

**Avaliação multidimensional do idoso e estudo das consequências das doenças
neuro degenerativas nos idosos do concelho de Vinhais**

Marisa Alexandra dos Anjos Rodrigues

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
de grau de mestre em Cuidados Continuados

Bragança, 2017

**Avaliação multidimensional do idoso e estudo das consequências das doenças
neuro degenerativas nos idosos do concelho de Vinhais**

Marisa Alexandra dos Anjos Rodrigues

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
de grau de mestre em Cuidados Continuados

Orientador: Professor Doutor Fernando Pereira

Co-orientador: Professora Doutora Cristina Teixeira

Bragança, 2017

Resumo

Sendo a base da minha formação a área de saúde e ciências sociais, houve um interesse em trabalhar o fenómeno do envelhecimento e das doenças neurodegenerativas no meio rural nomeadamente no concelho de Vinhais. É através do estudo da saúde dos idosos que conseguimos saber e compreender o impacto das doenças no dia-a-dia de cada um ao nível dos recursos sociais, económicos, AVD's, físicos e utilização de serviços.

O presente estudo centra-se nos idosos do concelho de Vinhais e teve os seguintes objetivos: objetivo 1 - fazer a avaliação multidimensional dos idosos; objetivos 2 - estudar as consequências e dificuldades dos idosos com doenças degenerativas. O primeiro objetivo foi concretizado através de um estudo transversal, quantitativo, com recurso a um questionário que avalia o nível funcional em cinco áreas: saúde física e mental, situação económica, social e desempenho das atividades de vida diária; este instrumento permite identificar perfis de risco dos idosos relativamente aos aspetos avaliados. O segundo, qualitativo, foi concretizado através de uma entrevista presencial com os idosos e/ou cuidadores cujo idoso padecia de doença neuro degenerativa sobre as implicações da mesma no quotidiano. O estudo quantitativo abarcou uma amostra de 133 idosos, enquanto o qualitativo incidiu sobre 6 dos 8 idosos a quem foi diagnosticada aquela doença.

De uma maneira geral, os resultados vão em conformidade com os de outros estudos nomeadamente o estudo de Rodrigues et al (2014) (estudo de Coimbra), Sobral (2015) (estudo de Bragança) e Pereira et al (2016) (estudo de Alfundega da fé. Depois de uma análise aos perfis funcionais nas cinco dimensões do instrumento de avaliação multidimensional OARS, os recursos sociais são os que trazem mais incapacidade aos idosos. Na saúde física, a hipertensão, problemas cardíacos e diabetes são os mais frequentes e na saúde mental, a maioria dos idosos apresenta uma saúde psicológica funcional.

Relativamente ao impacto das dificuldades decorrentes da doença de Parkinson, a autonomia em casa é a principal dificuldade decorrente desta patologia. Com o avançar da idade e da doença, os idosos ficam cada vez mais débeis e com dificuldades na realização das AVD's. As principais dificuldades são a movimentação, higiene, preparação das refeições, realização de tarefas domésticas e alimentação. Nesse sentido,

e com o intuito de melhorar a capacidade funcional destes idosos foi desenvolvido um projeto intitulado de “Envelhecer com Autonomia”.

Palavras-chave: Avaliação Multidimensional; Funcionalidade; Saúde; Envelhecimento, doenças neurodegenerativas.

Abstract

This is the base of my formation in Social Sciences, it has na interesting in working the illness and in neurodegenerative diseases in the rural middle in the Vinhais municipality. That's a health study about elderlies that we my understand the impact of this diseases nowadays each level of the social resources, economics, activities of daily living, physics and services uses.

The present study is focused in the aged people of the Vinhais municipality and it has as objective to make an multidimensional evaluation and studied the consequences and difficulties of aged people with degeneratives diseases. My first objective was can with a transversal, quantitative and qualitative study, with resources to an questionnaire that evaluate the functional level with five areas: Physical disease and mental, economic situation, and social with an hold of activities of diary life; this instrument can identify several risks of aged people. The second was concretized with a presencial interview with elders (and/or caregivers) with degeneratives diseases about the same implications in the everyday life. The quantitative study has samples of 133 aged people and the qualitative has 6 in 8 aged people, that the disease was diagnosticated. In a general way, the results were according to the studies, specially the Rodrigues et al (2014) (Coimbra study), Sobral (2015) (study of Bragança) and Pereira et al (2016) (Alfândega da Fé study).

After an analyse of functional profile in the five dimensions as an instrument of an evaluation multidimensional OARS, the social resources, has the ones that has incapacity of aged people. In the physical disease, the hypertension, heart diseases, the diabetes has the most frequents in the mental health, the majority of the aged people has a functional and psychological health.

The impact of the difficulties of the Parkinson disease, the autonomy at home is the principal difficulty of this pathology. Wither the age of the disease, the aged people stay more and more weak and with the activities of daily living difficulties are the locomotion, hygiene, meals domestic tasks and feeding food. In this sense, the principal it was to improve the functional capacity of this aged people, and it was to develop a project: "Ageing with autonomy".

Key words: multidimensional evaluation of aged people, functional capacity, health, to get very old, neurodegenerative diseases

Siglas

APDR - Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson
APELA - Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica
AVC - Acidente Vascular Cerebral
AVD – Actividades de Vida Diária
ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica
DA - Doença de Alzheimer
DP - Doença de Parkinson
EM - Esclerose Múltipla
NMI - Neurónio Motor Inferior
NMS - Neurónio Motor Superior
OARS - Older Americans Resources and Services Program
PC – Paralisia Cerebral
PIF - Pontuação de Incapacidade Funcional
RAJ – Resíduo Ajustado
SPSS-V23 - Statistical Package for the Social Science/Versão 23
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Primários
ULSN - Unidade Local de Saúde do Nordeste

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 11 |
| 1 Parte – Enquadramento teórico | 13 |
| Capítulo 1 – Enquadramento teórico | 13 |
| 1.1 - Avaliação Multidimensional do idoso | 14 |
| 1.2 - Doenças neuro degenerativas..... | 16 |
| 1.3 - Necessidades do idoso e do cuidador | 27 |
| 2 Parte – Parte empírica | 28 |
| Capítulo 2 - Metodologia | 29 |
| 2.1 - Tipo de estudo..... | 29 |
| 2.2 - Questão de investigação, objetivos e hipóteses | 29 |
| 2.3 - População e amostra | 29 |
| 2.4 - Instrumento de recolha de dados..... | 30 |
| 2.5 - Operacionalização das variáveis e tratamento de dados | 31 |
| Capítulo 3 - Resultados..... | 33 |
| 3.1 - Caraterísticas demográficas da amostra..... | 33 |
| 3.2 - Recursos sociais | 33 |
| 3.3 - Recursos económicos..... | 34 |
| 3.4 - Saúde Mental | 35 |
| 3.5 - Saúde Física | 36 |
| 3.6 - AVD's..... | 38 |
| 3.7 - Utilização de serviços | 40 |
| 3.8 - Perfis funcionais dos idosos..... | 41 |
| 3.9 - Estudo das dificuldades na sua atividade diária decorrentes da doença de Parkinson..... | 44 |
| Capítulo 4 – Discussão de resultados..... | 47 |
| Capítulo 5 - Conclusões | 50 |

| | |
|---|----|
| 3 Parte – Projeto de intervenção | 51 |
| Capítulo 6 – Proposta de projeto de intervenção | 52 |
| Referências Bibliográficas | 59 |
| Anexos | 65 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 -Quadro de medicamentos usados para o controlo da doença de Parkins..... | 19 |
| Figura 2 - Quadro com os critérios de divisão da ELA | 20 |
| Figura 3 - Quadro com os critérios McDonald para diagnóstico ds EM | 24 |
| Figura 4 - Quadro com os critérios para o diagnóstico da doença de Alzheimer | 26 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1- Caraterização sociodemográfica por grupo etário e género | 33 |
| Tabela 2 - Caraterização da rede social de apoio..... | 34 |
| Tabela 3 - Recursos económicos..... | 35 |
| Tabela 4 - Saúde mental..... | 36 |
| Tabela 5 - Saúde física..... | 37 |
| Tabela 6 - Atividades instrumentais de vida diária..... | 39 |
| Tabela 7 - Atividades básicas de vida diária..... | 40 |
| Tabela 8 - Utilização de serviços | 41 |
| Tabela 9 - Perfis funcionais | 42 |
| Tabela 10 - Tipos de frequências dos perfis de funcionalidade OARS | 42 |
| Tabela 11 - Risco relativo de fragilidade de acordo com o género, estrato etário, agregado familiar do idoso e pessoa do seu cuidador..... | 43 |

Introdução

Na atualidade a população portuguesa está muito envelhecida. O índice de envelhecimento, no ano de 2015, era de 143,9 % (Pordata, 2015). O concelho de Vinhais também se encontra nesta situação, embora muito mais intensa, um índice de envelhecimento, em 2015, de 530,6% (Pordata, 2015) com muitos dos idosos a viverem em aldeias dispersas e despovoadas. Este concelho ocupa uma área de 694,68Km², para um total de 8357 residentes dispersos por 26 freguesias. Relativamente aos recursos sociais e de saúde, o concelho de Vinhais tem um centro de saúde, uma unidade de cuidados continuados (que está fechada) e uma unidade domiciliária de cuidados paliativos. Existe um lar na sede do concelho e mais 9 lares em 9 aldeias.

Neste cenário, há necessidade de fazer uma avaliação multidimensional da situação dos idosos, nomeadamente, ao nível dos recursos sociais, económicos, saúde física, mental, AVD's e utilização de serviços. A avaliação e consequente intervenção contribuem para a vida ativa e saudável do idoso, combatendo assim a dependência e a fragilidade. Com o intuito de verificar onde estão essas fragilidades, os perfis funcionais são importantes pois através deles conseguimos ver qual o nível mais afetado. Por outro lado, com o envelhecimento aparecem as demências com muita frequência e as doenças neuro degenerativas, nomeadamente o Parkinson e o Alzheimer, cada vez mais presentes na vida do idoso. Assim, o tema deste trabalho centra-se na avaliação multidimensional do idoso e no estudo das consequências das doenças neuro degenerativas nos idosos do concelho de vinhais.

Este estudo teve como objetivos principais: 1) avaliar o nível funcional dos idosos em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física, atividades de vida diária e utilização de serviços) nos idosos do concelho de Vinhais; 2) identificar a prevalência de doenças neuro-degenerativas nos idosos do concelho de vinhais e identificar o seu impacto no quotidiano de vida dos idosos e seus cuidadores. O trabalho de inquirição decorreu de forma direta com os idosos ou os seus cuidadores (na impossibilidade dos primeiros) entre junho e setembro de 2016.

O trabalho está dividido em três partes. A primeira faz referência ao enquadramento teórico onde são abordados aspetos relativos à avaliação multidimensional às doenças neurodegenerativas; na segunda parte são apresentados os objetivos do estudo e a metodologia e discutidos os resultados do estudo assim

como as consequentes conclusões do mesmo. Na terceira é apresentada uma proposta de projeto de intervenção para apoiar os idosos com doença de Parkinson e seus cuidadores.

1 Parte

Enquadramento teórico

Capítulo 1 – Enquadramento teórico

1.1 - Avaliação Multidimensional do idoso

De acordo com Sirena (2002, p. 33) “uma avaliação multidimensional para o cuidado do idoso é, primordialmente, o esforço sistemático de organizar o grande número de informações advindas do processo investigativo, com a intenção de manejar apropriadamente um paciente idoso com seus complexos e interativos problemas”. Com o passar dos anos e à medida que a idade avança, aumentam as limitações na vida do idoso. Existem outros estudos nomeadamente o de Santos et al (2010) que refere que uma grande parte dos idosos com mais de 65 anos requer alguma ajuda para realizar pelo menos uma atividade de rotina. Segundo Santos et al (2010, p. 129) “o declínio de funções físicas, cognitivas, afetivas e outras pode causar diversas doenças, as quais provocam mais despesas para a família e também para o estado, pois a maioria dos idosos recorre à rede pública de saúde”, ou seja, o envelhecimento com doenças trás problemas tanto para o idoso como para a família. A avaliação multidimensional é importante para determinar a capacidade que o idoso tem para realizar as suas atividades de vida diária (AVD's) a fim de analisar o seu grau de autonomia e independência.

Recursos sociais

A avaliação dos recursos sociais (família, amigos, vizinhos, cuidador) destina-se em saber a disponibilidade de ajuda (instrumental e emocional) aos idosos por parte de cuidadores informais (família, amigos, vizinhos) ou formais particularmente em caso de incapacidade ou doença. Com o passar da idade aumenta o aparecimento de patologias no idoso e de fragilidade levando ao aumento da dependência. Quando isto acontece é importante ter o apoio social que é definido por Gonçalves (2014, p. 13) como “um conceito multidimensional que se refere aos recursos materiais e psicológicos através dos quais as pessoas têm acesso através das suas redes sociais.” Este apoio social é essencial pois promove ajuda a fim de assegurar o bem-estar e qualidade de vida no idoso. O apoio social ao idoso é feito essencialmente pela família, vizinhos, amigos e pelas instituições privadas e públicas.

Recursos económicos

Os recursos económicos estão relacionados com os rendimentos e as necessidades do idoso. Com a chegada da idade da reforma, chegam também a

diminuição dos rendimentos e o aumento das despesas, consequência do agravamento da saúde.

De acordo com Rodrigues (2007, p. 58) “os idosos acumulam riqueza antes da reforma e gastam essa riqueza depois da reforma para financiar o consumo até ao resto da sua vida”. Outros autores consideram que, por vezes, os idosos gastam essas poupanças devido a uma situação inesperada, acidente ou viuvez.

Um problema que acontece nas áreas rurais é que os nossos idosos vivem com baixos rendimentos e sozinhos não tendo possibilidade de ir para um lar levando ao isolamento social e solidão acabando às vezes por morrer. Para os idosos, ter recursos económicos favoráveis é fundamental para a manutenção da sua saúde e bem-estar.

Saúde mental

De acordo com Rodrigues, Loureiro, Crespo & Silva (2014, p. 26) “a saúde mental pode ser definida como um estado de bem-estar em que o indivíduo tem percepção do seu próprio potencial, consegue lidar com o stress diário, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade”. Cerca de 20% de pessoas com mais de 60 anos tem algum problema neurológico ou de saúde mental e a saúde mental está relacionada com a idade, género, recursos económicos bem como a saúde física e a depressão é uma das doenças que mais afeta a população sénior o que leva a que esta não consiga realizar as suas AVD's de forma autónoma. (Rodrigues, Loureiro, Crespo & Silva, 2014)

Saúde física

Segundo Rodrigues, Azeredo, Mendes, Crespo & Silva (2016, p. 164) “a avaliação da saúde física da pessoa idosa implica o reconhecimento da coexistência de uma multiplicidade de fatores que acompanham o processo de envelhecimento e da possibilidade de interações entre estes”; estes autores assinalam que os idosos são quem apresenta mais incapacidade, tais como: a diminuição auditiva, visual, locomoção, as demências e a multimorbilidade, levando a que o idoso precise de cuidados ao longo do tempo e, por vezes, cuidados especializados. Estes autores mencionam ainda que as mulheres têm mais prevalência de doenças como a depressão, ansiedade e incontinência e os homens são mais suscetíveis a desenvolver diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca.

Atividades de vida diária

Entende-se por atividades de vida diária as atividades que o idoso realiza no seu dia-dia a fim de manter o autocuidado e a autonomia. De acordo com Rodrigues (2007, p. 99) “o processo de envelhecimento encontra-se estreitamente ligado ao conceito de capacidade funcional/autonomia funcional, sendo este último definido como a capacidade que uma pessoa tem para realizar as atividades necessárias que assegurem o seu bem-estar”. Ainda de acordo com este autor as demências são o grande problema por que passam os idosos pois tem impacto negativo na independência, funcionalidade bem como no desempenho das atividades do cotidiano, designadamente, na limpeza da casa, fazer compras, tratar das finanças, cuidados de higiene pessoais, vestir, despir e alimentar-se, tendo como consequência dessas dificuldades é o aumento da vulnerabilidade e dependência (Rodrigues, 2007).

Utilização de serviços

A utilização de serviços por parte dos idosos nomeadamente dos de saúde contribui para uma melhoria do seu bem-estar e qualidade de vida. De acordo com Rodrigues (2007, p. 114) “a saúde dos idosos e as suas necessidades de cuidados estão a tornar-se, na atualidade, um assunto de importância crescente, isto elevará as necessidades de cuidados de saúde e a consequente utilização de serviços”; esta utilização de serviços passa pela fisioterapia, reabilitação, saúde mental bem como da assistência social.

De acordo com Fernandes, Bertoldi, & Barros (2009, p. 1) “a utilização dos serviços, principalmente os da saúde é um procedimento complexo resultante de outros fatores, tais como: variações geográficas, socioeconómicas, necessidades individuais, qualidade de vida, nível de conhecimento sobre saúde, associados ao perfil de morbilidade são determinantes na utilização de serviços de saúde e em sua frequência.

