto de bengala*)
- Com ajuda (*de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha*)
- É incapaz de andar
- NS/NR

67. Pode levantar-se e deitar-se na cama...

- Sem ajuda (*de ninguém e sem qualquer dispositivo*)
- Com alguma ajuda (*de uma pessoa ou de um dispositivo*)
- Depende completamente de alguém que o/a levante
- NS/NR

68. Pode tomar banho ou duche ...

- Sem ajuda
- Com alguma ajuda (*necessita de ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira*)
- É incapaz de tomar banho sozinho/a
- NS/NR

69. Tem tido problemas para chegar à casa de banho a tempo?

- Não (----> P 70)
- Sim, mas agora não porque tenho sonda/colostomia (----> P70)
- Sim (----> P 69a)
- NS/NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?

- Uma ou duas vezes por semana
- Três vezes por semana ou mais
- NS/NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa/passear?

- Sim (----> P 70a)
- Não (----> P 71)
- NS/NR

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta, quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____



38017

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

71. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas referentes ao tipo da ajuda que recebe, recebeu, ou da que necessita. Queremos saber não só da ajuda de organismos oficiais, mas também da ajuda da sua família ou de amigos.

TRANSPORTE

71-1. Quem o/a leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? (assinalar todas as respostas)

- Vai sozinho/a
- Familiar
- Amigo
- Transporte público (autocarro, taxi, etc.)
- Outro. Especificar _____

71-1a. Em média, quantas deslocações faz por semana, utilizando algum transporte?

___ deslocações por semana

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe actualmente para visitas, saídas, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71-2. Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por um grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, Câmara Municipal etc.?

- Sim
- Não (----> P 71-2c)
- NS/NR

71-2a. Quantas vezes por mês participa nessas actividades?

___ vezes por mês

71-2b. Ainda participa nessas actividades ou grupos?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-2c. Acha que necessita de participar neste tipo de actividades?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE EMPREGO

71-3. Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o/a aconselhou sobre como conseguir um emprego?

- Sim
- Não (----> P 71-3b)
- NS/NR

71-3a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Organismo oficial

71-3b. Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?

- Sim
- Não
- NS/NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-4a. Fez alguma viagem deste tipo nos últimos seis meses ou espera fazer nos próximos seis meses?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

71-4b. Acha que necessita de viajar?

- Sim
- Não
- NS/NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal ou por outra instituição?

- Sim
- Não (----> P 71-5c)
- NS/NR

71-5a. Quantas vezes, por semana, participou nessas actividades?

_____ vezes

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...? (excluir fisioterapia)

- Sim
- Não (----> P 71-6c)
- NS/NR

71-6a. Em média, a quantas sessões deste tipo assistiu nos últimos seis meses?

_____ sessões

71-6b. Actualmente ainda assiste a essas sessões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas actividades de vida diária?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não (----> P 71-7d)
- NS/NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado/a alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-7b. Nos últimos seis meses, quantas consultas ou sessões teve com médicos, psiquiatras, ou outras pessoas que orientam neste tipo de problemas? (sem estar internado no hospital)

Nº _____

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o/a aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?

- Sim
- Não
- NS/NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?

- Sim
- Não (----> P 71-8b)
- NS/NR

71-8a. Ainda o está a tomar?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o/a ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados? (excluir os recebidos no hospital)

- Sim
- Não (----> P 71-9d)
- NS/NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vesti-lo/a, ajuda-lo/a a comer, ir à casa de banho, etc.?

- Menos de ½ hora por dia
- De ½ hora a 1½ hora por dia
- Mais de 1½ hora por dia
- NS/NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-9d. Acha que necessita de ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?

- Sim
- Não
- NS/NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem? Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico? (excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)

- Sim
- Não (----> P 71-10e)
- NS/NR

71-10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Enfermeiro (*pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?

- Só ocasionalmente, não todos os dias
- Só para dar-lhe medicação oral
- Menos de ½ hora por dia
- De ½ hora a 1 hora por dia
- Mais de 1 hora por dia
- NS/NR



38017

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?

- Menos de um mês
- De 1 a 3 meses
- Mais de 3 meses
- NS/NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?

- Sim
- Não
- NS/NR

FISIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?

- Sim
- Não (----> P 71-11d)
- NS/NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?

- Familiar ou amigo (*não pago*)
- Fisioterapeuta (*pago*)
- Outra pessoa paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-11b. Em média, quantas vezes por semana o/a têm ajudado a fazer esses exercícios?

