



BIOÉTICA

MARLENE MENDES TEIXEIRA

**PERSPECTIVA ÉTICA DA ATRIBUIÇÃO DE
AJUDAS TÉCNICAS/PRODUTOS DE APOIO
A DOENTES IDOSOS COM DEPENDÊNCIA
FUNCIONAL**

**Dissertação apresentada para a obtenção
do grau de Mestre em Bioética, sob a
orientação da Professora Doutora
Guilhermina Rego**

**7º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2010**



BIOÉTICA

MARLENE MENDES TEIXEIRA¹

PERSPECTIVA ÉTICA DA ATRIBUIÇÃO DE AJUDAS TÉCNICAS/PRODUTOS DE APOIO A DOENTES IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

**Dissertação apresentada para a obtenção
do grau de Mestre em Bioética, sob a
orientação da Professora Doutora
Guilhermina Rego**

**7º CURSO DE MESTRADO EM BIOÉTICA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2010**

¹Aluna do VII Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Enfermeira graduada do quadro de pessoal do hospital de S. João E.P.E.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho querido,

*E às duas pessoas que mais me apoiaram Saõzinha e
Nando!*

AGRADECIMENTOS

O meu sincero muito obrigado a todos aqueles que sempre acreditaram em mim, e nunca me deixaram desistir!

Um agradecimento especial:

- À minha orientadora pela dedicação, disponibilidade e ensinamentos, Professora Guilhermina Rego;
- Ao Dr. Luís Silva na ajuda preciosa no tratamento de dados, pois sem essa ajuda tal não seria possível;
- Aos colegas de trabalho pela paciência e disponibilidade;
- Aos meus pais e irmã, à Sãozinha e Nando e ao meu querido filho Pedro, pela paciência, partilha, encorajamento e presença!

A todos, mais uma vez um Muito Obrigada!

RESUMO

Este estudo surge na sequência do cumprimento do plano de estudos do VII Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. O tema em estudo é na área da afectação de recursos, a idosos com dependência funcional, e o bem em causa a atribuir são as ajudas técnicas/produtos de apoio.

O número de idosos tem vindo a aumentar em relação ao número de jovens, provocando alterações quer na dimensão como na estrutura da sociedade. O envelhecimento enquanto fenómeno mundial, do qual Portugal não é excepção, associado a um aumento da esperança de vida, tem fortes repercussões nos sistemas de saúde, sociais e políticos. As alterações relacionadas com a idade e o aumento da prevalência das doenças crónicas e incapacitantes, aumentam o número de idosos com dependência funcional, determinando muitas vezes a perda da autonomia e qualidade de vida dos mesmos.

A família enquanto principal fonte de cuidados a idosos com dependência funcional, também tem sido alvo de grandes alterações, quer a nível da sua estrutura, com redução do número dos seus elementos, quer pela alteração social do papel da mulher, factores que tem colocado em causa o seu papel de cuidadora.

Estas alterações demográficas e sociais, afiguram-se como um grande desafio para o futuro das sociedades, sobretudo na nossa enquanto Estado Providência, colocando em causa a subsistência dos sistemas de saúde e de protecção social. Neste sentido torna-se imperativo implementar novas políticas de saúde e sociais que promovam um envelhecimento activo, que atenda as necessidades de saúde dos idosos e suas famílias, garantindo a acessibilidade e qualidade dos cuidados, para que o aumento da esperança de vida corresponda a um aumento de esperança de vida com saúde e qualidade de vida, garantindo o máximo de autonomia e independência.

Neste estudo procurou-se determinar se os produtos de apoio são um “bem” frequentemente atribuído à população idosa com dependência funcional; quais os tipos de produtos de apoio mais atribuídos; saber de que forma os mesmos estão relacionados com a qualidade de vida do idoso, se diminuem as complicações associadas às consequências da alteração da capacidade funcional, como úlceras de pressão nos idosos acamados; determinar se existe alguma relação com o número de internamentos, e se contribuem para o aumento do bem-estar dos idosos e para diminuir a fadiga do cuidador.

A atribuição de ajudas técnicas/produtos de apoio surge neste trabalho como forma de promover a funcionalidade, prevenindo e reduzindo as incapacidades dos idosos com dependência funcional, contribuindo para garantir uma maior qualidade de vida dos seus utilizadores, o reforço das capacidades e competências das famílias e cuidadores directos, e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária, que tem como valores máximos a garantia da dignidade do homem e a justiça social.

Palavras - Chave: afectação de recursos; idoso; envelhecimento; dependência funcional; qualidade de vida; família; políticas de saúde; ajudas técnicas/produtos de apoio; dignidade; justiça social.

ABSTRACT

This work is part of the curricular plan of the VII Master in Bioethics of the Faculty of Medicine in Oporto's University. It addresses the allocation of resources to elderly with functional dependence and the attribution of technical assistance/support products.

The number of elderly has been growing in relation with the young, causing changes in the dimension and structure of the society. The aging associated with the increase of the average life expectancy is a worldwide phenomenon, and Portugal isn't an exception. It has a strong impact on health, social and political systems. The burden of chronic and disabling diseases, often related with age, increases the number of elderly with functional dependence conditioning the loss of autonomy and quality of life.

The family, as the main source of care for elderly with functional dependence, has also been subject to major changes, in terms of its structure with the reduction of its elements, as well as the change of the social role of women, questioning its role as a caretaker.

These demographic and social changes appear to be a major challenge for the future of society, especially in a welfare state, jeopardizing the maintenance of the health system and social protection. It's imperious to implement new health and social policies which promote active ageing, attending the needs of elderly and their families, ensuring the accessibility and quality of care. The increase in life expectancy should relate to health and quality of life, ensuring the maximum degree of autonomy and independence.

This study tried to determine whether the supporting products are "goods" often attributed to the elderly with functional dependence; what kind of products of support are more often allocated; to know how they are related to quality of life, if they reduce complications associated with the impact of changes in functional capacity, such as pressure ulcers in bedridden elderly; to determine whether there is a relation with the number of hospital admissions; and to assess if they contribute to increase the welfare of the elderly and to reduce the exhaustion of the caregiver.

The allocation of technical assistance/support products seen a way to promote functionality, preventing and reducing disabilities of the elderly with functional dependence, to ensure a higher quality of life for its users, to develop the abilities and

skills of families and direct caregivers, and to consolidate a more just and solidary society, having as greater values human dignity and social justice.

Keywords: resource allocation; elderly, aging, functional dependency, quality of life, family, health policies, technical assistance/support products, dignity, social justice.

SIGLAS

ABVD - Actividades de Básicas de Vida Diária

AGC - Avaliação Geriátrica Compreensiva

AIVD - Actividades Instrumentais de Vida Diária

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DGS - Direcção Geral de Saúde

DM - Diabetes *Mellitus*

DPCO - Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

EASYcare - *Elderly Assessment System Care*

EPE - Entidade Público Empresarial

HTA - Hipertensão Arterial

IEFP - Instituto do Emprego e da Formação Profissional

INE - Instituto Nacional de Estatística

INR - Instituto Nacional Reabilitação

IRC - Insuficiência Renal Crónica

ISF - Índice Sintético de Fecundidade

ISS - Instituto da Segurança Social

ITU - Infecção do Tracto Urinário

OCDE - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAC - Pneumonia Adquirida na Comunidade

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QVI - Qualidade de Vida do Idoso

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPA - Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