1.2 - Doenças neuro degenerativas

As doenças neuro degenerativas são doenças em que progressivamente ocorre a destruição parcial ou total dos neurónios em que quando isso acontece e dependendo da doença, a pessoa perde as funções motoras, psicológicas e cognitivas. As doenças neurodegenerativas não têm cura e são muito debilitantes afetando pessoas de todas as idades (Fellipe, 2013), mas muito mais frequentes em idosos. Apesar de ainda não serem conhecidas as causas do seu aparecimento, são um grande problema

socioeconómico pelo sofrimento e custos inerentes. De entre os vários tipos de doenças podem-se destacar a doença de Alzheimer, a doença de Parkinson, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e a Esclerose Múltipla. Dado o seu carácter progressivo, o agravamento conduz a problemas motores acabando por ficar acamados ou numa cadeira de rodas, dificuldades respiratórias, problemas cognitivos e perda da memória. Tem um grande impacto na vida familiar, social e profissional nos cuidadores e seus familiares, pois têm de dedicar mais tempo aos seus doentes e cuidar deles. O cuidador principal, por vezes, tem de mudar o seu quotidiano, levando à necessidade de deixar de trabalhar e de fazer outras atividades pessoais, de que resulta sobrecarga e eventual desestruturação familiar.

Passamos a descrever sucintamente as principais doenças neuro degenerativas.

Paralisia cerebral

De acordo com Monteiro (2011, p. 28) “Paralisia Cerebral (PC) é um grupo de desordem permanente do desenvolvimento da postura e movimento, causando limitação em atividades, que são atribuídas a um distúrbio não progressivo que ocorre no desenvolvimento encefálico fetal ou na infância”. Esta patologia é caracterizada por aparecer cedo, tem alterações do movimento, postura e equilíbrio e pode ser secundária a uma lesão.

Para Leite & Prado (2004, p. 42) “O diagnóstico de PC usualmente envolve retardo ou atraso no desenvolvimento motor, persistência de reflexos primitivos, presença de reflexos anormais, e o fracasso do desenvolvimento dos reflexos protetores”. Outro autor considera que no diagnóstico inicial estão presentes alterações cognitivas, epilepsia, dificuldade em ver e ouvir, dificuldade no controlo de esfíncteres e distúrbios no sono (Monteiro, 2011).

Para Rotta (2002) as causas da PC podem ser perinatais (diminuição de oxigénio, alterações da circulação materna, tumores uterinos, nó no cordão umbilical idade da mãe, anomalias na placenta e no cordão, malformação do feto, duração do trabalho de parto, parto instrumental) e pós-natais (meningite e episódios convulsivos).

De acordo com Dantas, Pontes, Assis & Collet (2012, p. 74) a PC “geralmente é incurável, deixa sequelas, impõe limitações de funções ao indivíduo, envolve os desvios da fisiologia normal e requer treinamento especial para sua reabilitação”.

Relativamente ao tratamento com medicamentos, os mais utilizados são os anticonvulsivos, as benzodiazepinas e para o tratamento da espasticidade usa-se o baclofen ou o diazepam. Relativamente ao tratamento não farmacológico, os pacientes com PC são tratados por uma equipa multidisciplinar onde o fisioterapeuta tem um papel fundamental em que os seus tratamentos são feitos de acordo com o quadro clínico do doente. O programa de reabilitação tem como objetivo reduzir a incapacidade e melhorar a função através de alongamento dos músculos, exercícios de resistência, entre outros. O terapeuta ocupacional também é um elemento importante na reabilitação em que a sua intervenção está voltada para a independência na realização das tarefas diárias (Leite & Prado, 2004).

Doença de Parkinson

De acordo com Felipe (2013, p. 13) a doença de Parkinson (DP) “é uma síndrome clínica degenerativa e progressiva do sistema nervoso central, caracterizada pela perda dos neurónios dopaminérgicos da substância negra compacta, causando a redução dos níveis de dopamina do estriado”. No seu estudo, Silva, Mourao, & Gobbi, (2015, p. 249) referem que “A DP é uma doença crónica neuro degenerativa, caracterizada pela morte dos neurónios dopaminérgicos da substância negra parte compacta do mesencéfalo”. Estes autores mencionam ainda que os neurónios dopaminérgicos, de entre outros, são os responsáveis pelo controlo da atividade motora.

Esta patologia, normalmente afeta mais os homens do que as mulheres. É mais frequente nos países europeus do que nos países africanos e asiáticos. O seu início é por volta dos 60 anos, havendo também estudos que referem que a sua incidência aumenta com a idade e afeta 1 a 2% da população com mais de 65 anos. De acordo com Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson (2017) o início desta doença manifesta-se através de um tremor ligeiro numa mão ou numa perna em que pode aumentar nos momentos de maior tensão, melhorar quando o doente move a parte afetada ou desaparecer durante o sono. Quanto mais a doença progride maior é o tremor afetando também outras partes do corpo.

Um dos sintomas que afeta 80% dos doentes com esta patologia é a disfagia que consiste na dificuldade da deglutição resultando numa formação anormal do bolo alimentar. De acordo com Luchesi, Kitamura, & Mourão (2015, p. 25) “As alterações relacionadas com a disfagia têm uma influência direta sobre o estado nutricional e a

saúde dos pacientes e estão associadas com o aumento da morbidade e mortalidade”. É também importante referir que conhecendo a situação de disfagia implementam-se medidas que reduzem o risco de pneumonia por aspiração reduzindo o risco de morte (Luchesi, Kitamura, & Mourão, 2015).

Também Silva, Mourão & Gobbi (2015) no seu estudo mencionam alguns sintomas desta patologia destacando a lentidão no movimento, diminuição da amplitude do movimento, redução da intensidade vocal, alteração de entoação, redução da variação de frequência e alteração da postura. Outros autores como Coriolano et al (2014) referem a dor no membro afetado como um sintoma inicial. Também referenciam a rigidez, instabilidade postural, distúrbios do sono, formigueiro, frio e calor.

Como medidas de tratamento existe o tratamento farmacológico e o não farmacológico. Relativamente às medidas não farmacológicas, para o controlo da disfagia podem ser usadas novas formas na maneira como se administra o alimento ao paciente e na forma como este está posicionado e mudar o volume e a consistência dos alimentos. (Luchesi, Kitamura, & Mourão, 2015)

Os autores Gerszt, Baltar, & Oda (2014) no seu estudo referem outra medida não farmacológica sendo ela a terapia fonoaudiológica que consiste em prevenir, diagnosticar e tratar as alterações de linguagem oral e escrita, fala e audição. Esta medida ajuda o paciente a contornar as suas limitações determinadas pela doença contribuindo para o retardar da sua evolução. Estes autores também descrevem medidas farmacológicas que serão descritas no quadro abaixo

| Medicamento | Benefício esperado |
|--|---|
| Levodopa (libertação padrão) | Melhora os sintomas motores |
| Levodopa (libertação controlada) | O uso antes de dormir, em dose única é útil para melhorar incapacidade noturna e ao despertar. |
| Pergolida Bromocriptina Pramipexol | Melhora sintomática em fase inicial em pacientes sem tratamento prévio e em fase adiantada são eficazes no controle das complicações motoras. |
| Biperideno e Triexifenidil (Anticolinérgicos) | Redução do tremor, da rigidez e melhoria da marcha e da fala. Recomenda-se em pacientes mais jovens quando o tremor de repouso é o sintoma dominante. |

Fonte: Gerst, Baltar & Oda (2014)

Figura 1 – Quadro de medicamentos usados para o controlo da doença de Parkinson

Esclerose Lateral Amiotrófica

Entende-se por esclerose lateral amiotrófica (ELA) “uma doença neuro degenerativa caracterizada por uma paralisia muscular progressiva que reflete a degenerescência dos neurónios motores do córtex motor primário, tratos corticoespinhais, tronco encefálico e medula espinhal” (Godinho, 2013, p. 8), o que se traduz na deficiência dos mecanismos de contração dos músculos. O termo “Esclerose lateral” consiste num processo de adelgaçamento das vias descendentes devido à perda dos neurónios motores e o termo “amiotrófica” consiste numa atrofia muscular e fraqueza.

Esta patologia tem uma incidência de 1-3 casos por 100.000 habitantes/ano e uma prevalência de 3-7 casos por 100.000 habitantes. Normalmente manifesta-se entre os 55 e 65 anos de idade e afeta mais o sexo masculino. Desde o momento do diagnóstico, a sobrevida dos doentes é de 3 a 5 anos. Estudos evidenciam que as pessoas que têm um historial familiar com indícios de doenças neuro degenerativas têm uma sobrevida mais curta (Godinho, 2013).

De acordo com Godinho (2013) o diagnóstico da ELA é feito quando há a presença de: degeneração do neurónio motor inferior (NMI) por exame clínico, eletrofisiológico ou neuropatológico; degeneração do neurónio motor superior (NMS) por exame clínico, eletrofisiológico ou neuropatológico; progressão da síndrome motora dentro de uma região ou para outras regiões, determinado pela história clínica ou exame objetivo. Segundo Braga (2009) o diagnóstico requer também a ausência de: sinais sensitivos; distúrbios esfinterianos; distúrbios visuais; sinais autonômicos; disfunção nos gânglios da base; demência tipo Alzheimer

Segundo Bucheli et al (2012) o diagnóstico da ELA pode ser subdividido segundo o “revised el escorial criteria” em definitiva, clinicamente provável, clinicamente provável com evidência em laboratório e clinicamente possível (Quadro 2).

| | |
|---|---|
| ELA definitiva | Presença de sinais de disfunção do NMS e do NMI em pelo menos três regiões do corpo |
| ELA clinicamente provável | Disfunção do NMS e do NMI em pelo menos duas regiões do corpo |
| ELA clinicamente provável com evidência de laboratório | Sinais do MMS e MMI em uma região do corpo e evidência electromiográfica de deservação recente em 2 ou mais regiões |
| ELA clinicamente possível | Sinais do MMS e MMI em uma região do corpo |

Fonte: Bucheli et al (2012)

Figura 2 - Quadro com os critérios de divisão da ELA

Como qualquer outra patologia a ELA também tem fatores de risco. De acordo com Braga (2009, p. 34) “Os fatores de risco considerados inquestionáveis para a ELA são a idade, o sexo e a genética”. No entanto, esta autora considera que a ELA esporádica é desenvolvida por fatores ambientais sendo eles o exercício, o tabaco e a alimentação. Relativamente ao exercício, o excesso de exercício físico ou o desgaste podem ser fatores importantes. No que concerne ao tabaco, este é composto por substâncias neurotóxicas por isso o simples fato de fumar pode desenvolver a ELA. Por fim, alguns produtos que estão na base da nossa alimentação nomeadamente as gorduras são prejudiciais para o aparecimento desta patologia. Em contrapartida uma dieta em fibras pode colmatar o risco do seu surgimento.

Segundo Godinho (2013, p. 21) “os fatores genéticos têm cada vez mais importância na génese da doença do neurónio motor, apesar de na maioria das vezes ser indistinguível da forma esporádica. Foram descobertas diversas mutações com fenótipos semelhantes e outras bastante distintas. Mutações diferentes podem dar o mesmo quadro de ELA ”. O fato de ter antecedentes familiares com alguma doença degenerativa aumenta o risco de também poder vir a sofrer dessa doença. A dispneia (falta de ar) é um dos sintomas mais importantes no decorrer desta doença. Segundo Braga (2009, p. 46) “A falência respiratória é a causa de morte mais frequente dos pacientes com ELA. A disfunção muscular respiratória tem impacto sobre a sobrevivência e a qualidade de vida”.

De acordo Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (2017) os sintomas da ELA podem ser classificados em: medulares (ocorrem quando há uma atrofia dos músculos dos membros inferiores e superiores, ou seja, o doente tem dificuldade na marcha e tem enfraquecimento das mãos); bulbares (acontecem se o doente tem dificuldade em mastigar e em articular as palavras); axiais (quando os músculos do pescoço ficam fracos levando a que o doente tenha desequilíbrio durante a marcha e a necessidade de se encostar ao se sentar); e, por fim, os sintomas difusos (surtem quando há queixas em todo o corpo).

O tratamento para a ELA é baseado no controlo de sintomas através do uso de fármacos e da reabilitação, procurando-se mitigar ou recuperar na medida do possível o controle da contração muscular. O Riluzol (Rilutek) é o único fármaco atualmente aprovado no tratamento específico da doença que atrasa a sua progressão (Braga, 2009). A reabilitação é considerada primordial para a manutenção do trofismo

muscular e no desenvolvimento da capacidade de realizar movimentos em certas articulações com apropriada amplitude. A fisioterapia, hidrocinésiterapia e a terapia ocupacional são os mais exequíveis na reabilitação dos doentes com ELA. É importante ressaltar que todos os exercícios poderão ser executados desde que realizados em segurança e cargas moderadas, tendo sempre em atenção e a preocupação de não desencadear cansaço extremo, dispneia ou dor incluindo mialgias e câibras. A literatura menciona que alguns doentes optam pela realização de medicina alternativa e Terapêuticas Complementares tais como: acupuntura, magnetoterapia, medicina quântica, homeopatia, osteopatia, terapia sacro-craniana, entre outras acreditando na sua eficácia (Apela, 2017).

Distrofia muscular

A distrofia muscular é caracterizada por ser uma doença com caráter degenerativo, genético, progressivo e irreversível. Esta é a segunda doença geneticamente hereditária mais comum em todo o mundo (Guedes, 2012).

Existem mais de vinte tipos de distrofias musculares sendo que a que ocorre com maior frequência é muscular de Duchenne. De acordo com Fonseca, Machado, & Ferraz (2007, p. 110) a distrofia progressiva “Consiste em um distúrbio genético de caráter recessivo, ligado ao cromossoma X, produzido por uma mutação do gene que codifica a distrofia e que está localizado no braço curto do cromossoma X, na região Xp21”. Esta patologia ocorre maioritariamente em pessoas do sexo masculino e o seu diagnóstico é feito na maioria dos casos a partir de dados clínicos e da história familiar do paciente. As manifestações desta doença começam desde criança com dificuldade em manter o equilíbrio, dificuldade em andar, subir escadas, quedas e fraqueza dos membros inferiores. De acordo com Fonseca, Machado & Ferraz (2007, p. 112) outra manifestação desta patologia são “deformidades ortopédicas, que são devidas às posições viciosas em várias articulações”.

Relativamente ao tratamento farmacológico, Guedes (2012) refere os Glucocorticoides como o medicamento de primeira linha. Estes fármacos atuam sobretudo no aumento da força muscular.

Quanto ao tratamento não farmacológico, Daghetti, Frighetto, & Santos (2008) mencionam como principais tratamentos a Cinesioatividade, Órteses, Adaptações, recreação terapêutica, visita domiciliária e participação familiar. Relativamente a Cinesioatividade, este é um tratamento acompanhado pela Terapia Ocupacional e

consiste em melhorar a função motora e a capacidade respiratória através de atividades com bolas, jogos bem como atividades para adequar a função motora às AVD's. Quanto às ortóteses e adaptações, estas previnem as deformidades levando a pessoa a ter uma vida mais independente e melhorando a sua mobilidade. No que concerne a recreação terapêutica, esta consiste em fazer pinturas, colagens, desenhos, passeios e visitas com o intuito de melhorar o estado emocional e promovendo a socialização. Por fim, as visitas domiciliares e participação familiar são muito importantes pois o contacto da família/paciente com o terapeuta permite a orientação de questões relativas a esta doença. Todas estas medidas procuram mitigar os efeitos nefastos do enfraquecimento muscular na locomoção, no manuseio de objetos e no comprometimento da musculatura respiratória e cardíaca.

Esclerose múltipla

De acordo com Soares (2002, p. 25), a Esclerose Múltipla (EM) “é uma doença crónica, inflamatória e progressiva do Sistema Nervoso Central, com implicações de natureza física, psicológica e social”. Esta é uma das doenças neurológicas mais frequentes do mundo que aparece com mais frequência do adulto jovem entre os 20 e os 40 anos. Relativamente ao grupo etário, as mulheres tem mais probabilidade de contrair esta doença que os homens. Em Portugal, a prevalência de EM é de cerca de 50/ 100.000 habitantes.

De acordo com Tomaz, Borges, Ganança, Alberto & Tilbery (2005, p. 838) a EM “é uma doença por vezes otoneurológica, porque alguns pacientes apresentam os primeiros sinais desta afeção na esfera da audição e do equilíbrio corporal”; um dos sintomas que ocorre com mais frequência é o desequilíbrio. Também é frequente aparecerem vertigens aquando de movimentos bruscos com a cabeça. Outros exemplos de sintomas são: alterações sensitivas, visuais, fala, motoras, psicológicas, ansiedade e depressão

De acordo com Azevedo (2015, p. 26) o diagnóstico da EM “tem por base critérios clínicos e paraclínicos; relativamente aos primeiros, estes tem a ver com os sintomas descritos pelo doente; quanto aos segundos, estes dizem respeito aos exames de diagnóstico em que o mais utilizado é a ressonância magnética. Os critérios de McDonald são dos mais utilizados e estão apresentados no quadro 3.