_____ vezes

71-11c. Ainda faz fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?

- Sim
- Não
- NS/NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?

- Sim
- Não (----> P 71-12c)
- NS/NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. (Se o/a idoso/a ainda está a receber supervisão contínua perguntar só 71-13c. Pessoas que necessitam de supervisão contínua, ou que vivem em instituições ou com familiares, presume-se que os recebem).

Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?

- Sim
- Não (----> P 71-13c)
- NS/NR

71-13a. Quem o fez?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-13c. Acha que necessita de alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procure saber como se encontra? (*assinalar 'não' se respondeu 'sim' em 71-12c*)

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? (*inclui alojamento em instituições*)

- Sim
- Não (----> P 71-14c)
- NS/NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?

- Sim
- Está em lista de espera
- Não lha concederam
- NS/NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. Nos últimos seis meses, teve ajuda de alguém regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?

- Sim
- Não (----> P 71-15d)
- NS/NR

71-15a. Quem o/a ajudou a fazer essas tarefas?

- Familiar (*não pago*)
- Amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-15b. Quantas horas, por semana, teve que ter ajuda para fazer essas tarefas domésticas?

____ horas



38017

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?

- Sim
- Não
- NS/NR

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

71-16. Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?

- Sim
- Não (----> P 71-16c)
- NS/NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?

- Familiar (*não pago*)
- Um amigo (*não pago*)
- Alguém a quem paga por essa ajuda
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não é capaz de o fazer?

- Sim
- Não
- NS/NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em assuntos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?

- Sim
- Não (----> P 71-17c)
- NS/NR

71-17a. Quem o/a ajudou?

- Familiar
- Amigo
- Alguém a quem paga por essa tarefa (*por ex. advogado*)
- Alguém de uma instituição ou Segurança Social

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?

- Sim
- Não
- NS/NR

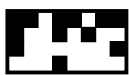
AValiação Sistemática Multidimensional

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?

- Sim
- Não
- NS/NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?

- Sim
- Não
- NS/NR



38017

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava? Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?

- Sim
- Não (----> P 71-19c)
- NS/NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?

- Familiar
- Amigo
- Alguém de uma instituição social ou Segurança Social

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita? Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou colocá-lo/a em contacto com quem o/a ajude?

- Sim
- Não
- NS/NR

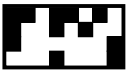
71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?

- Sim
- Não
- NS/NR

72. Este questionário foi realizado ao/à:

- Idoso/a
- Informante. Relação: _____
- Ambos

ESTA ENTREVISTA TERMINOU. MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.



AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO DIRIGIDAS AO ENTREVISTADOR E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA.

73. Duração da entrevista: _____ minutos

74. A informação objectiva foi obtida do/a:

- Idoso/a
- Familiar
- Outro. Especificar _____

75. As perguntas objectivas obtidas do/a idoso/a e/ou informante são...

- De total confiança
- De confiança na maioria dos casos
- De confiança só em alguns casos
- Não são confiáveis

76. As perguntas subjectivas são:

- De total confiança (----> P 77)
- De confiança na maioria dos casos (----> P 77)
- De confiança só em alguns casos (----> P 77)
- Não são confiáveis (----> P 77)
- Não se obtiveram (----> P 76a)

76a. Porque não respondeu o/a idoso/a às questões subjectivas?

- Afasia/disartria
- Surdez
- Demência
- Oligofrenia
- Demasiado doente
- Não colaborou
- Outro. Especificar _____

RECURSOS SOCIAIS

77. Das seguintes frases, qual descreve melhor a disponibilidade de ajuda que tem o/a idoso/a se estivesse doente ou incapacitado/a?

- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a indefinidamente
(tanto tempo quanto necessário)
- Pelo menos uma pessoa estaria disponível para cuidar dele/a durante pouco tempo
(de poucas semanas a seis meses)
- A ajuda estaria disponível só de vez em quando
(como levá-lo/a ao médico, preparar-lhe refeições, etc.)
- Nenhuma *(excepto possível ajuda de emergência)*

78. Qual das seguintes frases descreve melhor as relações sociais do/a idoso/a?

- Muito satisfatórias, amplas
- Moderadamente satisfatórias, adequadas
- Não satisfatórias, de escassa qualidade, poucas



38017

RECURSOS ECONÓMICOS

79. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor os rendimentos do/a idoso/a?