WHOQOL- OLD - *World Health Organization Quality of Life for Older Persons*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1. TEORIAS DA JUSTIÇA.....	20
2. ENVELHECIMENTO.....	28
2.1. Conceito de Idoso	29
2.2. O Envelhecimento Demográfico.....	31
2.3. Aspectos Biológicos, Psicológicos e Sociais do Envelhecimento	41
2.4. O Idoso Dependente	54
2.4.1. Questões metodológicas da dependência	60
2.5. Qualidade de Vida no Idoso	64
2.6. A Família e o Idoso	69
3. AJUDAS TÉCNICAS/TECNOLOGIAS DE APOIO/PRODUTOS DE APOIO	78
3.1. Definição de Ajudas Técnicas/Tecnologias de Apoio/Produtos de Apoio	78
3.2. A Quem se Destinam	79
3.3. Tipos de Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio	80
3.4. Sistema de Atribuição e Financiamento	82
3.5. Questões Éticas da Atribuição de Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio a Idosos com Dependência Funcional	84
4. HIPÓTESE DE TRABALHO	89
5. METODOLOGIA	94
6. ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO	104
CONCLUSÃO	120

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	132

ANEXO 1: ÍNDICE DE BARTHEL - ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

ANEXO 2: ÍNDICE DE LAWTON - ACTIVIDADES OPERACIONAIS DA VIDA DIÁRIA

ANEXO 3: FORMULÁRIO

ANEXO 4: INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

ANEXO 5: CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO 6: GRELHA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

ANEXO 7: AUTORIZAÇÃO DO DIRECTOR DE SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

ANEXO 8: AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO CHEFE DO INTERNAMENTO MEDICINA B - MULHERES ENFERMEIRO LUIS SILVA

ANEXO 9: AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRA CHEFE DO INTERNAMENTO MEDICINA B - HOMENS ENFERMEIRA GRAÇA SILVA

ANEXO 10: AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE S. JOÃO - EPE E APROVAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXO 11: DOENÇAS CRÓNICAS DOS IDOSOS EM ESTUDO

ANEXO 12: DOENÇAS CRÓNICAS DOS IDOSOS COM AJUDAS TÉCNICAS

ANEXO 13: PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAMENTO DOS IDOSOS INTERNADOS

ANEXO 14: COMPARAÇÃO ENTRE AS DIFERENÇAS MÉDIAS DOS DIFERENTES GRUPOS ETÁRIOS E OS VALORES DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

ANEXO 15: RELAÇÃO DE QUEM TEM AJUDAS TÉCNICAS E PRESENÇA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

ANEXO 16: RELAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DOS IDOSOS ACAMADOS EM ANOS COM E SEM PRESENÇA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

ANEXO 17: RELAÇÃO DOS IDOSOS COM E SEM AJUDAS TÉCNICAS E O ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

ANEXO 18: RELAÇÃO ENTRE QUEM TEM AJUDAS TÉCNICAS E O Nº DE INTERNAMENTOS; RELAÇÃO ENTRE OS IDOSOS ACAMADOS COM AJUDAS TÉCNICAS E O Nº DE INTERNAMENTOS

ANEXO 19: RELAÇÃO ENTRE QUEM TEM AJUDAS TÉCNICAS E ESCOLARIDADE

ANEXO 20: COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL EM FUNÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA SEGUNDO O QVI

ANEXO 21: RELAÇÃO ENTRE A ENTIDADE QUE ATRIBUIU AS AJUDAS TÉCNICAS E O NÍVEL DE RENDIMENTOS DOS IDOSOS

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 - Definição de Idosos em Função da Idade Cronológica	30
Quadro 2 - Alterações Estruturais no Envelhecimento Primário (adaptado de Berger e Mailloux- Poirier, 1995).....	43
Quadro 3 - Alterações Funcionais no Envelhecimento Primário (adaptado de Berger e Mailloux - Poirier, 1995).....	44
Quadro 4 - Efeitos do Envelhecimento no Funcionamento Cognitivo (adaptado de Spar e La Rue, 2005).....	47

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Pirâmide Etária da População Residente em Portugal, 1970, 2008 e 2060.....	34
Gráfico 2 - Índice de Envelhecimento da População Residente em Portugal 2000-2009.....	36
Gráfico 3 - Índice de Envelhecimento por Sexo em Portugal, 1970-2060	36
Gráfico 4 - Evolução da Proporção da População Jovem e Idosa, Portugal 1960 - 2000.....	37
Gráfico 5 - Expectativa de Vida à Nascimento, em Anos, Nos Países da OCDE	39
Gráfico 6 - Expectativa de Vida aos 65 anos, Homens e Mulheres, Em 2006, por Sexo.....	40
Gráfico 7 - Evolução do Índice de Dependência dos Idosos em Portugal	59
Gráfico 8 - Quem Respondeu ao Formulário	105

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 - Quem Respondeu ao Formulário	105
Tabela 2 - Caracterização da Amostra em Estudo	106
Tabela 3 - Caracterização da Amostra Relativamente ao Facto de Ter ou Não Ajudas Técnicas.....	112

INTRODUÇÃO

Inserido no âmbito do 2º ano do Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e como cumprimento do plano de estudos do respectivo mestrado surge a necessidade de elaborar um trabalho de investigação. Trabalho esse intitulado: “Perspectiva Ética da Atribuição de Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio a Doentes Idosos com Dependência Funcional”. O tema escolhido é na área da política de afectação de recursos em saúde, cujo bem em causa são as ajudas técnicas ou mais recentemente designados, os produtos de apoio. “São consideradas ajudas técnicas, os produtos, dispositivos, equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponível no mercado destinados a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar limitações na actividade ou as restrições na participação das pessoas com deficiência.”¹

Estas ajudas/produtos destinam-se às pessoas com deficiência, aos idosos ou pessoas que as necessitam de utilizar seja de forma temporária ou definitiva, sendo considerados meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida destas mesmas pessoas. Dada abrangência do tema em questão, surge a necessidade de delimitá-lo. Neste trabalho pretendemos fazer uma análise ética da atribuição de ajudas técnicas/produtos de apoio a idosos doentes com dependência funcional. Consideraremos como população alvo os idosos, os indivíduos com 65 ou mais anos.

A afectação de recursos para a saúde implica que se faça cada vez mais uma reflexão sobre o conceito de justiça distributiva. A justiça distributiva pretende garantir o direito de acesso de todos os cidadãos aos cuidados básicos de saúde, em que a equidade no acesso e a solidariedade no financiamento são os seus princípios básicos.

O direito à protecção da saúde é considerado um direito civilizacional que implica a universalidade no acesso a um pacote básico dos cuidados de saúde determinados por princípios justos, critérios de transparência e responsabilidade.

O sucesso resultante da evolução tecnológica contribuiu em grande escala para o decréscimo da mortalidade, que aliado à diminuição da taxa de natalidade veio

¹ Diário da República - II série, Nº 117- 20-06-07. Despacho nº 12370/2007.Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde.

contribuir para o aumento da esperança média de vida. O facto de vivermos numa sociedade cada vez mais envelhecida levou ao aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, em que o grau de dependência funcional é cada vez maior, o que acarreta a uma maior necessidade quer de cuidados de saúde quer da dependência de cuidados de terceiros.

Tendo por base o valor inexorável da dignidade humana que é inerente a todos os seres humanos independentemente das suas características físicas, psicológicas e sociais, a garantia à saúde e protecção da saúde bem como aos cuidados diferenciados de acordo com as necessidades individuais são um imperativo ético, que deve ser salvaguardado numa sociedade plural, secular que tem por linha orientadora o sentido de solidariedade social, e igualdade equitativa de oportunidades.

A escolha do tema foi baseada no impacto que os doentes idosos com dependência funcional têm e merecem por parte da sociedade, dado que estão a aumentar e são considerados para além de um “problema” de saúde pública um “problema” social, com forte impacto social, político e económico.