De acordo com Décio & Valdete (2014, p. 87) “O tratamento dos portadores de esclerose múltipla com imunomoduladores e com imunossuppressores mudou o

curso da doença nos últimos anos”; os fármacos de primeira linha para o tratamento desta patologia são o *interferon beta* e o acetato de *glatiramer*; nos últimos anos, estudos demonstram a ação das *estatinas* nos doentes com EM em que para além de reduzirem os níveis de colesterol também diminuem as lesões visualizadas por ressonância magnética.

| Apresentação Clínica | Dados adicionais necessários para o diagnóstico de EM |
|--|---|
| 2 ou mais sintomas; evidência clínica objetiva de 2 ou mais lesões ou evidência clínica objetiva de 1 lesão com evidência histórica razoável de um surto prévio | Nenhum |
| 2 ou mais sintomas; evidência clínica objetiva de 1 lesão | Disseminação no espaço, demonstrada por: uma ou mais lesões T2 (lesões medulares da substância branca) em, pelo menos 2 de 4 regiões típicas; ou aguardar um segundo surto clínico, envolvendo um sítio diferente do sistema nervoso central |
| 1 sintoma, evidência clínica objetiva de 2 ou mais lesões | Disseminação no tempo, demonstrada por: presença simultânea de lesões que realcem e não realcem após gadolínio (contraste) em qualquer tempo; nova lesão T2 ou com realce por gadolínio numa ressonância de acompanhamento, independentemente da distância temporal entre essa e a ressonância basal; ou aguardar um segundo surto clínico |
| 1 Surto; evidência clínica objetiva de 1 lesão. | Disseminação no espaço e no tempo demonstrada por: a) Uma ou mais lesões T2 em, pelo menos, 2 de 4 regiões típicas ou aguardar um novo surto clínico, envolvendo sítio diferente do Sistema Nervoso central b) Presença simultânea de lesões que realcem e não realcem após gadolínio em qualquer tempo; ou nova lesão T2 ou com realce por gadolínio em uma ressonância de acompanhamento independentemente da distância temporal entre essa e a ressonância basal; ou aguardar novo surto clínico |

Fonte: Polman et al (2011)

Figura 3 - Quadro com os critérios de McDonald para diagnóstico da EM

Para além do tratamento através de fármacos, existe também o tratamento através da fisioterapia e aqui, o fisioterapeuta tem um papel fundamental na melhoria da movimentação física e na melhoria da qualidade de vida; inicialmente, o fisioterapeuta faz exercícios com pausas de recuperação maiores para evitar complicações secundárias, depois passa a exercícios mais intensos mas que não ocorra fadiga nem aumento de temperatura corporal (Silva & Nascimento, 2014).

Alzheimer

De acordo com Nunes (2013, p. 236) entende-se por Alzheimer a “perda de funções mentais, geralmente a partir da meia-idade ou ao longo da idade avançada, deixando os doentes cada vez mais dependentes e por fim completamente alheados do

mundo”; a doença de Alzheimer é progressiva e degenerativa e, atualmente, irreversível; é a responsável pela maior parte dos casos de demência e a sua incidência global e a prevalência tem vindo a aumentar com o passar dos anos.

Segundo Santana, Farinha, Freitas, Rodrigues, & Carvalho (2015) a doença de Alzheimer (DA) é a mais prevalente, sendo responsável por 50 a 70% dos casos de doenças neurodegenerativas. No ano de 2012 as estimativas apontam para 7,7/1000 pessoas por ano. Quanto à prevalência, esta está acima dos 60 anos de idade e varia entre os 5-7%. A literatura evidencia que os números aumentem a cada 20 anos.

Numa primeira fase da doença, o doente começa por ter falhas de memória ou dificuldade em encontrar palavras ou nomes que normalmente usa no quotidiano. Estes sintomas vão-se agravando com o decorrer do tempo e à medida que as células do cérebro vão morrendo (Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, 2017).

De acordo com Bremenkamp et al (2014, p. 764) “os distúrbios neuropsiquiátricos são apontados como o maior problema dos pacientes com demência. Estão associados ao maior grau de comprometimento cognitivo e à rápida progressão da doença, diminuindo a qualidade de vida do paciente (aumentando a morbilidade)”. Neste estudo, os autores apresentam como sintomas neuropsiquiátricos que ocorrem com mais frequência a apatia, comportamento motor anormal, ansiedade e depressão. Outros estudos apresentam como sintomas desta patologia a perda do entusiasmo na realização de atividades, discurso vazio, demora na realização de atividades de rotina, esquecer-se de lugares ou pessoas, e incapacidade de compreensão.

De acordo com Frota et al (2011, p. 6) “os critérios para diagnóstico de demência do DSM-IV exigem o comprometimento de memória, porém, diversas doenças que cursam com declínio cognitivo e perda funcional podem não apresentar comprometimento de memória em suas fases iniciais”. No quadro 4 apresenta-se os critérios de diagnóstico desta doença presentes no estudo destes autores que estão divididos em doença de alzheimer provável, possível e definida.

De acordo com a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer (2017), existem dois tipos de doença de Alzheimer: a esporádica e a familiar. Relativamente à esporádica, afeta adultos de qualquer idade e é a forma mais comum e os doentes podem ou não ter antecedentes familiares. Quanto à familiar, esta

é a forma menos comum e é transmitida de geração em geração ou seja se o pai tem, o filho tem 50% de possibilidade de ter.

| Demência da doença de Alzheimer provável |
|--|
| 1.1. Início insidioso (meses ou anos) |
| 1.2. História clara ou observação de piora cognitiva |
| 1.3. Défices cognitivos iniciais e mais proeminentes em uma das seguintes categorias: <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação amnésica (deve haver outro domínio afetado) • Apresentação não-amnésica (deve haver outro domínio afetado): Linguagem (lembranças de palavras); Visual-espacial (incapacidade para reconhecer objetos ou símbolos e incapacidade de compreender sinais escritos ou impressos); Funções executivas (alteração do raciocínio, julgamento e solução de problemas). |
| 1.4. Tomografia ou, preferencialmente, ressonância magnética do crânio deve ser realizada para excluir outras possibilidades diagnósticas ou comorbidades, principalmente a doença vascular cerebral. |
| 1.5. O diagnóstico de demência da DA provável não deve ser aplicado quando houver: <ul style="list-style-type: none"> • Evidência de doença cerebrovascular importante definida por história de AVC temporalmente relacionada ao início ou piora do comprometimento cognitivo; ou presença de infartos múltiplos ou extensos; ou lesões acentuadas na substância branca evidenciadas por exames de neuro imagem; ou • Características centrais de demência com corpos de Lewy (alucinações visuais, parkinsonismo e flutuação cognitiva); ou • Características proeminentes da variante comportamental da demência frontotemporal (hiperoralidade, hipersexualidade, perseveração); ou • Características proeminentes de afasia progressiva primária manifestando-se como a variante semântica (também chamada demência semântica, com discurso fluente, anomia e dificuldades de memória semântica) ou como a variante não-fluente, com agramatismo importante; ou • Evidência de outra doença concomitante e ativa, neurológica ou não-neurológica, ou de uso de medicação que pode ter efeito substancial sobre a cognição |
| Demência da doença de Alzheimer possível |
| 2.1. Curso atípico: início abrupto e/ou padrão evolutivo distinto daquele observado usualmente, isto é lentamente progressivo. |
| 2.2. Apresentação mista: tem evidência de outras etiologias conforme detalhado no item 4 dos critérios de demência da DA provável (doença cerebrovascular concomitante; características de demência com corpos de Lewy; outra doença neurológica ou uma comorbidade não neurológica ou uso de medicação as quais possam ter efeito substancial sobre a cognição). |
| 2.3. Detalhes de história insuficientes sobre instalação e evolução da doença. |
| Demência da doença de Alzheimer definida |
| Preenche critérios clínicos e cognitivos para demência da DA e exame neuropatológico demonstra a presença de patologia da DA |

Fonte: Frota et al (2011)

Figura 4 – Quadro com os critérios para o diagnóstico da doença de Alzheimer

De acordo com Pereira (2013, p.19) “o tratamento atualmente disponível para a Doença de Alzheimer é sintomático. Este é capaz de, pelo menos transitoriamente, melhorar alguns aspectos cognitivos e funcionais e reduzir alguns sintomas neuropsiquiátricos fazendo com que o paciente e os seus membros mais próximos sofram menos com a doença”. Nesse sentido, o tratamento visa aliviar os sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos bem como retardar a doença.

Relativamente ao tratamento farmacológico, os fármacos de primeira linha são *Donepezilo* (ajuda a retardar o avanço da doença e promove um melhor desempenho cognitivo nos doentes), *Rivastigmina* (importante para o funcionamento da memória, aprendizagem e orientação) e *Galantamina* (usada para falhas cognitivas leves). Quanto ao tratamento não farmacológico, o treino e a estimulação cognitiva contribuem para uma melhoria. Outras medidas importantes são as atividades de exercício, terapia com animais e musicoterapia (Pereira, 2013).

1.3 - Necessidades do idoso e do cuidador

De acordo com Braga (2009) as necessidades do idoso doente, além de manter o controlo sintomático, são as necessidades de suporte, nomeadamente: presença de acompanhamento médico regular desde o diagnóstico; presença de suporte familiar; cuidador identificado e capacitado; compreensão por parte da família da sua situação clínica; ter recursos sociais e financeiros para poder estar no domicílio; apoio domiciliário; reabilitação; ensino ao doente.

De acordo com França (2010) as principais necessidades do cuidador (cuidador informal, que na maioria das vezes é familiar) são as seguintes: necessidades de ajudas técnicas e de ajudas práticas; necessidades de apoio financeiro, necessidade ter alguém com quem possa falar das suas experiências, dificuldades, medos e preocupações acerca do ato de cuidar da pessoa com demência; necessidades de tempo livre, o cuidador ao estar focado no doente acaba por não ter tempo livre nenhum para si e para as suas tarefas e responsabilidades e, por fim, a necessidade de informação e formação deve-se ao fato de nenhum doente ser igual e cada um tem as suas características.

2 Parte

Parte empírica

Capítulo 2 - Metodologia

2.1 - Tipo de estudo

O presente estudo é transversal, e inclui metodologias quantitativas e qualitativas. A metodologia quantitativa (usada na avaliação multidimensional) é importante para descrever as características da população no que diz respeito às variáveis e seus padrões de distribuição, neste caso os fatores de funcionalidade dos idosos; descreve as características de uma situação e testa as hipóteses levantadas relativamente a um problema. A metodologia qualitativa (entrevista aberta, com guião de entrevista) foi aplicada aos idosos estudados com doença de Parkinson, procurando saber de forma mais profunda as implicações da doença no quotidiano do idoso doente e do cuidador.

2.2 - Questão de investigação, objetivos e hipóteses

A formulação do problema é feita através das seguintes questões de investigação: Qual o grau de fragilidade dos idosos do concelho de Vinhais e quais as consequências e dificuldades dos idosos com doenças neuro degenerativas? Para responder a estas questões de investigação foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar o nível de fragilidade dos idosos em seis áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física, atividades de vida diária e utilização de serviços) nos idosos do concelho de Vinhais;
- Identificar as consequências e dificuldades das doenças neuro-degenerativas no quotidiano de vida dos idosos.

E foram formuladas as seguintes hipóteses:

- A fragilidade dos idosos é dependente do género e grupo etário do idoso.
- A fragilidade dos idosos depende de fatores de natureza socioeconómica e familiar do idoso

2.3 - População e amostra

Foi definida como população para este estudo os utentes da UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Primários) -Vinhais com mais de 65 ou mais anos de idade. A listagem, cumpridas as autorizações necessárias (Comissão Nacional de Proteção de Dados e Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Ver anexos 1 e 2) foi obtida junto da unidade de saúde referida. Num total de 2672 utentes foram selecionados, aleatoriamente (geração de números aleatórios em computador), 133,

correspondendo a 5% da amostra, estratificada e ponderada por género e estrato etário (65-74; 75-84 e +85). Quando, por algum motivo, não era possível realizar a entrevista com um idoso selecionado, o mesmo era substituído pelo idoso da listagem imediatamente seguinte com as mesmas características de género e idade.

2.4 - Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados usado foi a versão portuguesa do questionário OARS (Anexo 3), validada para a população portuguesa por Manuel & Rodrigues (2008). A recolha de dados decorreu no período de junho de 2016 a setembro de 2016. A recolha de dados foi feita pela mestranda no domicílio dos idosos. A cada idoso foi explicado o objetivo e finalidade do estudo e pedido o seu consentimento informado (anexo 4) com a garantia da confidencialidade e anonimato dos dados.

O questionário OARS é composto por 91 questões sendo que 72 se aplicam ao idoso e as restantes ao entrevistador. As 72 questões aplicadas aos idosos estão divididas em 6 grupos sendo eles: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física, AVD'S e utilização de serviços. As perguntas 87 a 91 permitem que o inquiridor avalie a situação do idoso (pontuação de incapacidade funcional – PIF) em relação às cinco componentes da avaliação multidimensional, através de uma escala de 1 até 6 pontos, em que 1 corresponde à situação mais satisfatória e o 6 à situação completamente insatisfatória. É com base nesta classificação que se constroem os 32 perfis funcionais, que correspondem a 32 combinações possíveis das cinco dimensões da escala, conforme figura do anexo 6. É importante referir que, no presente estudo, relativamente à PIF, tal como o estudo de Sobral (2015), estabeleceu-se como ponto de corte da fragilidade satisfatória e não satisfatória (em que foi criada a tabela 9) entre os níveis 3 e 4 da escala PIF, ao contrário do estudo de Rodrigues et al (2014) em que foram adotados os níveis 4 e 5. Ou seja, o grau de exigência em termos de satisfação com a fragilidade é maior que no estudo original. Optou-se por esta via pois, de uma forma geral os idosos do nosso estudo tens níveis de fragilidade mais favoráveis e considerando que, os próprios autores da escala sugerem que a mesma possa ser adequada ao contexto de estudo.

A componente qualitativa da investigação (estudo do impacto das doenças neurodegenerativas na vida do idoso e seus cuidadores) foi obtida através de uma entrevista presencial com guião (ver anexo 5). O guião foi de elaboração própria

baseado em questionários já desenvolvidos para o efeito designadamente o de Franchignoni, Giordano, Ferreiro, Guglielmi, & Picco (2008).

O inquérito quantitativo, aplicado de uma vez só, demorou, em média, cerca de 45 minutos. A entrevista qualitativa demorou, em média, cerca de 60 minutos, tendo-se realizado para o efeito uma segunda visita em data posterior à do inquérito.

Os inquéritos foram na sua maioria aplicados aos idosos, exceto em sete casos que foram aplicados aos cuidadores, devido a incapacidade da parte do idoso. Na entrevista duas das seis foram feitas com os cuidadores pela mesma razão. Todos os inquéritos e entrevistas foram preenchidos pelo investigador.

2.5 - Operacionalização das variáveis e tratamento de dados

No que se refere à operacionalização das variáveis definimos da forma seguinte:
Variáveis independentes: Género (masculino/feminino); estrato etário (65-74 jovens idosos; 75-84; grupo intermédio; mais de 85 muito idosos); Estado civil (solteiro/viúvo/divorciado/separado; casado/união de facto); habilitações literárias (sem instrução/ensino básico/secundário, médio ou superior). As variáveis dependentes são: cinco dimensões da escala multidimensional (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física, atividades de vida diária e utilização dos serviços) e ainda a variável geral denominada fragilidade dos idosos.

A variável dependente usada na regressão logística binária (Tabela 10) foi construída conforme o idoso apresentava ou não qualquer tipo de fragilidade em relação às cinco dimensões da escala multidimensional, ou seja: sem fragilidade/com fragilidade).

Quanto ao tratamento dos dados quantitativos foi efetuado com o recurso ao programa informático SPSS_V23 (*Statistical Package for the Social Science/Versão 23*). A associação entre variáveis foi estudada através do teste do qui-quadrado, recorrendo à correção de Monte-Carlo e ao teste exato de Fisher quando a distribuição da amostra assim o obriga, ou seja, quando mais de 20% das células apresentam valores esperados inferiores a 5.

No estudo de análise multivariada usamos um modelo de regressão logística. fixamos o variáveis género e estrato etário (para ir de encontro aos objetivos específicos do estudo e porque, segundo a literatura, são variáveis sempre relevantes); fixamos ainda as variáveis “Vive com” (sozinho versus acompanhado) e a variável “Cuidadores” (Cônjuge versos Outros).

O tratamento dos dados qualitativos foi efetuado procedendo-se à análise manual de conteúdo das respostas, identificando os diferentes sentidos de resposta relativos a cada questão.

Capítulo 3 - Resultados

Optou-se por apresentar os dados de forma estratificada por género e grupo etário, dado que estudos precedentes relevam a importância destas duas variáveis e também tendo em vista a operacionalização da intervenção.

3.1 - Características demográficas da amostra

Na Tabela 1 estão apresentadas as características gerais dos idosos da amostra. Constata-se que há associação, com significado estatístico, entre o estado civil e o grupo etário e entre o estado civil e o género ($p=0,003$ e $p<0,001$, respetivamente), com maior proporção de indivíduos sem companheiro no grupo mais idoso e no género feminino. Associações significativas foram também observadas entre as habilitações literárias e o grupo etário e entre as habilitações literárias e o género ($p=0,005$ e $p=0,003$, respetivamente) com maior proporção de indivíduos sem instrução no grupo mais idosos e nas mulheres.