- Amplos, folgados
- Satisfatórios
- Algo insuficientes
- Totalmente insuficientes
- Não tem qualquer tipo de rendimentos

80. Na sua opinião, o/a idoso/a tem economias?

- Sim
- Não (*ou são escassas*)

81. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor o grau com que se cobrem as necessidades do/a idoso/a?

- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde e permitem-lhe pequenos luxos
- Cobrem a alimentação, habitação, vestuário, cuidados de saúde, mas não lhe permitem pequenos luxos
- Não cobrem a alimentação ou habitação ou vestuário ou cuidados de saúde e nem lhe permitem pequenos luxos
- Não cobrem duas ou mais necessidades (*habitação, alimentação, vestuário, cuidados de saúde*) nem lhe permitem pequenos luxos

SAÚDE MENTAL

82. Tem a impressão de que o/a idoso/a demonstra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?

- Sim
- Não
- NS/NR

83. Tem a impressão de que o/a idoso/a é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?

- Sim
- Não
- NS/NR

84. Tem a impressão de que o/a idoso/a acha a vida interessante e divertida?

- Sim
- Não
- NS/NR

85. Durante a entrevista o comportamento do/a idoso/a pareceu-lhe ser:

- Mentalmente alerta e estimulado/a
- Agradável e participativo/a
- Depressivo/a e/ou choroso/a
- Distraído/a ou letárgico/a
- Amedrontado/a, inquieto/a ou extremamente tenso/a
- Cheio/a de queixas físicas não realistas
- Desconfiado/a (mais do que razoável)
- Extravagante ou inapropriado/a em pensamento ou acção
- Excessivamente falador/a, muito alegre ou eufórico/a



38017

SAÚDE FÍSICA

86. O/a idoso/a é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:

- Não
- Sim, é obeso/a
- Sim, está mal nutrido/a ou emagrecido/a
- NS/NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

87. Classifique os recursos sociais actuais do/a idoso/a, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias actuais do/a idoso/a. As perguntas de recursos sociais são as 6-14 e 77-78.

- Recursos sociais muito bons.** As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas, e pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a indefinidamente.
- Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas, e pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a indefinidamente;
ou
As relações sociais são muito satisfatórias e amplas, e só teria disponível uma ajuda temporária.
- Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.** As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, mas pelo menos uma pessoa cuidaria dele/a indefinidamente;
ou
As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
- Recursos sociais moderadamente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, e só dispõe de ajuda por um período curto de tempo;
ou
As relações sociais são, pelo menos, ajustadas e satisfatórias, mas a ajuda só é possível de vez em quando.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, e a ajuda só é possível de vez em quando;
ou
As relações sociais são, pelo menos, satisfatórias ou adequadas, mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
- Recursos sociais totalmente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade e escassas, e a ajuda não está sequer disponível de vez em quando.



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

88. Classifique os recursos económicos actuais do/a idoso/a, avaliando-os na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve as circunstâncias actuais do/a idoso/a. As perguntas de recursos económicos são as 15-30 e 79-81.

(Considera-se que os rendimentos são suficientes se cobrem todas as necessidades do/a idoso/a)

- Recursos económicos muito bons.** Os seus rendimentos são amplos e o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos satisfatórios.** Rendimentos amplos e o/a idoso/a não tem economias;
ou
Rendimentos suficientes e o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios.** Rendimentos suficientes e o/a idoso/a não tem economias;
ou
Rendimentos algo insuficientes, mas o/a idoso/a tem economias.
- Recursos económicos moderadamente insatisfatórios.** Rendimentos um pouco insuficientes e o/a idoso/a não tem economias.
- Recursos sociais fortemente insatisfatórios.** Rendimentos totalmente insuficientes e o/a idoso/a pode ter ou não economias.
- Recursos económicos totalmente insatisfatórios.** O/a idoso/a é indigente, sem rendimentos ou economias.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

89. Classifique o funcionamento actual do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento actual do/a idoso/a. As perguntas de saúde mental são as do questionário preliminar e as 31-36 e 82-85.