Os recursos sociais tornam-se escassos face ao aumento do número e das necessidades de cuidados, dos idosos. A família, no entanto, continua a ser o pilar basilar no cuidar dos nossos idosos. Sendo que as mutações associadas à tipologia das famílias, aliadas à alteração social do papel da mulher, são factores que podem por em causa o papel do cuidador. As ajudas técnicas podem proporcionar um reforço de capacidades e competências das famílias para lidar com este tipo de doentes e facilitar a conciliação da vida profissional com a vida familiar, e mais do que isso promover a funcionalidade, prevenindo e reduzindo as incapacidades contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos e seus familiares e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Foram formuladas as seguintes questões, como fio condutor da nossa investigação:

- Que tipo de ajudas técnicas são mais atribuídas aos idosos dependentes?
- Quem habitualmente, alerta para a possibilidade de usufruir destas ajudas?
- Quais as instituições de saúde que mais prescrevem?
- Que tipo de antecedentes patológicos tem os doentes com ajudas técnicas?
- Quais as principais causas de internamento nos doentes idosos com dependência funcional? Estão relacionadas a diminuição da capacidade funcional?

- Os doentes com ajudas técnicas têm menos internamentos?
- Qual a percepção do idoso/cuidador face ao facto de considerar que: ter ajudas técnicas contribui para o aumento de qualidade de vida para o idoso; Ter ajudas técnicas contribuir para diminuir a exaustão do cuidador?
- Existe alguma relação entre o usufruto de ajudas técnicas e nível de qualidade de vida do idoso?
- Existe relação entre o número de doentes idosos com mobilidade alterada que usufruem de ajudas técnicas e a presença de úlceras de pressão?

As questões levantadas são resultado das reflexões realizadas aquando da revisão bibliográfica, e da motivação pela temática em estudo.

Será usado o método de investigação quantitativo, e para tratamento estatístico usado o programa SPSS- (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 18.0.

Pretende-se neste trabalho dar visibilidade a questões inerentes aos idosos, enquanto grupo populacional, em que se encontra um maior número de indivíduos, em situação de dependência. (Lopes, 2007). A responsabilidade de proporcionar ajuda à pessoa idosa dependente, deve ser encarada como forma de assegurar o respeito pela dignidade humana, incutida num sentido de solidariedade intergeracional, onde prevalece a visão de bem comum, equidade e igualdade equitativa de oportunidades, valores base da sociedade democrática, plural e secular.

Neste sentido, deverão as ajudas técnicas fazer também parte do pacote básico de saúde, serão elas importantes para os idosos doentes poderem garantir um desempenho aceitável no plano físico, psicológico, relacional e social, isto é para assegurar a dignidade do ser humano e o exercício efectivo da cidadania? Serão elas um investimento em saúde com benefícios pessoais e para a economia da saúde? Este trabalho pretende analisar se a prescrição de ajudas técnicas tem valor comprovado para a população idosa que delas usufrui, enquanto forma de aumentar a qualidade de vida, ultrapassar limitações provocadas pela dependência funcional, diminuir internamentos por complicações relacionadas com dependência funcional, como internamentos por exaustão do cuidador, úlceras de pressão, quedas, entre outros.

1. TEORIAS DA JUSTIÇA

A saúde como “bem” precioso é cada vez mais considerada não apenas um bem individual mas também um bem de cariz económico e social.

A questão da afectação de recursos, no mundo ocidental, está intimamente relacionada com o conceito de justiça distributiva, com o objectivo de proporcionar a todos os cidadãos um razoável leque de oportunidades sociais, para que todos disponham de meios necessários para obter um desempenho aceitável, nos planos físico e psicológico. As limitações como a deficiência e incapacidade, são vistas como situações injustas e não apenas como resultado das forças da natureza, porque restringem as oportunidades que de outra forma seriam possíveis para o indivíduo. Desta forma, o direito à protecção da saúde, numa sociedade democrática com sentido de liberdade, inclusão e solidariedade social, deve ser preponderante para o exercício efectivo de igualdade de oportunidades. (Nunes; Rego, 2002)

O conceito de justiça distributiva pretende garantir o direito de acesso de todos os cidadãos aos cuidados básicos de saúde, tendo por base princípios basilares como equidade e solidariedade. O direito à saúde é nos dias de hoje um direito civilizacional que implica a universalidade de acesso a um pacote básico, determinado por procedimentos justos e transparentes, responsáveis e de *accountability*. Cada vez mais urge a necessidade de se estabelecerem prioridades em saúde. Prioridades baseadas na medicina de evidência de forma a promover eficiência económica neste sector, tendo por base uma adequada gestão dos recursos económicos, materiais e humanos. Numa sociedade plural e secular como a nossa, a dignidade da pessoa humana é o pilar básico do funcionamento da sociedade e tal implica que nenhum indivíduo independentemente do seu estatuto económico possa ser excluído do pacote básico de cuidados de saúde.

A liberdade ética individual implica ter acesso a bens básicos, primários, nomeadamente aos cuidados de saúde.

O Estado de “*Welfare State*” defendido por Bismark determinou uma vida social e comunitária assente no ideal de justiça. No entanto, a sociedade, não é inerte, e como tal tem sofrido constantes transformações, pondo em crise este Estado Social. O aumento da esperança média de vida, (secundária à melhoria global das condições de vida a nível educativo, cultural e saúde pública), origina aumento do consumo dos

cuidados de saúde, associados por outro lado ao aumento dos custos relacionados com a prestação de cuidados (aumento do preço de material, profissionais, tecnologias de ponta), consequente do desenvolvimento massivo a nível tecnológico. Tais alterações contribuíram para uma necessidade cada vez mais premente de se estabelecer prioridades no acesso aos cuidados de saúde. (Nunes; Rego, 2002)

A saúde, tal como outros bens sociais, devem ser regidos por princípios cada vez mais justos de distribuição. A afectação de recursos para a saúde, para além de um problema de cariz político deve também e em simultâneo ser observada à luz da justiça distributiva. Os indivíduos enquanto pertencentes a uma sociedade plural e secular, que tem por base o valor inexorável da dignidade humana, devem, todos de igual forma dispor dos meios necessários para um desempenho aceitável nos planos físico, psicológico e social, e espiritual. Para se conseguir o exercício efectivo da cidadania nas sociedades é necessário muitas vezes recorrer à essência do princípio da solidariedade, de forma, a garantir a protecção dos mais desfavorecidos da sociedade, e para tal ser assegurado, se necessário, recorrer ao esforço contributivo dos cidadãos, e assim promover uma política de afectação de recursos de forma equilibrada.

Partindo da ideia assente que a procura de cuidados de saúde é cada vez maior, uma vez que as necessidades individuais são cada vez mais crescentes, quer pela evolução sócio-demográfica, quer como consequência do próprio desenvolvimento tecnológico, a procura de cuidados de saúde tornou-se praticamente ilimitada. Obrigando, assim, a depararmo-nos com uma situação de mercado, de maior procura do que capacidade de resposta face a essa procura, existindo um desfasamento cada vez maior, entre os recursos existentes e os necessários. Decorrente desta situação, o acesso aos cuidados de saúde deve ser racionado usando para isso métodos de estabelecimento de prioridades transparentes e previamente determinados através do princípio da *democratic accountability*.

Existem diferentes modelos conceptuais relativamente ao conceito de justiça na atribuição de recursos na área da saúde. Apesar de existirem diferentes visões sobre Justiça, todas elas defendem o princípio segundo o qual “iguais” devem ser tratados de “forma igual”, isto é o princípio formal da justiça.

Ao longo da história da humanidade foram surgindo diferentes termos da justiça em função da visão de bem comum.