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica por grupo etário e género

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | |
|---|--------------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|----|-------|-------|-------|--------------------|--------|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | | | Grupo etário | Género |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Amostra por grupo etário e género | 52 | 39,1 | 54 | 40,6 | 27 | 20,3 | 54 | 40,6 | 79 | 59,4 | 133 | 100,0 | | |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | | | |
| Solteiro/viúvo/divorciado/separado | 8 | 15,4 | 16 | 29,6 | 14 | 51,9 | 7 | 13,0 | 31 | 39,2 | 38 | 28,6 | 0,003 | 0,001 |
| Casado/união de facto | 44 | 84,6 | 38 | 70,4 | 13 | 48,1 | 47 | 87,0 | 48 | 60,8 | 95 | 71,4 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Habilitações literárias | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem instrução | 4 | 7,7 | 16 | 29,6 | 10 | 37,0 | 5 | 9,3 | 25 | 31,6 | 30 | 22,6 | 0,005* | 0,003* |
| Ensino básico | 46 | 88,5 | 38 | 70,4 | 17 | 63,0 | 49 | 90,7 | 52 | 65,8 | 101 | 75,9 | | |
| Secundário/médio/superior | 2 | 3,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,5 | 2 | 1,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |

*Correção de Monte Carlo; **Teste de Fisher

3.2 - Recursos sociais

Relativamente aos recursos sociais (tabela 2) podemos afirmar que a maioria dos idosos (97%) tem alguém em quem confiar. Uma pequena percentagem dos idosos do grupo etário intermédio sente-se sozinho muitas vezes (22,2%) e alguns dos muito idosos sentem-se sozinhos algumas vezes (22,2%), sendo estas percentagens superiores nas mulheres. No que diz respeito ao cuidador apenas 8,3% menciona ser o cônjuge e os restantes dizem ser outros (filhos, irmãos, sobrinhos). Todavia, não se encontram diferenças com significado estatístico ($p < 0,005$) exceto no caso da pessoa do cuidador em que há uma tendência para os muito idosos serem cuidados pelo

cônjuge enquanto os idosos do grupo intermedio, são, tendencialmente, cuidados por outros (filhos sobretudo) ($p= 0,026$). Importa realçar que mais de 86% dos idosos tem alguém que os cuide em caso de doença ou incapacidade.

Tabela 2 - Caraterização da rede social de apoio

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | |
|--|--------------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|----|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | | | Grupo etário | Género |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Tem alguém em quem possa confiar? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 49 | 94,2 | 53 | 98,1 | 27 | 100,0 | 52 | 96,3 | 77 | 97,0 | 129 | 97,0 | 0,358* | 1,000** |
| Não | 3 | 5,8 | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 2 | 3,7 | 2 | 3,0 | 4 | 3,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Sente-se sozinho? | | | | | | | | | | | | | | |
| Muitas vezes | 7 | 13,5 | 12 | 22,2 | 3 | 11,1 | 4 | 7,4 | 18 | 22,8 | 22 | 16,5 | 0,346* | 0,009 |
| Algumas vezes | 6 | 11,5 | 5 | 9,3 | 6 | 22,2 | 4 | 7,4 | 13 | 16,5 | 17 | 12,8 | | |
| Quase nunca | 39 | 75,0 | 37 | 68,5 | 18 | 66,7 | 46 | 85,2 | 48 | 60,8 | 94 | 70,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Vê os familiares e amigos tantas vezes quantas as gostaria? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 41 | 78,8 | 46 | 85,2 | 20 | 74,1 | 45 | 83,3 | 62 | 78,5 | 107 | 80,5 | 0,460 | 0,488 |
| Não | 11 | 21,2 | 8 | 14,8 | 7 | 25,9 | 9 | 16,7 | 17 | 21,5 | 26 | 19,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Há alguém que possa ajudá-lo em caso de doença ou incapacidade? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 42 | 84,0 | 45 | 84,9 | 26 | 96,3 | 45 | 86,5 | 68 | 87,2 | 113 | 86,9 | 0,265 | 0,915 |
| Não | 8 | 16,0 | 8 | 15,1 | 1 | 3,7 | 7 | 13,5 | 10 | 12,8 | 17 | 13,1 | | |
| Total | 50 | 100,0 | 53 | 100,0 | 27 | 100,0 | 52 | 100,0 | 78 | 100,0 | 130 | 100,0 | | |
| Há sempre alguém que possa cuidar de si? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre que necessário | 38 | 92,7 | 45 | 100,0 | 25 | 100,0 | 43 | 97,7 | 65 | 97,0 | 108 | 97,3 | 0,056* | 1,000** |
| Por pouco tempo | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | | |
| Às vezes | 3 | 7,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 2,3 | 2 | 3,0 | 3 | 2,7 | | |
| Total | 41 | 100,0 | 45 | 100,0 | 25 | 100,0 | 44 | 100,0 | 67 | 100,0 | 111 | 100,0 | | |
| Quem são essas pessoas que o cuidam? | | | | | | | | | | | | | | |
| Cônjuge | 5 | 9,6 | 1 | 1,9 | 5 | 18,5 | 7 | 13,0 | 4 | 5,1 | 11 | 8,3 | 0,026* | 0,120** |
| Outros | 47 | 90,4 | 53 | 98,1 | 22 | 81,5 | 47 | 87,0 | 75 | 94,9 | 122 | 91,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |

* Correção de Monte Carlo; ** Teste de Fisher

3.3 - Recursos económicos

No que diz respeito aos recursos económicos (Tabela 3). Praticamente 92% dos idosos são proprietários da casa onde habitam, sendo que se verificam diferenças com significado estatístico relativamente à faixa etária ($p < 0,001$) e género ($p=0,028$) em que a proporção de proprietários é menor no grupo etário mais idoso e nas no género feminino. Quanto aos rendimentos, 50% da população total refere serem suficientes para uma situação inesperada. O grupo etário dos idosos e muito idosos diz que os rendimentos apenas chegam para os gastos (46,3% e 42,3% respetivamente). A maioria da população revela não necessitar de ajudas económicas e paga a sua alimentação.

Tabela 3 - Recursos económicos

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | |
|--|--------------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|--------------|------------|--------------|--------------------|---------|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | | | Grupo etário | Género |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Proprietário da casa onde habita? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 51 | 98,1 | 54 | 100,0 | 17 | 63,0 | 53 | 98,1 | 69 | 87,3 | 122 | 91,7 | <0,001* | 0,028** |
| Não | 1,0 | 1,9 | 0,0 | 0,0 | 10 | 37,0 | 1 | 1,9 | 10 | 12,7 | 11 | 8,3 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Recursos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 38 | 73,1 | 42 | 77,8 | 19 | 73,1 | 44 | 81,5 | 55 | 70,5 | 99 | 75,0 | 0,829 | 0,152 |
| Não | 14 | 26,9 | 12 | 22,2 | 7 | 26,9 | 10 | 18,5 | 23 | 29,5 | 33 | 25,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 26 | 100,0 | 54 | 100,0 | 78 | 100,0 | 132 | 100,0 | | |
| Os seus rendimentos são suficientes? | | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 6 | 11,5 | 4 | 7,4 | 4 | 15,4 | 6 | 11,1 | 8 | 10,3 | 14 | 10,6 | 0,422 | 0,067 |
| Sim, para os gastos | 16 | 30,8 | 25 | 46,3 | 11 | 42,3 | 15 | 27,8 | 37 | 47,4 | 52 | 39,4 | | |
| Sim | 30 | 57,7 | 25 | 46,3 | 11 | 42,3 | 33 | 61,1 | 33 | 42,3 | 66 | 50,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 26 | 100,0 | 54 | 100,0 | 78 | 100,0 | 132 | 100,0 | | |
| Necessita de ajuda económica? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 5 | 9,6 | 5 | 9,3 | 5 | 18,5 | 5 | 9,3 | 10 | 12,7 | 15 | 11,3 | 0,411 | 0,543 |
| Não | 47 | 90,4 | 49 | 90,7 | 22 | 81,5 | 49 | 90,7 | 69 | 87,3 | 118 | 88,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 25 | 92,6 | 54 | 100,0 | 77 | 97,5 | 131 | 98,5 | 0,281* | 0,524** |
| Não | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 7,4 | 0 | 0,0 | 2 | 2,5 | 2 | 1,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |

*Correção de Monte Carlo; **Teste de Fisher

3.4 - Saúde Mental

No que concerne à saúde mental dos idosos os principais indicadores estão sumariados na tabela 4. O grupo dos jovens idosos e idosos sempre ou quase sempre ficam preocupados (96,2% e 94,4% respetivamente) tendo esta tendência significado estatístico ($p < 0,001$). No que concerne à satisfação com a vida são os jovens idosos que tendencialmente dizem ter uma vida mais interessante ($p=0,039$). Nos sintomas psiquiátricos, medida pela escala SPES¹, a saúde psicológica funcional é a que predomina em todos os grupos etários mas tendencialmente são os homens que apresentam melhor indicador de saúde psicológica funcional ($p=0,002$). Tanto o género masculino como o feminino, na maioria das vezes classifica o seu estado mental como bom (61,1% e 47,4 % respetivamente). O indicador muito bom e bom está associado aos homens e o indicador razoável e mau está associado ao género feminino tendo esta tendência significado estatístico ($p=0,001$). Comparado à cinco anos, o indicador igual esta associado aos homens e o indicador melhor e pior esta associado às mulheres havendo significado estatístico ($p = 0,008$).

¹ Que tem como pontos de corte os seguintes: 0 a 3 - Saúde psicológica funcional; 4 a 5 - Possibilidade ligeira de psicopatologia; 6 a 10 - Psicopatologia; 11 a 15 - Psicopatologia severa.

Tabela 4 - Saúde mental

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | |
|--|--------------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|----|-------|-------|-------|--------------------|--------|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | n | % | Grupo etário | Género |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Com que frequência fica preocupado? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sempre/Quase sempre | 50 | 96,2 | 51 | 94,4 | 15 | 55,6 | 49 | 90,7 | 67 | 84,8 | 116 | 87,2 | <0,001* | 0,624* |
| Algumas vezes | 2 | 3,8 | 1 | 1,9 | 6 | 22,2 | 3 | 5,6 | 6 | 7,6 | 9 | 6,8 | | |
| Nunca/Quase nunca | 0 | 0,0 | 2 | 3,7 | 6 | 22,2 | 2 | 3,7 | 6 | 7,6 | 8 | 6,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Em geral, como acha a sua vida? | | | | | | | | | | | | | | |
| Interessante | 26 | 51,0 | 23 | 43,4 | 4 | 14,8 | 27 | 50,9 | 26 | 33,3 | 53 | 40,5 | 0,039* | 0,101 |
| Monótona | 22 | 43,1 | 27 | 50,9 | 20 | 74,1 | 24 | 45,3 | 45 | 57,7 | 69 | 52,7 | | |
| Aborrecida | 3 | 5,9 | 3 | 5,7 | 3 | 11,1 | 2 | 3,8 | 7 | 9,0 | 9 | 6,9 | | |
| Total | 51 | 100,0 | 53 | 100,0 | 27 | 100,0 | 53 | 100,0 | 78 | 100,0 | 131 | 100,0 | | |
| Como descreveria em geral a sua satisfação com a vida? | | | | | | | | | | | | | | |
| Boa | 23 | 44,2 | 22 | 40,7 | 7 | 25,9 | 26 | 48,1 | 26 | 32,9 | 52 | 39,1 | 0,558* | 0,165* |
| Regular | 27 | 51,9 | 29 | 53,7 | 19 | 70,4 | 25 | 46,3 | 50 | 63,3 | 75 | 56,4 | | |
| Má | 2 | 3,8 | 3 | 5,6 | 1 | 3,7 | 3 | 5,6 | 3 | 3,8 | 6 | 4,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Sintomas psiquiátricos (SPES) ? | | | | | | | | | | | | | | |
| Saúde psicológica Funcional | 30 | 57,7 | 23 | 42,6 | 14 | 51,9 | 37 | 68,5 | 30 | 38,0 | 67 | 50,4 | 0,872* | 0,002* |
| Possibilidade ligeira de Psicopatologia | 10 | 19,2 | 14 | 25,9 | 6 | 22,1 | 9 | 16,7 | 21 | 26,6 | 30 | 22,6 | | |
| Psicopatologia | 10 | 19,2 | 15 | 27,8 | 6 | 22,2 | 8 | 14,8 | 23 | 29,1 | 31 | 23,3 | | |
| Psicopatologia Severa | 2 | 3,8 | 2 | 3,7 | 1 | 3,7 | 0 | 0,0 | 5 | 6,3 | 5 | 3,8 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Percepção do estado mental/emocional? | | | | | | | | | | | | | | |
| Muito Bom | 6 | 11,5 | 2 | 3,8 | 0 | 0,0 | 7 | 13,0 | 1 | 1,3 | 8 | 6,1 | 0,155* | 0,001* |
| Bom | 24 | 46,2 | 32 | 60,4 | 14 | 51,9 | 33 | 61,1 | 37 | 47,4 | 70 | 53,0 | | |
| Razoável | 20 | 38,5 | 18 | 34,0 | 10 | 37,0 | 14 | 25,9 | 34 | 43,6 | 48 | 36,4 | | |
| Mau | 2 | 3,8 | 1 | 1,9 | 3 | 11,1 | 0 | 0,0 | 6 | 7,7 | 6 | 4,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 53 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 78 | 100,0 | 132 | 100,0 | | |
| Comparado com há 5 anos, como classifica o seu estado mental/emocional? | | | | | | | | | | | | | | |
| Melhor | 2 | 3,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 2,5 | 2 | 1,5 | 0,135* | 0,008* |
| Igual | 34 | 65,4 | 29 | 53,7 | 13 | 48,1 | 39 | 72,2 | 37 | 46,8 | 76 | 57,1 | | |
| Pior | 16 | 30,8 | 25 | 46,3 | 14 | 51,9 | 15 | 27,8 | 40 | 50,6 | 55 | 41,4 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |

* Correção de Monte Carlo; ** Teste de Fisher

3.5 - Saúde Física

Relativamente à saúde física (Tabela 5) a hipertensão é a patologia frequente afetando 70% da população. A artrite foi referida por 32% e a diabetes por 30% da população. Cerca de 30% da população refere ter problemas cardíacos mas esta proporção é significativamente superior no grupo etário dos muito idosos ($p < 0,001$) Quanto às doenças do sistema urinário afetam quase 16% da população mas são mais prevalentes no género masculino ($p < 0,001$).