- Saúde mental muito boa.** Intellectualmente alerta, gozando claramente a vida. Controla com facilidade o quotidiano e os problemas graves da vida e não apresenta sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental boa.** Controla tanto o quotidiano como os problemas graves da vida satisfatoriamente e intelectualmente está intacto/a e livre de sintomas psiquiátricos.
- Saúde mental ligeiramente insatisfatória.** Tem ligeiros sintomas psiquiátricos e/ou ligeiro deterioro intelectual. Controla o quotidiano mas não satisfatoriamente os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental moderadamente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos definidos e/ou um moderado deterioro intelectual. Controla o quotidiano e é capaz de tomar decisões com senso comum, mas incapaz de lidar com os problemas graves da sua vida.
- Saúde mental fortemente insatisfatória.** Tem sintomas psiquiátricos graves e/ou um grave deterioro intelectual que interfere com os juízos e decisões do quotidiano.
- Saúde mental totalmente insatisfatória.** Manifestamente psicótico ou completamente deteriorado intelectualmente. Requer supervisão periódica ou constante devido ao seu comportamento claramente anormal ou potencialmente nocivo.



ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

90. Classifique o funcionamento físico actual do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o funcionamento actual do/a idoso/a. As perguntas de saúde física são as 37-55 e 86.

- Saúde física muito boa.** Ocupa-se de actividades físicas vigorosas regularmente ou pelo menos de vez em quando.
- Saúde física boa.** Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
- Saúde física ligeiramente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
- Saúde física moderadamente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
- Saúde física fortemente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida ou requerem amplo tratamento médico.
- Saúde física totalmente insatisfatória.** Acamado/a e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

91. Classifique o funcionamento actual das actividades da vida diária do/a idoso/a, avaliando-o na escala de seis pontos apresentada abaixo. Anote o número (só um) que melhor descreve o desempenho actual do/a idoso/a. As perguntas das actividades da vida diária são as 56-70.

- Capacidade para as AVD muito boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
- Capacidade para as AVD boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
- Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória.** Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para realizar uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
- Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória.** Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD, mas pode passar um dia sem ajuda;
ou
Requer ajuda regular para a preparação das refeições.
- Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória.** Necessita ajuda diária, mas não necessariamente o dia inteiro ou à noite, com muitas AVD.
- Capacidade para as AVD completamente insatisfatória.** Necessita ajuda durante todo o dia e/ou à noite para realizar as AVD.



38017





*Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra*

Pedro Lopes Ferreira
Professor Associado com Agregação

Email: pedrof@fe.uc.pt
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 9 de Julho de 2013

Ex.ma Senhora Dr^a.:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa do instrumento genérico de avaliação funcional multidimensional de em idosos OARS (*Older Americans Resources and Services*) no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Cópia da versão 6 do questionário é enviado em anexo.

Dados sobre o modelo OARS, a sua estrutura psicométrica, resultados da aplicação em dois estudos no país, assim como o sistema de pontuação OARS-PT podem ser encontrados na publicação:

- Ferreira Pedro Lopes, Rogério Rodrigues, Dália Nogueira. *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra, 2006.

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio electrónico

ANEXO 2

- **Pedido de autorização formal à SCMViseu**
- **Autorização para aplicação dos Questionários**



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Senhor
Provedor da
Santa Casa da Misericórdia de Viseu
Largo Major Teles, nº1
3500-212 VISEU

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA			
Ofício nº	140	Data:	02/02/2011
Processo:	70		

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Rosa Maria Marques do 1º Curso de Mestrado de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Avaliação Multidimensional dos Idosos Institucionalizados na Residência Rainha D. Leonor - Santa Casa da Misericórdia de Viseu". Este estudo surge no contexto da preocupação com a população idosa e com as suas necessidades específicas e tem por objectivos caracterizar a população com idade igual ou superior a 65 anos que se encontram institucionalizados na Residência Rainha D. Leonor - Santa Casa da Misericórdia de Viseu e avaliar o estado funcional em duas áreas (saúde mental e saúde física) dos idosos institucionalizados.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.^a autorização de recolha de dados/informação, mediante a aplicação de um instrumento de recolha de dados — Questionário OARS (questionário de avaliação multidimensional de idosos), junto da população de utentes da Residência Rainha D. Leonor.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que o professor Amadeu Gonçalves é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

Na costa indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um as

AG/NC

Assunto: pedido de autorização para questionario

De: Secretaria - SCMVISEU

Data: 23/03/2012 (10:00:13 WEST)

Para: rosa_marq@iol.pt

Bom dia Enf.ª Rosa Marques

Tendo em conta o mail enviado por V.Exa venho por este meio informar de que a Santa Casa da Misericórdia de Viseu esta recetiva na aplicação dos questionários na Residência Rainha Dona Leonor nos moldes definidos com a Dr.ª Glória.

Com os melhores cumprimentos

O PROVIDOR

António Magalhães Soeiro, Coronel