Independentemente do conceito de “justiça”, nas diferentes teorias este é fundamental para garantir o efectivo funcionamento da sociedade como forma de

assegurar a coesão social, atenuar as disparidades entre os mais e menos ricos, garantindo o acesso de qualquer cidadão a bens sociais primários, em função das suas necessidades, tendo por base regras claras no que concerne a direitos e obrigações. Deste modo, a igualdade de oportunidades enquanto imperativo ético e social, promove a todos os cidadãos um determinado nível de condições, começando por satisfazer as necessidades primárias básicas do modelo de *Maslow*, de forma a garantir um “normal” funcionamento, segundo a OMS, a fim de promover o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual.

As diferentes perspectivas e definições de justiça estão também determinantemente associadas a diferentes concepções de valor individual e colectivo de “propriedade”. Robert Nozick, um dos maiores defensores da corrente “libertária”, considera que o valor fundamental de uma sociedade democrática, é a liberdade, e para o seu exercício efectivo, o direito à propriedade. Definindo como propriedade individual o resultado da acção intencional do homem, e considera-a como expressão máxima da sua autonomia. O Estado enquanto redistribuidor da propriedade, apenas interfere na regulamentação e controlo das relações estabelecidas. À justiça por seu lado, cabe-lhe o processo consensual que garante os direitos dos cidadãos. Nozick defende que “...numa sociedade justa, o direito à propriedade e o exercício da liberdade individual são princípios fundamentais e inalienáveis.” (Nozick 1974, *in* Nunes; Rego, 2002, p.5)

Os cidadãos devem usufruir de “procedimentos justos” com a finalidade de garantir os direitos à propriedade e exercício da liberdade, também designada por “justiça processual”. No que diz respeito à distribuição da propriedade através de impostos, é considerada injusta. Considerando estes seguidores que não deva existir verdadeiramente “justiça distributiva” e mesmo “justiça contributiva”, pois considera legitimamente duvidosa a distribuição de propriedade tendo por base o critério de necessidade. (Nunes; Rego, 2002)

Apenas os bens e serviços públicos de primeira necessidade, como a segurança dos cidadãos, defesa nacional, protecção ambiental ou a saúde pública pode justificar o esforço contributivo através da tributação de riqueza, dado que individualmente seria impossível atingirem esses objectivos. Consideram também, que não existe capacidade para garantir políticas de saúde generalizadas, desta forma um direito básico de acesso a cuidados de saúde. A saúde é considerada uma responsabilidade pessoal de cidadania, e não vista como obrigação do Estado. (Nunes; Rego, 2002; Nunes, 2005)

A liberdade de pensamento, expressão ou de associação, nesta corrente, prevalecem face aos valores de igualdade e justiça social, no entanto esta ideologia admite que a igualdade de oportunidades possa ser considerada um meio para atingir o exercício efectivo da liberdade individual.

Segundo John Rawls, “ A justiça é a virtude primeira das instituições sociais, assim como para os sistemas de pensamento.” (Rawls, 1993, p.27) A sociedade é justa se for considerada como assente e definitiva, a igualdade de liberdades e direitos entre os cidadãos, sendo que os direitos inerentes ao conceito de justiça são estanques do poder político ou dos interesses sociais.

A sociedade enquanto associação de pessoas que relacionam entre si, rege-se por regras de conduta. Viver em sociedade implica uma tentativa de cooperação de forma a obter vantagens múltiplas, mas nem sempre consensuais, pois são marcadas por conflitos de interesses. Os conflitos de interesses existem dado que os indivíduos não são indiferentes à forma como os benefícios são distribuídos. Para minorar o efeito dos diferentes interesses, é necessário definir um conjunto de princípios que dêem oportunidade de optar por diferentes formas de ordenação social que determinem a divisão dos bens e benefícios, para isso é necessário que se estabeleça um acordo sobre a distribuição adequada dos mesmos. Estes princípios são designados, princípios de justiça social, “...são eles que fornecem um critério para a atribuição de direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade e definem a distribuição adequada dos encargos e benefícios da cooperação social.” (Rawls, 1993, p.28)

Uma sociedade bem ordenada é aquela que tem como objectivo fulcral uma concepção pública de justiça, e, não apenas para determinados elementos da sociedade.

Rawls teve como objectivo desenvolver uma concepção de justiça social, mais tarde conhecida por teoria do contrato social, também desenvolvida por Locke (1957), Rousseau (1967) e Kant (1970). (Rawls, 1993) Tem por base princípios básicos sob a forma de acordo. Em que esses princípios são aceites por indivíduos livres e racionais, e são estabelecidos a partir de uma situação inicial de igualdade. Os indivíduos estabelecem uma forma de cooperação em sociedade, e eles próprios escolhem em acto comum, os princípios que devem orientar a atribuição de direitos e deveres básicos bem como a divisão dos benefícios da vida em sociedade. Os indivíduos, quando determinam a forma de divisão de bens sociais, fazem-no partindo da “posição original”, situação hipotética, em que ninguém conhece qual a sua posição social, cultural, patrimonial, nem estado de saúde. Os princípios da justiça, pelo qual se vão

reger, são escolhidos e determinados “sobe um véu de ignorância”, garantindo desta forma, que ninguém é beneficiado ou prejudicado na escolha dos mesmos, esta escolha é resultado de um acordo ou negociação equitativa. O facto de não saber em que posição social e económica se estaria, conduz a escolhas que visam distribuir a riqueza de forma a favorecer os mais desfavorecidos, como meio de garantir a diminuição do fosso da desigualdade social, aumentando a coesão, e conseqüentemente a paz, e ainda assegurando a igualdade de oportunidades. (Nunes; Rego, 2002; Nunes, 2005)

A teoria de Rawls é baseada no conceito de “contracto social” no qual o respeito pela liberdade individual e a igualdade de oportunidades são pedras basilares. Na sua doutrina, o Princípio da Diferença tem duas perspectivas do conceito de justiça:

- Cada cidadão deve ter acesso a direitos idênticos no que respeita ao acesso ao sistema mais completo de liberdades básicas, desde que compatível com um sistema análogo de liberdades para os restantes membros da sociedade;

- As desigualdades sociais e económicas apenas são aceites se contribuírem para o benefício dos cidadãos em posição mais desfavorável, e desde que permitam o acesso em igualdade de oportunidades de todos os cidadãos às diferentes posições oferecidas pela sociedade.

No que diz respeito à afectação de recursos para a saúde, esta teoria admite a existência de um nível “aceitável” de cuidados de saúde, nível esse, que dependendo ou não da determinação de um pacote básico de cuidados de saúde deve permitir a prática de cuidados baseados na medicina de evidência, quer no âmbito, de cariz preventivo ou curativo, tendo sempre presente o valor inexorável da vida humana. A divisão em diferentes níveis de prestação de cuidados e acesso consoante o rendimento individual é aceitável, apenas quando o acesso a um nível básico de cuidados de saúde for assegurado a todos os indivíduos.

O Utilitarismo, por seu lado, é alicerçado em correntes ideológicas de natureza consequencialista e teleológicas, e tem grande influência na justiça distributiva. Está na base de muitas reformas sociais da prestação de cuidados de saúde, sobretudo no que diz respeito a medidas de cariz preventivo. Nesta corrente, o que define se uma intervenção tem impacto positivo ou negativo é a sua finalidade, ou consequência. Sendo que os principais valores em causa são a eficiência e o bem comum ou público. O princípio da utilidade é que determina se uma intervenção é legítima ou não. É legítima se promover o maior bem para o maior número de pessoas. Uma das grandes críticas a esta corrente ideológica é que pode ter intervenções discriminatórias face a alguns

grupos, relativamente a outros, podendo pôr em causa o princípio de solidariedade intergeracional, por exemplo com aplicação de medidas de saúde a grupos etários mais jovens em detrimento dos idosos. (Nunes, 2005)

Esta concepção ideológica, encara o direito de acesso aos cuidados de saúde de diferentes formas de acordo com a situação económica e social. A nível dos cuidados de saúde, visa promover os melhores cuidados possíveis, a um maior número possível de pessoas. Os recursos disponíveis devem ser usados promovendo programas que possam ser benéficos para toda a população. À luz da visão utilitarista e quando há desigualdades entre os cidadãos do ponto de vista económico, é aceite e defendida a existência de um nível básico de prestação de cuidados de saúde, salvaguardando o pressuposto que quanto mais saudável for uma sociedade, mais estável e produtiva é.