Tabela 5 - Saúde física

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | |
|---|--------------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|----|-------|-------|-------|--------------------|--------|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | | | Grupo etário | Género |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Doenças ou debilidades mais frequentes, | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipertensão | 40 | 76,9 | 38 | 70,4 | 17 | 63,0 | 38 | 70,4 | 57 | 72,2 | 8 | 71,4 | 0,417 | 0,823 |
| Artrite | 13 | 25,0 | 21 | 38,9 | 9 | 33,3 | 14 | 25,9 | 29 | 36,7 | 43 | 32,3 | 0,309 | 0,192 |
| Diabetes | 14 | 26,9 | 14 | 25,9 | 12 | 44,4 | 18 | 33,3 | 22 | 27,8 | 40 | 30,1 | 0,188 | 0,498 |
| Problemas Cardíacos | 7 | 13,5 | 19 | 35,2 | 14 | 51,9 | 13 | 24,1 | 27 | 34,2 | 40 | 30,1 | 0,001 | 0,212 |
| Colesterol | 13 | 25,0 | 15 | 27,8 | 1 | 3,7 | 13 | 24,1 | 16 | 20,3 | 29 | 21,8 | 0,036 | 0,600 |
| Outras doenças do sistema urinário | 7 | 13,5 | 11 | 20,4 | 3 | 11,1 | 16 | 29,6 | 5 | 6,3 | 21 | 15,8 | 0,470 | <0,001 |
| Doença Fígado | 4 | 7,7 | 8 | 14,8 | 3 | 11,1 | 2 | 3,7 | 13 | 16,5 | 15 | 11,3 | 0,511 | 0,022 |
| Parkinson | 0 | 0,0 | 6 | 11,1 | 2 | 7,4 | 4 | 3,0 | 4 | 3,0 | 8 | 6,0 | 0,390* | 0,312 |
| Alzheimer | 0 | 0,0 | 2 | 3,7 | 0 | 0,0 | 2 | 1,5 | 0 | 0,0 | 2 | 1,5 | 0,312 | 2,971 |
| Tem alguma incapacidade física? | | | | | | | | | | | | | | |
| Não | 51 | 96,2 | 50 | 92,6 | 25 | 92,6 | 51 | 94,4 | 74 | 93,7 | 125 | 94,0 | 0,605* | 0,917* |
| Paralisia parcial | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 1 | 3,7 | 1 | 1,9 | 1 | 1,3 | 2 | 1,5 | | |
| Falta de membro/função | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 1 | 1,3 | 2 | 1,5 | | |
| Fratura Óssea | 0 | 0,0 | 3 | 5,6 | 1 | 3,7 | 1 | 1,9 | 3 | 3,8 | 4 | 3,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Visão? | | | | | | | | | | | | | | |
| Boa | 10 | 19,2 | 10 | 18,5 | 4 | 15,4 | 13 | 24,1 | 11 | 14,1 | 24 | 18,2 | 0,207* | 0,121* |
| Regular | 28 | 53,8 | 20 | 37,0 | 12 | 46,2 | 27 | 50,0 | 33 | 42,3 | 60 | 45,5 | | |
| Mal | 14 | 26,9 | 24 | 44,4 | 9 | 34,6 | 14 | 25,9 | 33 | 42,3 | 47 | 35,6 | | |
| Esta Cego | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 3,8 | 0 | 0,0 | 1 | 1,3 | 1 | 0,8 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 26 | 100,0 | 54 | 100,0 | 42 | 100,0 | 132 | 100,0 | | |
| Audição? | | | | | | | | | | | | | | |
| Muito boa | 4 | 7,7 | 1 | 1,9 | 1 | 3,7 | 1 | 1,9 | 5 | 6,3 | 6 | 4,5 | 0,002* | 0,281* |
| Boa | 24 | 46,2 | 18 | 33,3 | 5 | 18,5 | 22 | 40,7 | 25 | 31,6 | 47 | 35,3 | | |
| Regular | 14 | 26,9 | 14 | 25,9 | 2 | 7,4 | 9 | 16,7 | 21 | 26,6 | 30 | 22,6 | | |
| Má | 10 | 19,2 | 21 | 38,9 | 19 | 70,4 | 22 | 40,7 | 28 | 35,4 | 50 | 37,6 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Tem algum outro problema de saúde? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 3 | 5,8 | 3 | 5,6 | 1 | 3,7 | 4 | 7,4 | 3 | 3,8 | 7 | 5,3 | 1,000* | 0,441* |
| Não | 49 | 94,2 | 51 | 94,4 | 26 | 96,3 | 50 | 92,6 | 76 | 96,2 | 126 | 94,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Necessita de alguma ajuda técnica? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 31 | 59,6 | 34 | 63,0 | 17 | 63,0 | 34 | 63,0 | 48 | 60,8 | 82 | 61,7 | 0,928 | 0,797 |
| Não | 21 | 40,4 | 20 | 37,0 | 10 | 37,0 | 20 | 37,0 | 31 | 39,2 | 51 | 38,3 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Pratica alguma atividade física? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 50 | 96,2 | 45 | 83,3 | 11 | 40,7 | 47 | 87,0 | 59 | 74,7 | 106 | 79,7 | <0,001 | 0,082 |
| Não | 2 | 3,8 | 9 | 16,7 | 16 | 59,3 | 7 | 13,0 | 20 | 25,3 | 27 | 20,3 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Como avalia a sua saúde em geral? | | | | | | | | | | | | | | |
| Muito Boa | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 1 | 0,8 | 0,202* | 0,057* |
| Boa | 13 | 25,0 | 7 | 13,0 | 2 | 7,4 | 13 | 24,1 | 9 | 11,4 | 22 | 16,5 | | |
| Razoável | 34 | 65,4 | 40 | 74,1 | 19 | 70,4 | 36 | 66,7 | 57 | 72,2 | 93 | 69,9 | | |
| Má | 5 | 9,6 | 6 | 22,2 | 6 | 22,2 | 4 | 7,4 | 13 | 16,5 | 17 | 12,8 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Comparado com há 5 anos, como classifica hoje a sua saúde? | | | | | | | | | | | | | | |
| Melhor | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,3 | 1 | 0,8 | 0,020* | 0,055* |
| Igual | 20 | 38,5 | 11 | 20,4 | 3 | 11,1 | 19 | 35,2 | 15 | 19,0 | 34 | 25,6 | | |
| Pior | 31 | 59,6 | 43 | 79,6 | 24 | 88,9 | 35 | 64,8 | 63 | 79,7 | 98 | 73,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| De que modo os problemas de saúde interferem na sua vida? | | | | | | | | | | | | | | |
| Nada | 19 | 36,5 | 12 | 22,2 | 4 | 14,8 | 15 | 27,8 | 20 | 25,3 | 35 | 26,3 | 0,053 | 0,491 |
| Um pouco | 30 | 57,7 | 34 | 63,0 | 16 | 59,3 | 34 | 63,0 | 46 | 58,2 | 80 | 60,2 | | |
| Muito | 3 | 5,8 | 8 | 14,8 | 7 | 25,9 | 5 | 9,3 | 13 | 16,5 | 18 | 13,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |

*Correção de Monte Carlo; **Teste de Fisher

O mesmo acontece com as doenças no fígado ($p=0,022$) cuja prevalência global é de 11%. Quanto à incapacidade física, foi referida por 6% do total de indivíduos. Quanto à visão, quase 64% revelou ser regular ou boa. Audição regular,

boa ou muito boa foi referida por quase 63% da população embora a frequência de audição má seja superior no grupo mais idoso ($p=0,002$). No que diz respeito à necessidade de ajudas técnicas, 62% da população necessita de alguma ajuda. Na atividade física, salienta-se que grande parte da população total (79,7%) ainda faz algum exercício sendo a percentagem mais elevada nos homens, embora sem significado estatístico. É importante referir que o grupo etário dos jovens idosos e dos idosos é o que pratica mais atividade física ($p<0,001$) o. Por fim, na avaliação da saúde, quase 70% a classificam como regular e 17% como boa ou muito boa. Comparando com a situação de há cinco anos, 74% da população diz estar pior verificando-se que são os muito idosos e os idosos do grupo intermédio que dizem ter pior saúde ($p=0,020$). Em cada 4 indivíduos 3 referem que a saúde interfere com a sua vida.

3.6 - AVD's

Relativamente às AVD'S instrumentais (tabela 6), na linha do espectável, em todas as atividades verifica-se que são os muito idosos que revelam mais incapacidade ($p<0,001$). Relativamente à dependência geral 18% são dependentes mas esta proporção é significativamente maior nos mais idosos homens quer na avaliação com dois níveis ($p<0,001$ d $p=0,026$, respetivamente) quer com três níveis ($p<0,001$ e $p=0,029$). Quanto às AVD'S básicas (tabela 7) praticamente em todas as atividades há diferenças com significado estatístico, sendo os mais idosos os que precisam de ajuda, exceto no caso do controlo de esfíncteres).

Tabela 6 - Atividades instrumentais de vida diária

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | | |
|---|--------------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|----|-------|-------|-------|--------------------|--------|--|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | | | Grupo etário | Género | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | |
| É capaz de usar o telefone? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 51 | 98,1 | 50 | 92,6 | 15 | 55,6 | 50 | 92,6 | 66 | 83,5 | 116 | 87,2 | | | |
| Com ajuda | 1 | 1,9 | 3 | 5,6 | 3 | 11,1 | 1 | 1,9 | 6 | 7,6 | 7 | 5,3 | <0,001* | 0,258* | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 9 | 33,3 | 3 | 5,6 | 7 | 8,9 | 10 | 7,5 | | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |
| É capaz de usar transportes? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 49 | 94,2 | 50 | 51,9 | 14 | 51,9 | 49 | 90,7 | 64 | 81,0 | 113 | 85,0 | | | |
| Com ajuda | 3 | 5,8 | 4 | 7,4 | 8 | 29,6 | 4 | 7,4 | 11 | 13,9 | 15 | 11,3 | <0,001* | 0,333* | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 18,5 | 1 | 1,9 | 4 | 5,1 | 5 | 3,8 | | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |
| É capaz de ir às compras? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 50 | 96,2 | 48 | 88,9 | 14 | 51,9 | 49 | 90,7 | 63 | 79,7 | 112 | 84,2 | | | |
| Com ajuda | 1 | 1,9 | 3 | 5,6 | 1 | 3,7 | 0 | 0,0 | 5 | 6,3 | 5 | 3,8 | <0,001* | 0,103* | |
| Incapaz | 1 | 1,9 | 3 | 5,6 | 12 | 44,4 | 5 | 9,3 | 11 | 13,9 | 16 | 12,0 | | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |
| É capaz de preparar as suas refeições? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 50 | 96,2 | 52 | 96,3 | 15 | 55,6 | 49 | 90,7 | 68 | 86,1 | 117 | 88,0 | | | |
| Com ajuda | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,3 | 1 | 0,8 | <0,001* | 0,756* | |
| Incapaz | 1 | 1,9 | 2 | 3,7 | 12 | 44,4 | 5 | 9,3 | 10 | 12,7 | 15 | 11,3 | | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |
| É capaz de fazer as tarefas de casa? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 50 | 96,2 | 48 | 88,9 | 14 | 52,9 | 49 | 90,7 | 63 | 79,7 | 112 | 84,2 | | | |
| Com ajuda | 1 | 1,9 | 3 | 5,6 | 1 | 3,7 | 0 | 0,0 | 5 | 6,3 | 5 | 3,8 | <0,001* | 0,103* | |
| Incapaz | 1 | 1,9 | 3 | 5,6 | 12 | 44,4 | 5 | 9,3 | 11 | 13,9 | 16 | 12,0 | | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |
| É capaz de tomar os seus medicamentos? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 51 | 98,1 | 52 | 96,3 | 16 | 59,3 | 49 | 90,7 | 70 | 88,6 | 119 | 89,5 | | | |
| Com ajuda | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 8 | 29,6 | 3 | 5,6 | 6 | 7,6 | 9 | 6,8 | <0,001* | 0,909* | |
| Incapaz | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 3 | 11,1 | 2 | 3,7 | 3 | 3,8 | 5 | 3,8 | | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |
| É capaz de lidar com o dinheiro? | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 51 | 98,1 | 52 | 96,3 | 17 | 63,0 | 50 | 92,6 | 70 | 88,6 | 120 | 90,2 | | | |
| Com ajuda | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 1 | 3,7 | 2 | 3,7 | 1 | 1,3 | 3 | 2,3 | <0,001* | 0,309* | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 9 | 33,3 | 2 | 3,7 | 8 | 10,1 | 10 | 7,5 | | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |
| Total AVD | | | | | | | | | | | | | | | |
| Independente | 49 | 94,2 | 47 | 87,0 | 13 | 48,1 | 49 | 90,7 | 60 | 75,9 | 109 | 82,0 | | | |
| Dependência Ligeira/ Moderada | 2 | 3,8 | 5 | 9,3 | 2 | 7,4 | 0 | 0,0 | 9 | 11,4 | 9 | 6,8 | <0,001* | 0,026 | |
| Dependência Grave/Total | 1 | 1,9 | 2 | 3,7 | 12 | 44,4 | 5 | 9,3 | 10 | 12,7 | 15 | 11,3 | | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |
| Total AVD | | | | | | | | | | | | | | | |
| Independente | 49 | 94,2 | 47 | 87,0 | 13 | 48,1 | 49 | 90,7 | 60 | 75,9 | 109 | 82,0 | | | |
| Dependente | 3 | 5,8 | 7 | 13,0 | 14 | 51,9 | 5 | 9,3 | 19 | 24,1 | 24 | 18,0 | <0,001* | 0,029 | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | | |

*Correção de Monte Carlo; **Teste de Fisher

Tabela 7 - Atividades básicas de vida diária

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | |
|--|--------------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|----|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | n | % | Grupo etário | Género |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | | |
| É capaz de comer? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 52 | 100,0 | 53 | 98,1 | 22 | 81,5 | 52 | 96,3 | 75 | 94,2 | 127 | 95,5 | 0,002* | 0,660* |
| Com ajuda | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 3 | 11,1 | 2 | 3,7 | 2 | 2,5 | 4 | 3,0 | | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 7,4 | 0 | 0,0 | 2 | 2,5 | 2 | 1,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| É capaz de vestir-se e despir-se sozinho? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 52 | 100,0 | 52 | 96,3 | 18 | 66,7 | 51 | 94,4 | 51 | 94,4 | 71 | 89,9 | <0,001* | 0,489* |
| Com ajuda | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 5 | 18,5 | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 5 | 6,3 | | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 4 | 14,8 | 2 | 3,7 | 2 | 3,7 | 3 | 3,8 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | | |
| É capaz de cuidar da sua aparência? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 52 | 100,0 | 53 | 98,1 | 18 | 66,7 | 51 | 94,4 | 72 | 91,1 | 123 | 92,5 | <0,001* | 0,528** |
| Com ajuda | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 9 | 33,3 | 3 | 5,6 | 7 | 8,9 | 10 | 7,5 | | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| É capaz de andar? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 52 | 100,0 | 50 | 92,6 | 16 | 59,3 | 50 | 92,6 | 68 | 86,1 | 118 | 88,7 | <0,001* | 0,528* |
| Com ajuda | 0 | 0,0 | 4 | 7,4 | 8 | 29,6 | 3 | 5,6 | 9 | 11,4 | 12 | 9,0 | | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 11,1 | 1 | 1,9 | 2 | 2,5 | 3 | 2,3 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| É capaz de levantar-se e deitar-se na cama? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 52 | 100,0 | 53 | 98,1 | 20 | 74,1 | 51 | 94,4 | 74 | 93,7 | 125 | 94,0 | <0,001* | 0,308* |
| Com ajuda | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 4 | 14,8 | 3 | 5,6 | 2 | 2,5 | 5 | 3,8 | | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 3 | 11,1 | 0 | 0,0 | 3 | 3,8 | 3 | 2,3 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| É capaz de tomar banho ou duche? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem ajuda | 52 | 100,0 | 51 | 94,4 | 14 | 51,9 | 50 | 92,6 | 67 | 84,8 | 117 | 88,0 | <0,001* | 0,502* |
| Com ajuda | 0 | 0,0 | 2 | 3,7 | 10 | 37,0 | 3 | 5,6 | 9 | 11,4 | 12 | 9,0 | | |
| Incapaz | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 3 | 11,1 | 1 | 1,9 | 3 | 3,8 | 4 | 3,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 77 | 100,0 | | |
| É capaz de controlar os esfínteres? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 51 | 98,1 | 51 | 94,4 | 23 | 85,2 | 53 | 98,1 | 72 | 91,1 | 125 | 94,0 | 0,064* | 0,141* |
| Não | 1 | 1,9 | 3 | 5,6 | 4 | 14,8 | 1 | 1,9 | 7 | 8,9 | 8 | 6,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Total AVD Físico | | | | | | | | | | | | | | |
| Independente | 51 | 98,1 | 47 | 87,0 | 15 | 55,6 | 49 | 90,7 | 64 | 81,0 | 113 | 85,0 | <0,001 | 0,123 |
| Dependente | 1 | 1,9 | 7 | 13,0 | 12 | 44,4 | 5 | 9,3 | 15 | 19,0 | 20 | 15,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |

* Correção de Monte Carlo; ** Teste de Fisher

3.7 - Utilização de serviços

A utilização dos serviços apresenta-se na Tabela 8. Em geral os idosos têm uma fraca adesão a atividades de natureza social/recreativa, desportiva e educacional, variando de 0% a 15%. Os jovens idosos são os mais participativos em alguma atividade social ($p < 0,001$); são os muito idosos quem mais recebeu algum tipo de cuidados pessoais, ajuda 24 horas por dia, ajuda nas tarefas domésticas e nas refeições ($p < 0,001$). Relativamente ao género não há diferenças com significado estatístico em qualquer um dos indicadores estudados.

Tabela 8 - Utilização de serviços

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | |
|---|--------------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|----|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | n | % | Grupo etário | Género |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Participou em alguma atividade social/recreativa? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 13 | 25,0 | 4 | 7,4 | 3 | 11,1 | 11 | 20,4 | 9 | 11,4 | 20 | 15,0 | 0,033 | 0,155 |
| Não | 39 | 75,0 | 50 | 92,6 | 24 | 88,9 | 43 | 79,6 | 70 | 88,6 | 113 | 85,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Participou em algum programa de exercício físico ou desporto? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,3 | 1 | 0,8 | 0,598* | 1,000** |
| Não | 51 | 98,1 | 54 | 0,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 78 | 98,7 | 132 | 99,2 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Participou em alguma atividade educacional? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | - | - |
| Não | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Recebeu algum tipo de orientação ou tratamento para problemas pessoais/emocionais? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 6 | 11,5 | 3 | 5,6 | 2 | 7,4 | 4 | 7,4 | 7 | 8,9 | 11 | 8,3 | 0,564* | 1,000** |
| Não | 46 | 88,5 | 51 | 94,4 | 25 | 92,6 | 50 | 92,6 | 72 | 91,1 | 122 | 91,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Recebeu algum tipo de cuidados pessoais? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 1 | 1,9 | 4 | 7,4 | 11 | 40,7 | 3 | 5,6 | 13 | 16,5 | 16 | 12,0 | <0,001 | 0,058 |
| Não | 51 | 98,1 | 50 | 92,6 | 16 | 59,3 | 51 | 94,4 | 66 | 83,5 | 117 | 88,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Recebeu algum tipo de cuidados de enfermagem? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2 | 3,8 | 0 | 0,0 | 1 | 3,7 | 1 | 1,9 | 2 | 2,5 | 3 | 2,3 | 0,325* | 1,000** |
| Não | 50 | 96,2 | 54 | 100,0 | 26 | 96,3 | 53 | 98,1 | 77 | 97,5 | 130 | 97,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Fez algum tratamento de fisioterapia? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 3 | 5,8 | 6 | 11,1 | 0 | 0,0 | 3 | 5,6 | 6 | 7,6 | 9 | 6,8 | 0,160* | 0,738** |
| Não | 49 | 94,2 | 48 | 88,9 | 27 | 100,0 | 51 | 94,4 | 73 | 92,4 | 124 | 93,2 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Houve algum período em que alguém teve cuidado de si as 24 horas do dia? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2 | 3,8 | 2 | 3,7 | 11 | 40,7 | 5 | 9,3 | 10 | 12,7 | 15 | 11,3 | <0,001 | 0,543 |
| Não | 50 | 96,2 | 52 | 96,3 | 16 | 59,3 | 49 | 90,7 | 69 | 87,3 | 118 | 88,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Houve algum período em que alguém teve de fazer por si as suas tarefas domésticas? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2 | 3,8 | 5 | 9,3 | 12 | 44,4 | 5 | 9,3 | 14 | 17,7 | 19 | 14,3 | <0,001 | 0,171 |
| Não | 50 | 96,2 | 49 | 90,7 | 15 | 55,6 | 49 | 90,7 | 65 | 82,3 | 114 | 85,7 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Houve algum período em que alguém teve de fazer por si as refeições ou teve de comer fora? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 2 | 3,8 | 3 | 5,6 | 12 | 44,4 | 5 | 9,3 | 12 | 15,2 | 17 | 12,8 | <0,001 | 0,314 |
| Não | 50 | 96,2 | 51 | 94,4 | 15 | 55,6 | 49 | 90,7 | 67 | 84,8 | 116 | 87,2 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Alguém, profissional de saúde ou de trabalho social avaliou a sua condição geral? | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 1 | 1,9 | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 1 | 1,3 | 2 | 1,5 | 1,000* | 1,000** |
| Não | 51 | 98,1 | 53 | 98,1 | 27 | 100,0 | 53 | 98,1 | 78 | 98,7 | 131 | 98,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |

*Correção de Monte Carlo; ** Teste de Fisher

3.8 - Perfis funcionais dos idosos

Quanto aos perfis funcionais dos idosos, relativamente ao género não há diferenças com significado estatístico em qualquer um dos indicadores estudados. Relativamente ao estrato etário, verifica-se diferenças com significado estatístico quanto aos recursos sociais, saúde física e AVD'S (p=0,025; p=0,013 e p<0,001 respetivamente); sendo que os idosos intermédios e os muito idosos têm melhor pontuação nos recursos sociais, enquanto os jovens idosos tem melhores pontuações na saúde física e nas AVD's; naturalmente.