Em todas as visões de justiça, a liberdade individual é meritória de um valor em si mesmo e determinante para a garantia do exercício efectivo da cidadania.

Os pobres, idosos, deficientes não podem ser considerados verdadeiramente “iguais”, pela própria situação de fragilidade e subordinação em que se encontram socialmente, e pela incapacidade de defenderem os seus direitos e interesses. A igualdade entre todos reside no facto de todos os cidadãos pertencerem à comunidade humana e enquanto ser relacionais prevalecer o sentido de solidariedade. De facto todos somos diferentes quer a nível físico e/ou psicológico, mas temos em comum uma característica inerente ao facto de pertencermos à espécie humana, a racionalidade que confere personalidade a cada cidadão. Deste modo, o conceito de igualdade refere-se a todos os elementos de uma sociedade terem os mesmos direitos, pelo menos no que diz respeito aos direitos básicos e inalienáveis à vida, garantindo a dignidade inerente a todos os seres humanos.

Norman Daniels, enquanto seguidor da teoria de Rawls, refere que o Estado tem um papel preponderante em providenciar cuidados de saúde à população, para que os seus elementos possam ter um desempenho normal, e só assim estar em situação de equidade para usufruir das mesmas oportunidades sociais. À luz desta corrente o direito à protecção da saúde impõe à sociedade o dever de afectar recursos de acordo com as necessidades de saúde dos seus cidadãos.

A escassez de recursos sobretudo no âmbito da saúde pode limitar de certa forma a igualdade de oportunidades. Devendo as escolhas e prioridades de saúde ser regidos por princípios de transparência, democracia, determinadas publicamente, e submetidas

regularmente a processos de auditoria, assentes na noção de *democratic accountability*. (Nunes; Rego, 2002)

Dado, estarmos inseridos, numa comunidade democrática e plural, onde prevalece a visão de justiça social, o direito à protecção da saúde é considerado um direito civilizacional, como expressão máxima da dignidade da pessoa humana, ainda que cada vez mais esteja limitado às questões económicas do sistema. Tem por base princípios éticos subjacentes como a equidade no acesso e a solidariedade no financiamento.

O direito à protecção da saúde deve ser visto à luz das teorias igualitárias, para que todos estejam em iguais condições para poder desenvolver as suas capacidades, e acender aos lugares chave da sociedade, e deste modo, garantir a liberdade ética individual. Mas os valores de índole utilitarista e libertária devem ser cada vez mais considerados, juntamente com a justiça processual, para se alcançar como objectivo último a protecção da saúde e ultrapassar conflitos. Pois, nem sempre a visão de bem comum é unânime.

A promoção da saúde para além de um direito social é um dever individual, e no processo de aculturação deve estar sempre presente. A família como órgão primordial na educação deve incutir junto de outras instâncias sociais, sentido de protecção da saúde com adopção de estilos de vida saudáveis, promoção de medidas de educação para saúde, implementando políticas intersectoriais de saúde, como um investimento social e de saúde, a médio, longo prazo, diminuindo comportamentos de risco, adoptando estilos de vida saudáveis e preventivos. Com o objectivo de termos uma sociedade mais saudável, que necessite de menos cuidados de saúde, tornando-se por outro lado mais coesa e produtiva, justa e garanta o exercício efectivo da cidadania responsável.

Para que o sistema de saúde em Portugal continue a proteger a saúde dos portugueses, deve-se basear nos seguintes pressupostos, equidade, igualdade equitativa de oportunidades no acesso; solidariedade no financiamento; efectividade comprovada das intervenções, com a prática de medicina baseada na evidência; e por último mas não menos importante, a eficiência na utilização dos recursos materiais quer humanos. (Nunes; Rego, 2002; Nunes, 2005) É do conhecimento multidisciplinar que o bom senso, e o bom uso dos recursos existentes e saberes, permitirá alcançar efectividade e eficiência nos cuidados de saúde prestados. (Leal, 2005)

Neste contexto, parece ser de considerar as ajudas técnicas ou mais recentemente designados produtos de apoio bens que deve integrar o pacote básico de cuidados de saúde, a fim de garantir e ultrapassar as limitações impostas pela própria idade e consequências da mesma, e desta forma proporcionar aos nossos idosos, a garantia da igualdade de oportunidades e efectiva da cidadania, da sua dignidade, realçando o valor inexorável da vida humana.

2. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento foi “desde sempre motivo de reflexão dos homens, na aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte”. (Paúl, 2005 *in* Paúl e Fonseca (*coord.*), 2005, p.21) Ao longo da história da humanidade, o conceito de idoso e envelhecimento têm sofrido grandes modificações, por um lado acompanhando a evolução do conhecimento científico, melhorando os conhecimentos sobre fisiologia e anatomia do idoso, por outro lado e inerente a esta evolução científica, uma mudança cultural e social face a estes membros da população ao longo das várias gerações.

O sucesso resultante da evolução tecnológica contribuiu em larga medida para o decréscimo da mortalidade, que aliado à diminuição da taxa de natalidade veio contribuir para o aumento da esperança média de vida.

O facto de vivermos numa sociedade cada vez mais envelhecida levou ao aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, em que o grau de dependência funcional é cada vez maior, o que por sua vez, faz aumentar a necessidade de cuidados de saúde e a necessidade de dependência de terceiros. Tendo por base o valor inexorável da dignidade humana que é inerente a todos os seres humanos independente das suas características físicas, psicológicas e sociais, a garantia à saúde e protecção da saúde bem como aos cuidados diferenciados de acordo com as necessidades individuais é um imperativo ético que deve ser salvaguardado numa sociedade plural, secular que tem por base o sentido de solidariedade social, e igualdade equitativa de oportunidades.

Birren e Zarit (1985), citado em Spar e La Rue, (2005, p.58), propuseram como definição de envelhecimento: “ Envelhecimento biológico, senescência, é um processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de auto-regulação, reparação e adaptação às exigências ambientais.”

Fernandes (2005), considera o envelhecimento um processo diferencial e dinâmico que pressupõe determinadas adaptações, ao longo da vida.

Perceber os meandros do envelhecimento é compreender de forma holística os aspectos individuais e colectivos da vida e por sua vez, uma consciencialização de que o processo de envelhecimento é diferente de pessoa para pessoa. (Imagínario, 2004)

Para Schroots & Yates (1999), citado em Fonseca (2006, p.66), cada percurso de vida configura uma forma única e pessoal, “diferente de todas as outras trajetórias de vida em termos de organização biológica e comportamental, reflectindo-se também essas diferenças, necessariamente, em modos diversos de envelhecer.”

Neste capítulo iremos fazer uma resenha sobre o envelhecimento, definição de idoso, evolução demográfica do envelhecimento no nosso país, principais aspectos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento, o idoso dependente, qualidade de vida do idoso, o papel da família no cuidar de idosos com dependência funcional, bem como alguns dos assuntos mais relacionados com os idosos, visto serem a população alvo do nosso estudo.

2.1. Conceito de Idoso

Idoso é definido no Dicionário da Língua Portuguesa, 2009, da Porto Editora, como “que tem muita idade; velho; anoso; indivíduo de idade avançada.”