Tabela 9 - Perfis funcionais

| | Grupo etário | | | | | | Género | | | | Total | | Teste qui quadrado | |
|---|--------------|-------|-------|-------|------|-------|--------|-------|----|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | 65-74 | | 75-84 | | ≥ 85 | | M | | F | | n | % | Grupo etário | Género |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | | | |
| Recursos sociais | | | | | | | | | | | | | | |
| Satisfatório | 42 | 76,9 | 46 | 85,2 | 27 | 100,0 | 46 | 85,2 | 67 | 84,8 | 113 | 85,0 | 0,025 | 0,953 |
| Não satisfatório | 12 | 23,1 | 8 | 14,8 | 0 | 0,0 | 8 | 14,8 | 12 | 15,2 | 20 | 15,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Recursos económicos | | | | | | | | | | | | | | |
| Satisfatório | 52 | 100,0 | 52 | 96,3 | 26 | 96,3 | 53 | 98,1 | 77 | 97,5 | 130 | 97,7 | 0,409* | 1,000** |
| Não satisfatório | 0 | 0,0 | 2 | 3,7 | 1 | 3,7 | 1 | 1,9 | 2 | 2,5 | 3 | 2,3 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Saúde mental | | | | | | | | | | | | | | |
| Satisfatório | 52 | 100,0 | 53 | 98,1 | 25 | 92,6 | 53 | 98,1 | 77 | 97,5 | 130 | 97,7 | 0,217* | 1,000** |
| Não satisfatório | 0 | 0,0 | 1 | 1,9 | 2 | 7,4 | 1 | 1,9 | 2 | 2,5 | 3 | 2,3 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Saúde física | | | | | | | | | | | | | | |
| Satisfatório | 51 | 98,1 | 54 | 100,0 | 24 | 99,9 | 54 | 100,0 | 75 | 94,9 | 129 | 97,0 | 0,013* | 0,146** |
| Não satisfatório | 1 | 1,9 | 0 | 0,0 | 3 | 11,1 | 0 | 0,0 | 4 | 5,1 | 4 | 3,0 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Desempenho das atividades de vida diária | | | | | | | | | | | | | | |
| Satisfatório | 51 | 98,1 | 52 | 96,3 | 16 | 59,3 | 50 | 92,6 | 69 | 87,3 | 119 | 89,5 | <0,001 | 0,333 |
| Não satisfatório | 1 | 1,9 | 2 | 3,7 | 11 | 40,7 | 4 | 7,4 | 10 | 12,7 | 14 | 10,5 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |
| Existência de debilidades dos idosos | | | | | | | | | | | | | | |
| Sem debilidade | 40 | 76,9 | 44 | 81,5 | 16 | 59,3 | 43 | 79,6 | 57 | 72,2 | 100 | 75,2 | 0,086 | 0,327 |
| Com debilidade | 12 | 23,1 | 10 | 18,5 | 11 | 40,7 | 11 | 20,4 | 22 | 27,8 | 33 | 24,8 | | |
| Total | 52 | 100,0 | 54 | 100,0 | 27 | 100,0 | 54 | 100,0 | 79 | 100,0 | 133 | 100,0 | | |

* Correção de Monte Carlo; ** Teste de Fisher

Quanto à frequência dos diferentes perfis emergentes do OARS, verifica-se que cerca de três quartos dos idosos pertencem ao perfil 1, ou seja, não apresentam qualquer debilidade. O perfil 2 (debilidade social) afeta 12,0% dos idosos seguindo-se o perfil 6 (debilidade AVD'S) afetando 6,8% dos idosos. Relativamente ao grupo etário encontram-se diferenças com significado estatístico ($p < 0,001$) sendo que o perfil 2 esta associado aos jovens idosos ($RAj = 3,0$) enquanto o perfil 6 está associado aos muito idosos ($RAj=4,4$), o que aliás já era esperado face aos resultados expressos na tabela 9. Relativamente ao género não se verificam diferenças com significado estatístico ($p=0,966$).

Tabela 10 - Tipos de frequências dos perfis de funcionalidade OARS

| Perfis Funcionais | Tipo de incapacidade | | | | | n | % | Teste qui quadrado | |
|-------------------|----------------------|-----------|--------|--------|-----|-----|------|--------------------|--------|
| | Social | Económica | Mental | Física | AVD | | | Grupo etário | Género |
| Perfil 1 | | | | | | 100 | 75,2 | 0,000* | 0,966* |
| Perfil 2 | X | | | | | 16 | 12 | | |
| Perfil 6 | | | | | X | 9 | 6,8 | | |
| Perfil 8 | | | X | | X | 2 | 1,5 | | |
| Perfil 16 | X | X | | | | 2 | 1,5 | | |
| Perfil 7 | | | | X | X | 1 | 0,8 | | |
| Perfil 13 | X | | | X | | 1 | 0,8 | | |
| Perfil 17 | | | X | X | X | 1 | 0,8 | | |
| Perfil 18 | | X | | X | X | 1 | 0,8 | | |
| Total | | | | | | 133 | 100 | | |

* Correção de Monte Carlo; RAj= Resíduo Ajustado.

Para o estudo do efeito das variáveis sociodemográficas na fragilidade dos idosos, não foi possível encontrar um modelo adequado, eventualmente devido ao tamanho relativamente pequeno da amostra e/ou às insuficiências de precisão dos instrumentos de recolha de dados. Ainda assim apresentamos o modelo de regressão logística constante da tabela como exploratório (Tabela 10). Como já foi dito anteriormente, fixamos o variáveis género e estrato etário (para ir de encontro aos objetivos específicos do estudo e porque, segundo a literatura, são variáveis sempre relevantes); fixamos ainda as variáveis “Vive com” (sozinho versus acompanhado) e a variável “Cuidadores” (Cônjuge versus Outros). Embora sem significado estatístico verifica-se que o género feminino aumenta em cerca de 1,3 vezes o risco do idoso apresentar debilidade; verificamos ainda que o idoso a viver sozinho ou ser cuidado por outra pessoa que não o cônjuge aumenta em, respetivamente, cerca de 2,8 e 2,9 vezes o risco de apresentar fragilidade; por fim, aqui com significado estatístico, verifica-se que o grupo etário dos mais idosos aumenta 3,2 vezes o risco de fragilidade.

Tabela 11 - Risco relativo de fragilidade de acordo com o género, estrato etário, agregado familiar do idoso e pessoa do seu cuidador

| Variáveis no modelo | Sig. | O.R. | 95 % I.C. | |
|---------------------|-------|------------|-----------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Género: | | | | |
| Homem | | Referência | | |
| Mulher | 0,554 | 1,292 | 0,564 | 2,956 |
| Estrato etário: | | | | |
| 65-74 anos | | Referência | | |
| 75-84 anos | 0,591 | 0,776 | 0,308 | 1,958 |
| > 85 anos | 0,024 | 3,296 | 1,174 | 9,254 |
| Situação conjugal | | | | |
| Vive acompanhado | | Referência | | |
| Viver só | 0,142 | 2,791 | 0,710 | 10,963 |
| Quem é o cuidador | | | | |
| Conjuge | | Referência | | |
| Outros | 0,220 | 2,896 | 0,530 | 15,829 |

3.9 - Estudo das dificuldades na sua atividade diária decorrentes da doença de Parkinson

Nos pontos seguintes apresenta-se sucessivamente pelos temas abordados a síntese da análise de conteúdo das respostas à entrevista qualitativa. Sublinha-se a ideia predominante e ilustra-se com extratos verbais dos entrevistados.

A opção pelo estudo das doenças neuro degenerativas deveu-se a motivação de âmbito pessoal (casos familiares) e ao gosto e necessidades de aprofundar o nosso conhecimento sobre as consequências das mesmas e também resultantes da curiosidade e interesse suscitado pelas leituras efetuadas na revisão bibliográfica e pela frequência do próprio curso de mestrado.

Autonomia em casa

A principal dificuldade decorrente da doença de Parkinson, é que com o avançar da doença, as pessoas ficam cada vez mais débeis e com dificuldade na realização autónoma das AVD's. A movimentação é um dos grandes problemas para estas pessoas pois tem muita dificuldade em andar e medo de cair *“só ando com o cajado porque tenho medo de cair” (Entrevistada 6)*. Quanto à higiene pessoal, a maioria refere precisar de ajuda do cônjuge para tomar banho e vestir-se pois não o consegue fazer sozinho; os restantes ainda vão fazendo a sua higiene pessoal com cuidado. Tal como a higiene pessoal, também o uso da casa de banho traz algumas dificuldades pois, ao não se conseguirem movimentar, não conseguem chegar a casa de banho a tempo *“ele não tem força no braço e para ir a casa de banho tenho de lhe por o urinol” (Entrevistada 2)*. Relativamente à alimentação e preparação da mesma, também existem algumas dificuldades pois os idosos têm medo de preparar as refeições e deixam cair a louça para o chão *“ainda vou fazendo a sopinha mas com cuidado; para tirar a panela do fogão tenho de a arrastar para não me queimar; (...) tenho esta tremedeira e já não seguro a tijela, deixo-a cair, (...) umas vezes a sopa vai para o chão e outras vai para a barriga” (Entrevistada 1 e 6)*. Um fator importante é o facto de os idosos se engasgarem muito com a comida daí ser necessário picar a comida muito pequenina. Por fim, no asseio da casa, a maioria diz ter dificuldade ou não consegue tendo assim quem faça essas tarefas nomeadamente o cônjuge.

Autonomia em atividades fora de casa

Relativamente a fazer compras, a maioria dos idosos não consegue e dizem ser os filhos, cônjuge ou sobrinhos que tratam disso “*as compras é a minha sobrinha que as faz porque eu já não consigo*” (entrevistado 1). Quanto a ir às consultas e fazer viagens, os idosos tem dificuldade pois custa-lhe a entrar para o carro recorrendo aos bombeiros que os vão buscar e deixar. Um dos idosos mencionou que primeiro nem sequer conseguia conduzir o carro mas agora já vai às consultas e conduz fazendo apenas viagens pequenas pois as grandes não consegue fazer. Por fim, as tarefas de jardim e quintal, nenhum dos idosos tem essas tarefas pois deixaram de as fazer devido à doença.

Autonomia em atividades de vida social e cidadania ativa

A maioria dos idosos diz que devido à doença custa-lhes a sair de casa pois tem medo de cair na rua então preferem estar sempre em casa “*desde que tenho esta doença parece que me esqueci da vida*” (Entrevistada 5). Contudo, e apesar de estes não irem a casa das pessoas mais próximas os vizinhos e amigos vem para sua casa passar a tarde com eles e conviver um pouco. Um dos idosos referiu que primeiro ainda ia até ao café mas agora deixou de o fazer pois já não lhe apetece. Também alguns disseram que se o seu cônjuge está em casa ainda vão com ele até a rua para se distrair um pouco mas se não está em casa já não saem ficando aqui a ideia que deixam a sua vida pessoal e social e passam a deixar de se relacionar.

Autonomia para gerir os seus bens

A maioria dos idosos já não trata de assuntos relacionados com dinheiro e propriedades sendo que quem gere tudo é o cônjuge ou os filhos “*conheço o dinheiro mas tenho fraca memória; (...) esqueço-me das coisas e já não dou conta do recado, (...) por causa desta doença tenho muita dificuldade em falar*” (Entrevistada 1, 5 e 6). Um dos idosos referiu que apesar de já não conseguir tratar destes assuntos quer estar sempre ao par de tudo o que se passa.

Implicações para a vida do cuidador/familiares

Tal como outras doenças, o Parkinson também traz implicações para a vida de quem cuida destas pessoas. A sobrecarga é a principal consequência para o cuidador pois a maioria dos idosos necessita de ajuda 24 horas por dia para vestir, calçar, tomar

banho, comer entre outras. A vida de quem cuida muda completamente pois tem de deixar de fazer a sua vida social e pessoal para tratar da pessoa cuidada, frequentemente o cônjuge. A esposa de um dos idosos refere que teve que deixar de trabalhar para tratar do seu marido. Esta patologia implica que os idosos não querem estar sozinhos e se estão ficam com medo. Alguns familiares dizem que à noite não conseguem dormir porque o cônjuge esta sempre a tremer *“mesmo quando dorme, a cama parece que está sempre a tremer; (...) por vezes durante a noite as mãos estão sempre a tremer”* (Entrevistada 6). Outros familiares referem que o idoso desde que tem Parkinson tornou-se agressivo: *“às vezes tem dias que nem me fala o dia todo”;(...)* não se pode contrariar pois fica nervoso e tenso” (Entrevistada 2).

Capítulo 4 – Discussão de resultados

De uma maneira geral, os resultados deste estudo vão de encontro com os resultados de outros estudos sobre a condição dos idosos residentes na comunidade, designadamente, o estudo de Rodrigues et al (2014) sobre os idosos residentes no concelho de Coimbra, o estudo de Sobral (2015) sobre os idosos residentes na cidade de Bragança e o estudo de Pereira et al (2016) sobre os idosos residentes em Alfândega da Fé.

Relativamente aos recursos sociais, a maioria dos idosos do concelho de Vinhais tem alguém em quem confiar e a quase totalidade tem alguém que os ajude em caso de doença ou incapacidade, o que está em linha com os resultados dos estudos de Coimbra, Bragança e Alfândega da Fé, em que a maioria dos idosos tem alguém que os ajude. Isto sugere que, embora muitos vivam longe dos seus filhos têm outros familiares, amigos e os vizinhos que muitas vezes os ajudam sempre que necessitam. De certa forma os resultados vão de encontro ao sugerido por Paúl & Amado (2007) que chamam a atenção para a crescente ausência dos filhos ficando o cuidado ao cargo dos pares dentro do casal, ou dos vizinhos, sendo que o suporte dos vizinhos é sobretudo instrumental resultante da entreajuda que se estendeu ao longo dos anos de existência e proximidade. Neste estudo é também referenciado que, só em último recurso, é que a entrada para o lar é encarada e na maioria dos casos os idosos optam por lares em que os filhos trabalhem ou estejam perto de suas casas.

Quanto aos recursos económicos, tal como no estudo de Bragança, a maioria dos idosos possui casa própria. Quanto aos rendimentos, metade da população diz que são suficientes e outra metade diz que os rendimentos são insuficientes. Isto deve-se ao facto de os idosos receberem reformas muito pequenas e terem despesas muito elevadas nomeadamente em medicação, consultas e transportes. Em contrapartida, no estudo de Bragança e Alfândega da Fé, a maioria dos idosos diz ter rendimentos suficientes. Isto pode estar relacionado com um relativo nível de vida superior em meio urbano e/ou com a acessibilidade (mais próxima) aos recursos mais necessários.