As alterações biológicas e psicológicas decorrentes do envelhecimento ocorrem habitualmente, de forma gradual, ao longo de vários anos ou mesmo décadas, e portanto não se pode determinar uma idade exacta para que as pessoas possam ser consideradas velhas. Foi na Alemanha, na década de 80, com Otto von Bismark, que se começou a designar indivíduos com 65 ou mais anos como “velhos”, definindo essa idade como idade de início para poder beneficiar de certos benefícios sociais. (Spar e La Rue, 2005)

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é uma pessoa com 65 ou mais anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde. Para os países desenvolvidos, e para os países em desenvolvimento a faixa etária é considerada a partir dos 60 anos. “A idade dos 65 anos não só é aceite pela OMS como também pela ONU para os países desenvolvidos.” (Paschoal, 2000 *cit in* Imaginário, 2004, p.45)

No entanto, o número crescente de pessoas activas e saudáveis, no extremo entre jovens e mais envelhecidos, levou à necessidade de agrupamentos etários mais definitivos. Desta forma, a OMS² definiu três grupos de idosos em função da idade cronológica agrupando-os em: “idoso jovem” dos 60 aos 74 anos; “idoso idoso” dos 75

² WHO Centre for Health Development- Ageing and Health Technical Report Volume 5 - A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons - World Health Organization: 2004.

aos 84 anos; e “muito idosos” com 85 ou mais anos. Contudo, o factor cronológico não é, o único factor que explica e determina o envelhecimento. Pelo contrário, existem vários factores determinantes do envelhecimento, nomeadamente: o desenvolvimento dos cuidados de saúde, o desenvolvimento tecnológico, a melhoria das condições de vida, o decréscimo da taxa de natalidade, e a própria individualidade inerente a cada ser humano.

Consideram-se pessoas idosas os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade de reforma. Quanto às designações, são utilizadas indiferentemente, pessoas idosas ou com 65 e mais anos, dado não existir nenhuma norma específica a nível mundial. No entanto, usamos neste trabalho, a definição vigente para o Instituto Nacional de Estatística, idoso é “indivíduo com 65 ou mais anos”, conceito em vigor desde 04/07/2005.

Existem diferentes definições de idoso consoante a idade cronológica. (Ocampo, 2005)

Quadro 1- Definição de Idosos em Função da Idade Cronológica

Grupo	Idades
Idosos Jovens	Menores de 74 anos
Idosos Adultos	Entre 75 e 84 anos
Grandes Idosos	Entre 85 e 99 anos
Centenários	Entre 100 e 105 anos
Supra-centenários	Maiores de 105 anos

Adaptado de Ocampo José: Evaluación Geriátrica Multidimensional Del Anciano En Cuidados Paliativos. Persona y Bioética 9 n. 2; 2005:46 – 58.

Outros gerontólogos subdividem os idosos cronologicamente como: idoso jovem (65-74), idoso médio (75-84) e idoso idoso (85 e mais anos), contudo a maioria prefere classificar as pessoas segundo a sua idade funcional, devendo este conceito estar relacionado com a saúde, bem como com a independência física, a função social e psicológica. (Staab e Hodges, 1997, *cit in* Imaginário, 2004)

Apesar destas distinções, também serem arbitrárias, podem ser úteis para determinar diferenças entre os níveis de funcionamento, ajudando a não generalizar indiscriminadamente sobre as características dos idosos. (Spar e La Rue, 2005)

Ser idoso é, assim, uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. A condição de ser idoso surge na sequência da história de

vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. (Paúl, 2005 in Paúl e Fonseca (coord.), 2005)

2.2. O Envelhecimento Demográfico

O interesse pelo idoso e pelo envelhecimento é relatado desde a história da humanidade retrocedendo aos primórdios. A concepção de idoso é descrita em vários livros, foi tema de reflexão de vários filósofos, médicos, políticos ... sociólogos ao longo de gerações até aos nossos dias. “A leitura histórica sobre as representações dos idosos em vários tempos e contextos é diversificada, surgindo-nos imagens em que os idosos são respeitados e valorizados e outras em que são ridicularizados e alvo de chacota”. (Paúl, [et al], 2005 in Paúl e Fonseca (coord.), 2005, p.22)

Foi em 1903, que Elie Metchnikoff, Prémio Nobel e professor do instituto Pasteur, propôs à Humanidade uma nova ciência, a Gerontologia, a ciência que tem como objecto o estudo dos idosos. Mas só mais tarde, e já após a segunda guerra Mundial é que a gerontologia enquanto Ciência passou a ter um papel relevante. Em 1945, foi criada a primeira associação, *Society of Gerontology*, na América do Norte, e surgiram as primeiras publicações na área, no *Journal of Gerontology*. A partir do século XX, em específico da década de 80, é que o desenvolvimento nesta área se tornou exponencial, consolidada pelo crescente número de idosos em todo o mundo. A importância crescente no âmbito desta temática culminou inclusive com a consagração do ano de 1999 como o ano Internacional Dos Idosos, implementado pelas Nações Unidas e celebrado em vários países, do qual Portugal não foi excepção. Políticas de protecção ao idoso foram então amplamente divulgadas. (Paúl, 2005 in Paúl e Fonseca (coord.), 2005)

O envelhecimento da população é um fenómeno vigente a nível mundial. Nas últimas décadas temos assistido a uma mudança estrutural, da sociedade. A esperança média de vida, sobretudo nos países industrializados, ditos desenvolvidos, bem como os em via de desenvolvimento, teve um aumento significativo, essencialmente devido, aos progressos científicos e tecnológicos que revolucionam, o progresso da medicina, melhorando a qualidade assistencial no âmbito dos cuidados de saúde, desenvolvimento e implementação de melhores medidas sociais, de salubridade e higiene, educação e a nível da alimentação também grandes desenvolvimentos surgiram contribuindo para

melhor estado nutricional da população. Medidas estas, que contribuíram em larga escala para a diminuição da mortalidade, infantil em particular e da população em geral. Em consonância com este fenómeno, verificou-se uma diminuição das taxas de natalidade, esgotado o período do *baby boom*, que decorreu entre o início de 1940 e 1960, uma diminuição das taxas de fecundidade fez acentuar o processo de envelhecimento demográfico, no mundo desenvolvido, e na Europa em particular. (Figueiredo, 2007)

Desde meados do século XX, que na Europa, se assiste à redução do Índice Sintético de Fecundidade (ISF), indicador que traduz o número de nados vivos por mulher em idade fecunda. Os valores têm descido abaixo do limiar de substituição das gerações (2,1 crianças por mulher) em 1975, atingindo valores de 1,5 em 2003. (INE, 2005) Também em Portugal, os valores do ISF, apresentam tendência de descida, atingido valores de: 1,46 em 2001, 1,33 em 2007, 2008 de 1,37 e em 2009 de 1,32. O indicador é inferior ao estimado para a Europa dos 27, que é de 1,5 crianças por mulher. (INE- 2009) “De referir o contributo favorável para o espaço comunitário, em 2008, ano para o qual a informação não está completa para todos os países, em particular da França (2,02 em 2008 contra 1,98 em 2007) que passou a deter o primeiro lugar seguindo-se o Reino Unido (1,94 crianças por mulher), e a Suécia (1,91 crianças por mulher); o nível mais baixo localiza-se na Polónia (1,23 crianças por mulher). O valor da Irlanda disponível (2,03 crianças por mulher) reporta-se a 2007, ano em que apresentava o indicador mais elevado da União Europeia. Os níveis de fecundidade alcançados na Europa são tão fracos que a hierarquização dos países se procede na ordem das centésimas.” (INE, 2009a)

Em consonância com a descida dos níveis de fecundidade, observa-se o aumento da esperança de vida. A esperança de vida à nascença tem apresentado uma tendência generalizada de acréscimo na Europa, para o que muito tem contribuído a descida dos níveis de mortalidade, particularmente o declínio da mortalidade infantil, acarretando aumento de idosos com idades cada vez mais elevadas.