Na saúde mental, verifica-se que a saúde psicológica funcional ocorre em cerca de metade dos idosos e cerca de 27% apresenta psicopatologia ou psicopatologia severa. Estes resultados são um pouco mais favoráveis quando comparando com os estudos de Coimbra e Bragança, e aproximam-se dos resultados de Alfândega da Fé, o que explicamos, eventualmente, com um estilo de vida mais

tranquilo proporcionado pelo ambiente de ruralidade. No estudo de Sequeira & Silva (2002) está evidenciado que o idoso que tem um ritmo de vida mais lento, tem mais calma, melhor manutenção de laços afetivos, maior contacto com a rede de vizinhança contribuindo assim para uma melhor saúde mental e psicológica. Tal como nos outros estudos a mulher apresenta situação da saúde mental mais desfavorável.

Na saúde física, tal como no estudo de Coimbra e Bragança, os problemas cardiovasculares, particularmente a hipertensão, são os que ocorrem com maior frequência. Seguindo-se os problemas de artrite e diabetes. No estudo de Silva, Paniz, Laste, & Torres (2013), as doenças que predominam no meio urbano são as insónias, depressão, Parkinson e Alzheimer e a que predomina no meio rural são a diabetes (tal como neste estudo). De acordo com Silva, Paniz, Laste & Torres (2013, p. 1037) “a maior prevalência de diabetes em moradores da zona rural pode estar relacionada ao tipo de alimentação, em que existem evidências de alterações no perfil nutricional das comunidades rurais, com maiores taxas de sobrepeso e obesidade, fatores que favorecem o surgimento do diabetes”. Quanto à avaliação geral da saúde, todos os grupos etários avaliam a saúde como regular e, comparado à cinco anos, a maioria diz estar pior, sendo que no estudo de Coimbra e Bragança os idosos dizem que, comparada à cinco anos, esta igual ou pior.

Relativamente às AVD's, a maioria da população é independente tal como no estudo de Bragança sendo os homens mais idosos os mais dependentes. As atividades de preparação das refeições, fazer compras, fazer as tarefas de casa são as mais dificultosas. Em contrapartida, no estudo de Bragança, usar os transportes, preparar as refeições e tomar duche são as mais problemáticas. No estudo de Rigo, Paskulin, & Morais (2010) está evidenciado que a capacidade que o idoso tem para realizar as AVD's é influenciada por alguns fatores nomeadamente a existência de doenças crónicas, as características sociodemográficas, a autoavaliação da saúde e a realização de atividades sociais e recreativas em comunidade.

Quanto à utilização de serviços, os idosos tem uma fraca adesão às atividades de natureza social, recreativa, desportiva e educacional. O mesmo acontece no estudo de Bragança. De acordo com Pereira et al (2006, p. 34) “quanto mais ativo o idoso, maior é sua satisfação com a vida e, conseqüentemente, melhor é a sua qualidade de vida”. Para que isto aconteça é necessário que o idoso conviva com os familiares e outros no sentido de reduzir o isolamento participando em atividades recreativas que podem ser proporcionadas por instituições e organizações de âmbito local.

Por fim, quanto aos perfis funcionais dos idosos é importante referir que os recursos sociais são a principal causa de debilidade nos idosos, talvez refletindo o facto de muitos viverem sozinhos, situação comum neste concelho. Como refere Sequeira & Silva (2002, p. 512) “a morte do cônjuge constitui um dos maiores traumas com que se deparam as pessoas idosas, suscitando vários tipos de perdas: corte nos laços emocionais profundos e o desaparecimento da principal companhia nas atividades quotidianas”. Isto vai de encontro aos estudos de Coimbra, Bragança e Alfândega da Fé já referidos, que sublinham a importância da relação familiar no apoio aos idosos.

Também as AVD's têm algum relevo pois são a segunda maior fonte de debilidade. Isto está relacionado com a idade já ser avançada e com o aparecimento de cada vez mais patologias. Segundo Borges & Moreira (2009, p. 569) “um estilo de vida ativo pode retardar os impactos associados ao envelhecimento, mantendo assim os idosos independentes para a realização das tarefas quotidianas por mais tempo”. Uma vez mais o envolvimento na cidadania ativa e participativa e hábitos de vida social devem ser estimulados e proporcionados ao longo de ciclo de vida dos indivíduos à luz do conceito de vida ativa (Pereira, 2012).

Relativamente ao impacto das dificuldades decorrentes da doença de Parkinson, a autonomia em casa é a principal dificuldade decorrente desta patologia. Com o avançar da idade e da doença, os idosos ficam cada vez mais débeis e com dificuldades na realização das AVD's. As principais dificuldades são a movimentação, higiene, preparação das refeições, realização de tarefas domésticas e alimentação. Para além das dificuldades dentro de casa há outras que também merecem algum destaque como fazer compras, ir as consultas e gerir os seus bens. Como todas as outras doenças, o Parkinson também traz implicações para a vida do cuidador pois, por vezes, este tem de deixar de trabalhar e fazer a sua vida normal para cuidar do idoso.

Capítulo 5 - Conclusões

Fazendo uma análise às dimensões do instrumento de avaliação multidimensional OARS podemos concluir que os recursos sociais são o fator mais preocupante na fragilidade dos idosos. Na saúde física, a hipertensão é a que ocorre com maior frequência seguindo-se a artrite, os diabetes e os problemas cardíacos. Quanto à autonomia para a realização das AVD's, na globalidade, os resultados são bons exceto no grupo etário dos muito idosos. No que concerne à utilização de serviços, os idosos tem uma fraca adesão a estes serviços. Por fim, verifica-se também que nas variáveis sociodemográficas grupo etário e situação conjugal, há uma tendência para o grupo etário dos mais idosos ser o que apresenta maior fragilidade. No grupo etário intermédio é a condição de viver acompanhado que apresenta menor risco de fragilidade.

Respondendo às hipóteses levantadas neste estudo, concluímos que o perfil de fragilidade dos idosos depende do género ou seja, são as mulheres que tem piores indicadores em todos os pontos exceto nos económicos. Também o perfil de fragilidade depende do grupo etário ou seja, o grupo etário dos mais idosos são o que tem maior fragilidade e os mais jovens os que tem menor. Quanto as doenças neurodegenerativas (Parkinson e Alzheimer), estas tem maior prevalência nos idosos intermédios. Relativamente ao género, o Alzheimer ocorre com mais frequência nos homens e o Parkinson tem prevalência similar entre géneros.

Relativamente ao estudo das implicações do Parkinson na vida do idoso, a autonomia é bastante afetada e as principais dificuldades sentidas são a movimentação, fazer as tarefas de casa, preparar a alimentação, alimentar-se, fazer a higiene e ir ao WC.

Em síntese os níveis de fragilidade dos idosos do estudo assim como as consequências dessa fragilidade no quotidiano do idoso e dos seus cuidadores invocam a necessidade de encontrar e reforçar o sistema de apoio a esta população idosa e sua família. No caso concreto das doenças neuro-degenerativas o projeto de intervenção proposto é uma entre as medidas possíveis a levar a cabo.

3 Parte

Projeto de intervenção

Capítulo 6 – Proposta de projeto de intervenção

No sentido de contribuir para melhorar a autonomia dos idosos que apresentam Parkinson, propomos a implementação de um projeto com o nome de “Envelhecer com autonomia”.

Justificação e objetivo do projeto de intervenção

O projeto “Envelhecer com autonomia” está destinado aos idosos do concelho de Vinhais que apresentam doença de Parkinson. Tem como principal objetivo melhorar a autonomia a fim de envelhecer com a melhor qualidade de vida possível.

Para além das atividades destinadas aos idosos com Parkinson, tem também alguns exercícios destinados ao cuidador.

Objetivos específicos

- Contribuir para uma melhoria da qualidade de vida do idoso.
- Proporcionar um envelhecimento saudável e integrado.
- Promover atividades diversas de forma a criar estratégias de reforço da autonomia.
- Preservar o desempenho das funções cognitivas de cada um, nomeadamente a memória, a atenção, o raciocínio, a capacidade de resolução de problemas.
- Aproximar os cuidadores dos conhecimentos mais recentes sobre a doença de Parkinson.
- Contribuir para uma melhoria dos cuidados prestados aos doentes.
- Contribuir para o bem-estar do cuidador.

Parcerias do projeto

Camara Municipal de Vinhais.

Associação Vinhais Solidária.

Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson.

Grupo – alvo

Idosos do concelho de vinhais que apresentam doença de Parkinson.

Cuidadores dos idosos com Parkinson.

Recursos

Idosos, Educadora Social, Fisioterapeuta, Cuidadores.

Cadeiras, Cones, Revistas, mesas, computador, retroprojetor.

Meios de transporte.

Sala para realizar os exercícios e para a realização do curso.

Avaliação da situação de funcionalidade dos idosos

A avaliação da funcionalidade dos idosos vai ser realizada através da escala de avaliação de atividades de vida diária, designadamente: Escala de Lawton e Brody e Índice de Katz. Estes instrumentos serão aplicados antes da implementação do projeto e no fim do mesmo com o intuito de ver os progressos de melhoria da autonomia.

Atividades destinadas ao idoso com Parkinson

Sessão 1- Exercícios de flexibilidade

Recursos humanos: Fisioterapeuta, Idosos.

Material: Cadeira, Parede.

Destinatários: Idosos com Parkinson.

Duração: 2 vezes por semana.

1º Exercício:

- 1) Posicionar-se em pé atrás de uma cadeira.
- 2) Segurar o encosto da cadeira com as duas mãos e inclinar o corpo para a frente mantendo as costas retas.
- 3) Quando o corpo estiver paralelo ao solo manter essa posição 10 segundos
- 4) Repetir este processo 4 vezes.

2º Exercício:

- 1) Colocar-se de pé em frente a uma parede apoiando aí as duas mãos com os cotovelos estendidos e um dos joelhos flexionados.
- 2) Fazer força contra a parede e manter essa posição durante 10 segundos.
- 3) Fazer o mesmo processo com o outro joelho.
- 4) Repetir 3 vezes.

3º Exercício:

- 1) Empurrar as palmas das mãos uma contra a outra mantendo os cotovelos para baixo.
- 2) Elevar os cotovelos deixando-os paralelos ao solo durante 10 segundos.
- 3) Repetir este processo 3 vezes.

Sessão 2- Exercícios de equilíbrio

Recursos humanos: Fisioterapeuta, Idosos.

Material: Cadeira.

Destinatários: Idosos com Parkinson.

Duração: 2 vezes por semana.

1º Exercício

- 1) Em pé, apoiado sobre a cadeira, manter o peso sobre o membro inferior direito, com os olhos abertos, durante 30 segundos. Repetir para membro inferior esquerdo.
- 2) Em pé, retirar o apoio da cadeira, manter o peso sobre o membro inferior direito, com os olhos abertos, durante 30 segundos. Repetir para membro inferior esquerdo.
- 3) Repetir este processo 4 vezes.

2º Exercício

- 1) Andar em passos bem curtos de maneira a que o pé que executou o passo encoste o calcanhar aos dedos do outro pé.
- 2) Começar por realizar o mais rápido possível e de seguida reduza a velocidade até ficar imóvel com um pé à frente do outro durante 10 segundos sem se desequilibrar.

Sessão 3 - Exercícios para melhorar a marcha

Recursos humanos: Educadora Social, Idosos.

Material: Cones.

Destinatários: Idosos com Parkinson.

Duração: 2 vezes por semana.

Exercício

- 1) Utilizando cones marcar uma distância de 5 metros.
- 2) Os idosos têm de percorrer essa distância:

- a) Com passos curtos
 - b) Com passos mais largos
 - c) Andar de lado.
- 3) Repetir 3 vezes.

Sessão 4 - exercícios variados

Recursos humanos: Educadora Social, Idosos.

Material: Jornal/ Revista.

Destinatários: Idosos com Parkinson.

Duração: 2 vezes por semana.

1º Exercício

- 1) Virar a cabeça para a direita e para a esquerda, tentando tocar o queixo em cada um dos dois ombros.
- 2) Inclinar a cabeça para trás e para frente, tentando tocar cada ombro com sua orelha.
- 3) Inclinar a cabeça para frente para tocar o queixo no peito, e então jogue a cabeça para trás.
- 4) Girar a cabeça primeiro na direção dos ponteiros do relógio e em seguida, no sentido contrário.

2º Exercício

- 1) Caminhar com as mãos cruzadas atrás das costas.
- 2) Caminhar, levando em cada mão um jornal ou revista enrolado.
- 3) Repetir 3 vezes.

3º Exercício

- 1) Abrir e fechar cada mão.
- 2) Estender e fechar os dedos de cada mão.
- 3) Separar alternadamente os dedos de cada mão.
- 4) Girar as mãos sobre os punhos.
- 5) Flexionar e estender a mão aberta sobre o punho.

Sessão 5 - exercícios de estimulação cognitiva

Recursos humanos: Educadora Social, Idosos.

Material: caderno, imagem, texto.

Destinatários: Idosos com Parkinson.

Duração: 2 vezes por semana.

1º exercício

- 1) O idoso tem um caderno com números onde tem de os ler em voz alta.
- 2) Depois de ler os números tem de os tentar repetir por ordem sem olhar para o caderno.
- 3) Fazer o mesmo mas com palavras.

Nota: Para os idosos que não souberem ler, a educadora diz os números/ palavras e eles tentam repetir.

2º exercício

- 1) A educadora mostra uma imagem ao idoso e ele tem que a descrever

3º exercício

- 1) A educadora lê um pequeno texto e de seguida faz algumas perguntas sobre o mesmo onde os idosos têm de responder.

4º exercício

- 1) A educadora faz perguntas ao idoso sobre si e a sua família.

Atividades destinadas ao cuidador do idoso de Parkinson

Atividade 1 - Curso de doença de Parkinson para cuidadores (em parceria com a Associação Portuguesa de doentes de Parkinson)

Sessão 1

Recursos humanos: Educadora Social, Cuidadores.

Material: Cadeiras, Mesas, Retroprojektor, computador.

Destinatários: Cuidadores.

Esta sessão tem como tema “Cansaço e pausas”. Muitas vezes o cuidador fica cansado, stressado, frustrado e sem tempo para nada. Sendo assim, nesta sessão são dadas formas de lidar com a pressão e o cansaço de modo a contribuir para um melhor dia a dia.

Sessão 2

Recursos humanos: Educadora Social, Cuidadores.

Material: Cadeiras, Mesas, Retroprojektor, computador.

Destinatários: Cuidadores.

Esta sessão tem como tema “Casa”. Aqui vão ser dadas estratégias para adaptar a casa para ajudar o idoso a ultrapassar as limitações impostas pela doença. Também vão ser dadas estratégias para ajudar na alimentação e na administração de medicamentos.

Sessão 3

Recursos humanos: Educadora Social, Cuidadores.

Material: Cadeiras, Mesas, Retroprojektor, computador.

Destinatários: Cuidadores.

Esta sessão tem como tema “Higiene pessoal” e visa dar a conhecer formas de incentivar o idoso a tratar de si sozinho.

Sessão 4

Recursos humanos: Educadora Social, Cuidadores.

Material: Cadeiras, Mesas, Retroprojektor, computador.

Destinatários: Cuidadores.

Esta sessão tem como tema “Lazer, convívio e apoio emocional” e visa dar sugestões de como manter o idoso ativo e interessado bem como estratégias de apoio emocional.

Atividade 2 - Criação do grupo “Sou cuidador”

Recursos humanos: Educadora Social, Cuidadores.

Material: Cadeiras, Mesas.

Destinatários: Cuidadores.

Esta atividade visa a formação de um grupo de cuidadores onde eles se reúnem e falam abertamente sobre as suas dificuldades, experiências e partilham ideias.

Cronograma das atividades do projeto

| Meses | | | | | |
|------------|---|--|-------|-----------|-----------|
| Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Mês 5 | Mês 6 |
| Preparação | Avaliação inicial ao idoso através da escala de Lawton e Brody e Índice de Katz | Realização das atividades destinadas aos idosos e aos cuidadores | | Avaliação | Relatório |

Estratégias de comunicação e divulgação

Página de Facebook

Panfletos

Referências Bibliográficas

Associação Portuguesa de doentes de Parkinson. (2017). Retrieved April 7, 2017, from

<http://www.parkinson.pt/?lop=conteudo&op=34173cb38f07f89ddbcb2ac9128303f>

Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica. (2017). Retrieved April 5, 2017, from <http://www.apela.pt/>

Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer. (2017). Retrieved April 2, 2017, from <http://alzheimerportugal.org/pt/inicio>

Azevedo, M. (2015). Avaliação do impacto da fadiga nas Atividades de Vida Diária em indivíduos com Esclerose Multipla. Escola Superior de Saúde de Bragança.

Borges, M., & Moreira, Â. (2009). Influências da prática de atividades físicas na terceira idade : estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. *Motriz*, 15(3), 562–573. <http://doi.org/10.1249/mss.0b013e318060111f1401.Gratton>

Braga, A. (2009). Necessidades dos doentes portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica e seu cuidador principal. Sua influência na qualidade de vida. Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bremenkamp, M., Rodrigues, L., Lage, R., Laks, J., Cabral, H., & Morelato, R. (2014). Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. *Rev.Bras.Geriatr.Gerontol.*, 17(4), 763–773. <http://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13192>

Bucheli, M. E., Campos, M., Bermudes, D., Chuquimarca, J., Sambache, K., Cheverrez, K., ... Guerrero, P. (2012). Esclerosis lateral amiotrfica: Criterios de El Escorial y la electromiografia en su temprano diagnstico. *Revista Ecuatoriana de Neurologia*, 21(1–3), 61–68.

- Coriolano, M., Balbino, J., Silva, B., Cabral, E., Asano, A., Lins, O., & Asano, N. (2014, June). Pain characterization in patients with Parkinson's disease. *Revista Dor*, 15(2), 78–82. <http://doi.org/10.5935/1806-0013.20140019>
- Dagheti, S., Frighetto, A., & Santos, J. (2008). Distrofia Muscular de Duchenne. Revisión Bibliográfica. *Revista Médica de Costa Rica Y Centroamérica*, LXV(586), 315–318. <http://doi.org/10.5546/aap.2011.453>
- Dantas, M., Pontes, J., Assis, W., & Collet, N. (2012, August). Facilidades e dificuldades da família no cuidado à criança com paralisia cerebral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), 73–80. <http://doi.org/10.1590/S1983-14472012000300010>
- Felipe, L. (2013). Funções executivas, atividades de vida diária e habilidade motora de idosos com doenças neurodegenerativas. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
- Fernandes, L., Bertoldi, A., & Barros, A. (2009, December). Health service use in a population covered by the Estratégia de Saúde da Família (Family Health Strategy). *Revista de Saude Publica*, 43(4), 595–603. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000040>
- Fonseca, J., Machado, M., & Ferraz, C. (2007, April). Distrofia muscular de Duchenne: complicações respiratórias e seu tratamento. *Revista de Ciências Médicas*, 16(2), 109–120.
- França, C. (2010). Saúde Mental e Necessidades nos Cuidadores de Familiares com Demência. Universidade Fernando Pessoa.
- Franchignoni, F., Giordano, A., Ferreiro, G., Guglielmi, V., & Picco, D. (2008). Rasch psychometric validation of the Impact on Participation and Autonomy questionnaire in people with Parkinson's..., (January), 451–461.

- Frota, N., Nitrini, R., Damasceno, B., Forlenza, O., Dias, E., Silva, A., ... Magaldi, R. (2011, June). Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. *Dement Neuropsychol*, 5(Suppl 1), 5–10.
- Gerszt, P., Baltar, C., & Oda, A. (2014, April). Intreferece of the early and late drug therapy in parkinson disease in the management of dysphagia. *Revista CEFAC*, 16(2), 604–618.
- Godinho, C. (2013). Esclerose lateral amiotrófica Revisão bibliográfica da patofisiologia. Universidade da Beira Interior.
- Gonçalves, L. (2014). Recursos Sociais e Estado Nutricional do Idoso no Domicílio. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Guedes, L. (2012). Distrofia Muscular de Duchenne: estratégias Terapêuticas. Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Terapia Física. Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8480>
- Leite, J., & Prado, G. (2004). Paralisia Cerebral — Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. *Revista Neurociências*, 12(1), 41–45. <http://doi.org/10.4181/RNC.2004.12.41>
- Luchesi, K., Kitamura, S., & Mourão, L. (2015). Dysphagia progression and swallowing management. *Jornal de Otorringolaringologia*, 24–30.
- Manuel, R., & Rodrigues, C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos, 23(1), 109–115.
- Monteiro, C. (2011). Realidade Virtual e Jogos Eletrônicos: uma proposta para deficientes. (Plêiade, Ed.), *Realidade Virtual na Paralisia Cerebral*. São Paulo.

- Nunes, T. (2013). Doença de Alzheimer: um desafio para os profissionais de comunicação. Livro de Atas 8º Congresso SOPCOM: Comunicação Global, Cultura e Tecnologia.
- Paúl, A., & Amado, I. (2007). Condição Psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: um estudo de caso. In L. Príncipe Editora (Ed.), *Periferias e espaços rurais. Comunicações do II congresso de estudos rurais (1º*, pp. 259–267). Estoril.
- Pereira, F. A. (2012). A Ideia de Vida Ativa. In F. Pereira (Ed.), *Teoria e Prática da Gerontologia. Um Guia para Cuidadores de Idoso* (pp. 208–213). Viseu: Psicosoma.
- Pereira, F., Nunes, B., Azevedo, A., Raimundo, D., Vieira, A., & Fernandes, H. (2016). Multidimensional assessment study of the elderly living alone in the county of Alfândega da Fé – Northeast of Portugal. *Journal of Aging and Innovation*, 5(2), 27–39.
- Pereira, P. (2013). Doença de Alzheimer - Perspetivas de Tratamento. Universidade da Beira Interior. Universidade da Beira Interior.
- Pereira, R., Cotta, R., Castro, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S., & Cecon, P. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(1), 27–38. <http://doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>
- Polman, C., Reingold, S., Banwell, B., Clanet, M., Cohen, J., Filippi, M., ... Wolinsky, J. (2011, February). Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald criteria. *Annals of Neurology*, 69(2), 292–302. <http://doi.org/10.1002/ana.22366>
- Rigo, I., Paskulin, L., & Morais, E. (2010, June). Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2), 254–261. <http://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200008>

- Rodrigues, R. (2007). Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços. Universidade do Porto. Universidade do Porto.
- Rodrigues, R., Azeredo, Z., Mendes, I., Crespo, S., & Silva, C. (2016). Os muito idosos do concelho de Coimbra: avaliação da funcionalidade na área de saúde física. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(2), 163–172. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.002>
- Rodrigues, R., Loureiro, L., Crespo, S., & Silva, C. (2014, December). Os muito idosos: avaliação da funcionalidade na área de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12, 25–33.
- Rodrigues, R., Silva, S., Crespo, S., Ribeiro, C., Pereira, F., Martin, J., ... Silva, L. (2014). Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra. Perfis funcionais e intervenção. (Unidade de investigação em Ciências da Saúde: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Ed.). Coimbra.
- Rotta, N. (2002). Paralisia cerebral , novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*, 78, 48–54. <http://doi.org/10.1590/S0021-75572002000700008>
- Santos, S. S. C., Cavalheiro, B. de C., Silva, B. T. da, Barlem, E. L. D., Feliciani, A. M., & Valcarenghi, R. V. (2010). Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Ciências Cuidado Saúde*, 9(1), 129–136. <http://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i1.5530>
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20(3), 505–516.
- Silva, C., Mourao, L., & Gobbi, L. (2015, August). Dysarthria and Quality of Life in neurologically healthy elderly and patients with Parkinson's disease. *CoDAS*, 27(3), 248–254. <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20152014083>

- Silva, D., & Nascimento, V. (2014, June). Esclerose Múltipla: imunopatologia, diagnóstico e tratamento - artigo de revisão. *Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente*, 81–90.
- Silva, E., Paniz, V., Laste, G., & Torres, I. (2013). Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciencia & Saude Coletiva*, 18(4), 1029–1040.
- Sirena, S. (2002). Avaliação Multidimensional do Idoso : Uma Abordagem Avaliação em atenção primária à Saúde. Universidade católica do rio grande do Sul. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10923/4605>
- Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da demência e da doença de Alzheimer em Portugal: estimativas da prevalência e dos encargos financeiros com a medicação. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 7, 182–188.
- Soares, M. (2002). Qualidade de vida e esclerose múltipla. Universidade do Porto. Retrieved from <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52228>
- Sobral, C. (2015). Avaliação Multidimensional (OARS) do Idoso na Cidade de Bragança. Instituto Politécnico de Bragança.
- Tomaz, A., Borges, F., Ganança, C., Alberto, C., & Tilbery, C. (2005, May). Sinais e Sintomas Associados a Alterações otoneurológicas diagnosticadas ao exame vestibular computadorizado em pacientes com esclerose múltipla. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 63, 837–842.

Anexos

Anexo 1- Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados



cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Protecção de Dados – LPD), bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

O fundamento de legitimidade para o tratamento de dados notificado é o consentimento dos titulares dos dados.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea a) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea b) do mesmo artigo) e não é excessiva. Contudo, o valor dos rendimentos, da renda/empréstimo e da avaliação da casa deverão ser perguntados por escalões.

A recolha de dados de terceiros, como por exemplo dos cuidadores, carece do consentimento prévio daqueles.

Alerta-se o responsável pelo tratamento para a necessidade de inclusão do direito de acesso e de oposição no texto do consentimento informado, observando os termos do disposto nos artigos n.º 10.º, 11.º, e 12.º da LPD.

III. Da Conclusão

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º 1 do artigo 27.º, alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e artigo 30.º da LPD, com as condições e limites fixados na referida Deliberação n.º 227/2007, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, autoriza-se o tratamento de dados supra referido, para a elaboração do presente estudo.

Termos do tratamento:

Responsável pelo tratamento: Instituto Politécnico de Bragança

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE
Dias úteis das 10 às 13 h
duvidas@cnpd.pt

dados
lade de

áude do

clínicas

ritimento
stigador

rado.

el pelos
Escola

; sendo
xida do

da sua

ramento
correto



cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro (Lei de Protecção de Dados – LPD), bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

O fundamento de legitimidade para o tratamento de dados notificado é o consentimento dos titulares dos dados.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (cfr. alínea a) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cfr. alínea b) do mesmo artigo) e não é excessiva. Contudo, o valor dos rendimentos, da renda/empréstimo e da avaliação da casa deverão ser perguntados por escalões.

A recolha de dados de terceiros, como por exemplo dos cuidadores, carece do consentimento prévio daqueles.

Alerta-se o responsável pelo tratamento para a necessidade de inclusão do direito de acesso e de oposição no texto do consentimento informado, observando os termos do disposto nos artigos n.º 10.º, 11.º, e 12.º da LPD.

III. Da Conclusão

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, n.º 1 do artigo 27.º, alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e artigo 30.º da LPD, com as condições e limites fixados na referida Deliberação n.º 227/2007, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, autoriza-se o tratamento de dados supra referido, para a elaboração do presente estudo.

Termos do tratamento:

Responsável pelo tratamento: Instituto Politécnico de Bragança



Finalidade: Estudo observacional sobre a qualidade de vida dos idosos.

Categoria de Dados pessoais tratados:

- do utente – código de participante, dados sociodemográficos (idade, género, n.º de filhos), recursos sociais, recursos económicos (por escalões), saúde mental e física (doenças, medicação, incapacidades), atividades básicas de vida diária, utilização de serviços de apoio disponíveis e estado nutricional;

- do cuidador informal – sobrecarga, dificuldades e autoeficácia do cuidador informal.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto do enfermeiro assistente.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação: Os dados pessoais devem ser destruídos um mês após o fim do estudo.

Dos termos e condições fixados na Deliberação n.º 227/ 2007 e na presente Autorização decorrem obrigações que o responsável deve cumprir. Deve, igualmente, dar conhecimento dessas condições a todos os intervenientes no circuito de informação.

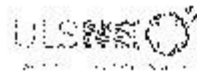
Lisboa, 19 de novembro de 2013

Ana Roque (Relatora), Luís Barroso, Carlos Campos Lobo, Helena Delgado António, Vasco Almeida, Luís Paiva de Andrade

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão', is written over a horizontal line.

Filipa Calvão (Presidente)

Anexo 2- Autorização da Comissão de Ética da ULSNe



Informar, por e-mail, a
Prof.ª Gertrudes Barata.
17/02/2014
fma hmk.

Exma Senhora
Directora da Escola Superior de Saúde de
Bragança
Prof.ª Dr. Helena Pimentel
Av. D. Afonso V
5300-121 Bragança

Sua Referência
Proc. 7.01.06

Sua Comunicação de
13 01-2014

Nossa Referência

Data
10-02-2014

ASSUNTO: Autorização para Recolha de Dados

Em resposta ao ofício enviado por V.ª Ex.ª, informo que de acordo com o parecer da Comissão de Ética da ULSNE, foi autorizada a recolha de dados solicitada no âmbito do projeto "Be Home Be Happy – Observatório de Qualidade dos Idosos a Viver na Comunidade", através da aplicação do questionário nos Centros de Saúde da ULSNE aos idosos, desde que os visados não se importem de responder e que não haja interferência com o normal funcionamento da instituição.

Com os melhores cumprimentos,

A Responsável do
Serviço de Desenvolvimento e Formação



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BRAGANÇA
Rua de ...
17/02/2014
7-01-06

Foi dado resp.
2014/02/17
[Signature]

Anexo 3- Questionário OARS



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

2. Número de filhas e filhos vivos

_____ Filhas _____ Filhos

3. Idade _____ anos (não perguntar)

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

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 _____



38017

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 _____

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 outrem
- 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 outrem
- 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 €

- 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 €

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



38017

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



38017

SAÚDE FÍSICA

37. Quantas vezes foi visto/a por um médico nos últimos 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?



38017

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



38017

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.



38017

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.** Intelectualmente 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.



38017

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.

Anexo 4- Consentimento informado



Consentimento Informado

Este inquérito faz parte do estudo de avaliação multidimensional dos idosos a viver na comunidade no distrito de Bragança, inserido no projeto «Be Home Be Happy». Tem como objetivo recolher dados de natureza social, económica e de saúde relativa aos idosos. É por isso fundamental a sua colaboração.

O estudo é coordenado pelo Núcleo de Investigação do Idoso (NIII) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (ESSa-IPB), e está autorizado pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pela Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde do Nordeste. Os inquéritos são aplicados por estudantes de Mestrado e Doutoramento da ESSa-IPB e outros colaboradores do NIII.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de um inquérito em papel. Qualquer informação será confidencial e a sua identidade resguardada. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer momento ou pode mesmo recusar-se a participar sem que isso tenha consequências para si.

Depois de ouvir as informações acima referidas, declaro que aceito participar nesta investigação.

Assinatura e data

NIII – Núcleo de Investigação e Intervenção do Idoso
Escola Superior de Saúde de Bragança
Av. D. Afonso V, Sala de Projetos, 5300 – 121 Bragança - Portugal

**Anexo 5- Questionário do estudo das dificuldades nas atividades diárias
decorrentes da doença de Parkinson**

QUESTIONÁRIO

Baseado em: Franchignoni, F., Ferriero, G., Giordano, A., Guglielmi, V., & Picco, D. (2007). Rasch psychometric validation of the Impact on Participation and Autonomy questionnaire in people with Parkinson's disease. *Eura Medicophys*, 43(4), 451-461.

Este questionário pretende avaliar as dificuldades que sente na sua actividade diária e que considera que estão directamente relacionadas com a doença de Parkinson. Para cada tópico fale abertamente da possibilidade/capacidade de executar a tarefa e dos aspectos que mais o (a) perturbam e dificultam a sua execução. Se a doença de Parkinson afeta estes aspectos da sua vida, fale abertamente do grau de dificuldade experienciada

Questão prévia:

Há quanto tempo foi diagnosticada a doença de Parkinson? _____ anos?

Questões de desenvolvimento:

1. De que forma afeta a sua **autonomia** em casa? (Movimentar-se? Cuidado e higiene pessoal? Uso da casa de banho? Alimentação e preparação da alimentação? Asseio da casa?)
2. De que forma afeta a sua **autonomia** em atividades fora de casa? (Compras? Consultas? Viajar? Tarefas no jardim ou quintal?)
3. De que forma afeta a sua **autonomia** em atividades da vida social? (Visitar e conviver com pessoas próximas? Manter a qualidade no relacionamento com as pessoas próximas? Sentir-se respeitado pelas pessoas próximas? Manter relações íntimas?)
4. De que forma afeta a sua **autonomia** para gerir os seus bens? (Gerir o dinheiro, propriedades?)
5. De que forma afeta a sua **autonomia** para manter a sua cidadania ativa (Participação em grupos? Aquisição de novos conhecimentos?) em atividades da vida social? (Visitar e conviver com pessoas próximas?)
6. Que implicações a sua doença trouxe para a vida dos seus cuidadores/familiares que cuidam de si?

Anexo 6- Quadro dos perfis funcionais

| | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|-------------------------|----|---|---|---|---|---|-------------------------|
| 1 | - | - | - | - | - | Sem incapacidades | 17 | - | - | M | F | A | |
| 2 | - | - | - | - | A | | 18 | - | E | - | F | A | |
| 3 | - | - | - | F | - | | 19 | S | - | - | F | A | |
| 4 | - | - | M | - | - | Incapacidade em 1 área | 20 | - | E | M | - | A | |
| 5 | - | E | - | - | - | | 21 | S | - | M | - | A | Incapacidade em 3 áreas |
| 6 | S | - | - | - | - | | 22 | S | E | - | - | A | |
| 7 | - | - | - | F | A | | 23 | - | E | M | F | - | |
| 8 | - | - | M | - | A | | 24 | S | - | M | F | - | |
| 9 | - | E | - | - | A | | 25 | S | E | - | F | - | |
| 10 | S | - | - | - | A | | 26 | S | E | M | - | - | |
| 11 | - | - | M | F | - | Incapacidade em 2 áreas | 27 | - | E | M | F | A | |
| 12 | - | E | - | F | - | | 28 | S | - | M | F | A | |
| 13 | S | - | - | F | - | | 29 | S | E | - | F | A | Incapacidade em 4 áreas |
| 14 | - | E | M | - | - | | 30 | S | E | M | - | A | |
| 15 | S | - | M | - | - | | 31 | S | E | M | F | - | |
| 16 | S | E | - | - | - | | 32 | S | E | M | F | A | Incapacidade em 5 áreas |

S - Área de recursos sociais

E - Área de recursos económicos

M- Área de saúde mental

F - Área de saúde física

A - Área de atividades de vida diária