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no relatório do Desenvolvimento Humano 2010, existe uma tendência dominante e global da esperança média de vida, com os países pobres a aproximarem-se das médias dos países desenvolvidos. Neste mesmo relatório e segundo análise do índice de desenvolvimento humano, nos últimos quarenta anos, a esperança média de vida subiu dos 59 anos em 1970 para os 70 em 2010. “...por exemplo subiu 18 anos nos Estados

Árabes entre 1970 e 2010, por comparação com oito anos na África Subsariana.” (PNUD, 2010a, p.2)

Nos últimos anos, em Portugal, a população idosa com idades iguais ou superiores a 65 anos, sofreu uma grande alteração em termos de valores demográficos estima-se que tenha duplicado, representando valores na ordem dos 16,7% do total da população. Prevê-se de acordo com as projecções mais recentes que dentro de 50 anos o grupo populacional de idosos atinja uma proporção de 32% da população total. (INE, 2004)

Do mesmo modo, o índice de envelhecimento terá tido um incremento. Ou seja, a relação entre a população idosa e a população potencialmente activa (15 aos 64 anos de idade), quase duplicou entre 1960 e 2004, passando de 13 para 25 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa, prevendo-se que este valor mais do que duplique até 2050. (INE, 2005)

O aumento médio dos níveis de esperança de vida a par, do progressivo envelhecimento demográfico, levam-nos a um envelhecimento da própria população idosa, o número de pessoas muito idosas (com 85 ou mais anos) será cada vez maior.

Entre 1987 e 2006, a importância relativa da população com 80 ou mais anos de idade teve um incremento significativo. O aumento da população idosa (com 65 ou mais anos de idade) em percentagem da população total é particularmente evidente na população mais idosa (com 80 ou mais anos de idade), verificando-se que a proporção de pessoas com 80 ou mais anos de idade duplicou, passando de 2%, em 1987, para 4%, em 2006. (INE, 2007)

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspectivas, individual e demográfica.

Individualmente, o envelhecimento assenta na maior longevidade dos indivíduos, ou seja, no aumento da esperança média de vida. O envelhecimento demográfico, por outro lado, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento consegue-se em detrimento da população jovem, e/ou em detrimento da população em idade activa.

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem evidentes na comparação das pirâmides de idades em 1970 e 2008 e nas previsões apontadas para 2060.

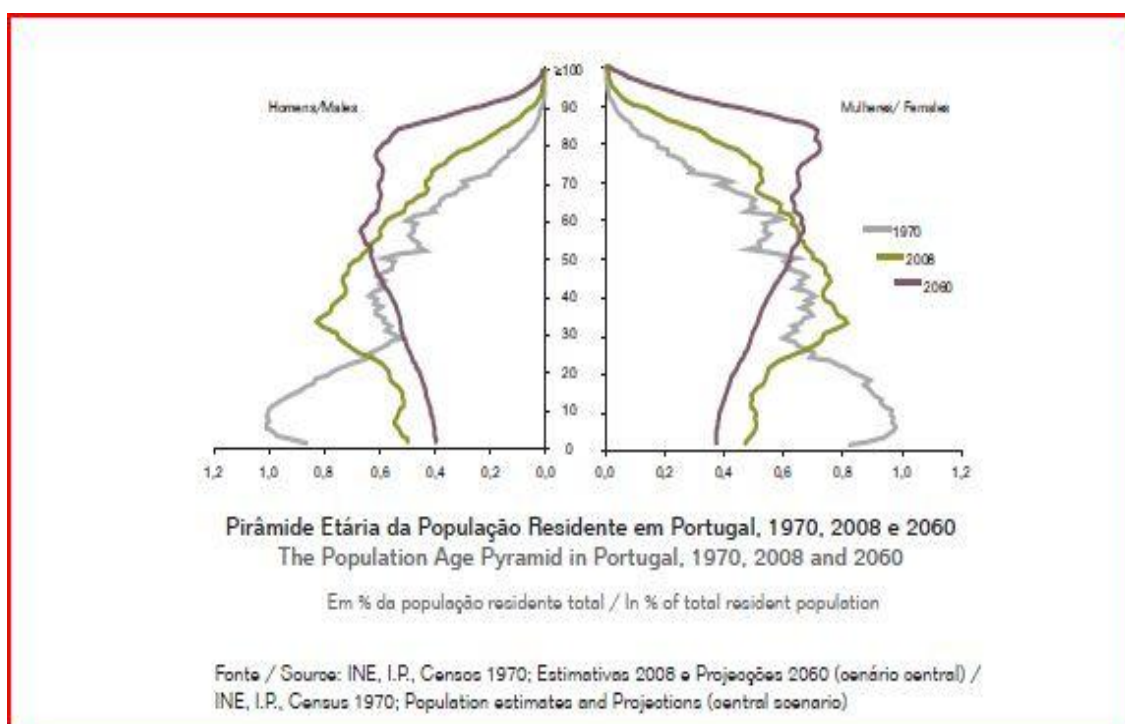


Gráfico 1- Pirâmide Etária da População Residente em Portugal, 1970, 2008 e 2060

A pirâmide etária da população portuguesa tem vindo a sofrer alterações devido a uma inversão demográfica. Verifica-se actualmente, a inversão das pirâmides etárias, ou seja, a mudança de uma pirâmide de forma triangular (pirâmide com base alargada, resultado do elevado número de jovens, com estreitamento do topo, devido à diminuição da população idosa), para uma pirâmide em forma de “urna”, (estreitamento da base, diminuição da taxa de natalidade e alargamento do topo, resultado do aumento da esperança média de vida). Fenómeno observado na maioria dos países desenvolvidos, ocupando assim, a população idosa, um papel cada vez mais importante na estrutura demográfica mundial. (INE, 2002)

Analisando comparativamente as pirâmides etárias da população residente em Portugal, observa-se um duplo envelhecimento, representado pelo estreitamento da base e pelo alargamento do topo da pirâmide etária. Decorrente, sobretudo, da redução da natalidade e do aumento da longevidade que se tem verificado em Portugal.

A diminuição da mortalidade, sobretudo no modelo de mortalidade por idades é encontrada como a principal causa explicativa do envelhecimento no topo da pirâmide por idades. De facto, os ganhos alcançados com o desenvolvimento científico e tecnológico, tornaram possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas

idosas. Na Europa esta situação ocorre com a designada transição epidemiológica ligada à diminuição dos óbitos causados por doenças infecciosas e que terminou em toda a Europa Ocidental entre 1950 e 1960. (INE, 2008) A esta transição epidemiológica seguiu-se um período de recuo da mortalidade como consequência dos progressos terapêuticos na luta contra as doenças de degenerescência orgânica (cancro e doenças cardiovasculares) e a importância da prevenção. (INE, 2008)

Estima-se que entre 1970 e 2008 a população residente tenha aumentado de 8 663 milhares para 10 627 milhares de indivíduos, como reflexo da imigração. Nas projecções efectuadas prevê-se, que a população diminua para cerca de 10 360 milhares de indivíduos, em 2060. Apesar do sexo feminino continuar a ser prevalente, estima-se que o crescimento seja mais significativo nos homens. As estimativas apontam para que a população jovem diminua para cerca de metade, tanto para homens como para mulheres. Ao contrário, os idosos quadruplicam sendo o acréscimo é mais forte no sexo masculino. (INE, 2010)

A evolução da natalidade e da mortalidade, bem como dos valores estimados de saldo migratório, produzem efeito na dimensão da população residente mas também na sua estrutura etária.

Assim, em 2009 e comparativamente com o ano anterior, a proporção de jovens (indivíduos dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 15,3% para 15,2% da população residente total (16,0% em 2000). Também a proporção dos indivíduos em idade activa (indivíduos dos 15 aos 64 anos de idade) diminuiu, passando de 67,1% para 66,9% (67,7% em 2000). Por outro lado, e em sentido oposto, verificou-se um aumento do peso relativo da população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) de 17,6% para 17,9%. Em resultado destas alterações e para o mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento aumentou de cerca de 116 para cerca de 118 idosos por cada 100 jovens (102 em 2000), como poderemos constatar pela análise dos gráficos seguintes. (INE, 2009b)

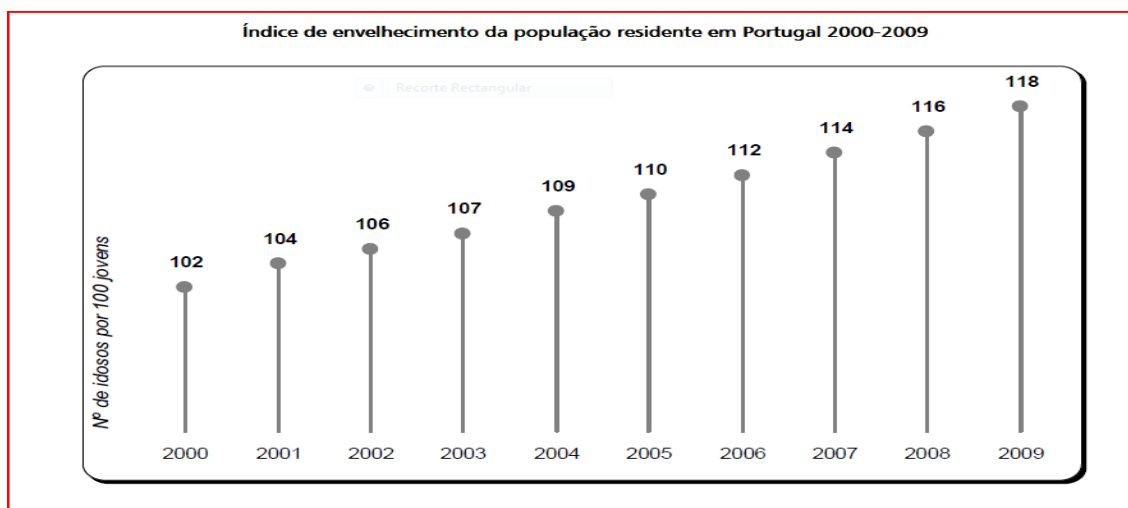


Gráfico 2 – Índice de Envelhecimento da População Residente em Portugal 2000-2009

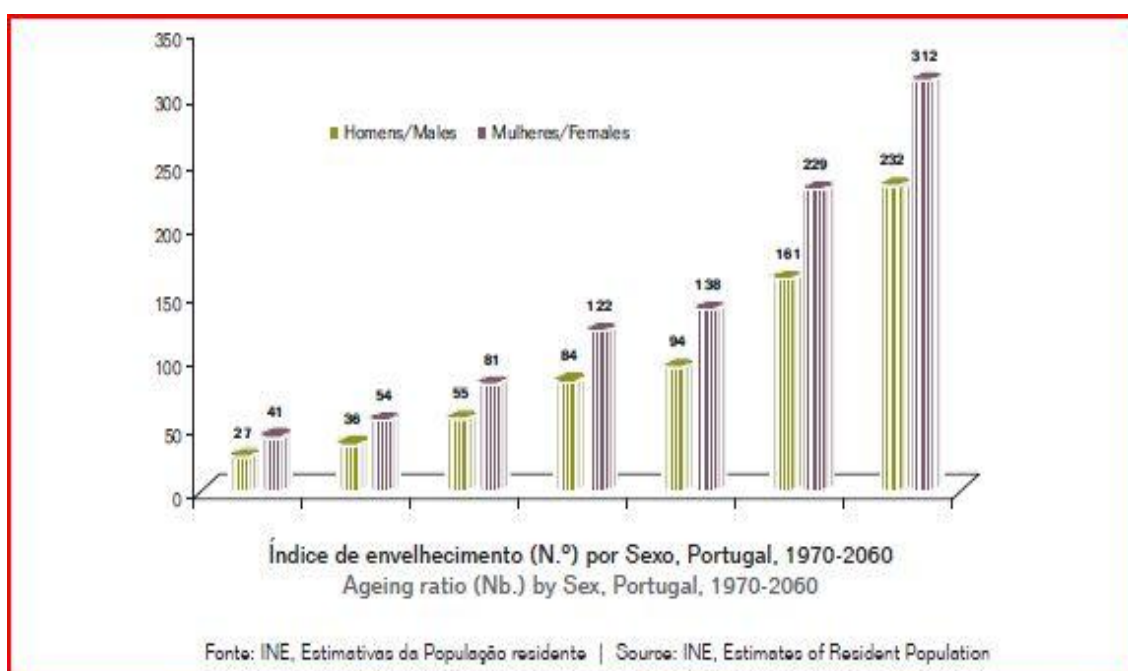


Gráfico 3 – Índice de Envelhecimento por Sexo em Portugal, 1970-2060

O índice de envelhecimento da população, que traduz “o rácio” entre a população idosa e a população jovem, reflecte bem o envelhecimento da população nestes últimos 20 anos; se em 1987 por cada 100 jovens residiam em Portugal cerca de 56 idosos, este valor duplicou, ascendendo aos 112 idosos por cada 100 jovens em 2006 (INE, 2007)

No gráfico seguinte poderemos comprovar o decréscimo de número de jovens e o simultâneo aumento do número de idoso em Portugal entre os anos de 1960 e 2000, tendência que se mantém actualmente.

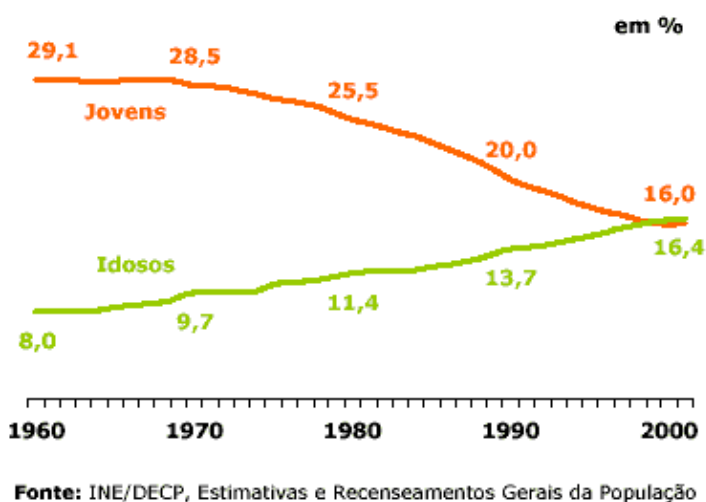


Gráfico 4 - Evolução da Proporção da População Jovem e Idosa, Portugal 1960 - 2000

A proporção de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) na população total aumentou representando, em 2008, 15,2 % e 19,9 % de homens e mulheres, respectivamente. Prevê-se que em 2060 atinja 29,5% nos homens e 35,0% nas mulheres. Por outro lado, a população jovem, com menos de quinze anos, evidencia um decréscimo. Entre 1970 e 2008 o índice de envelhecimento passa de 27 idosos por cada 100 jovens, para 94, no caso dos homens e de 41 para 138 no caso das mulheres. (INE, 2010)

Segundo as projecções médias de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população mundial com 65 ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6% em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem.

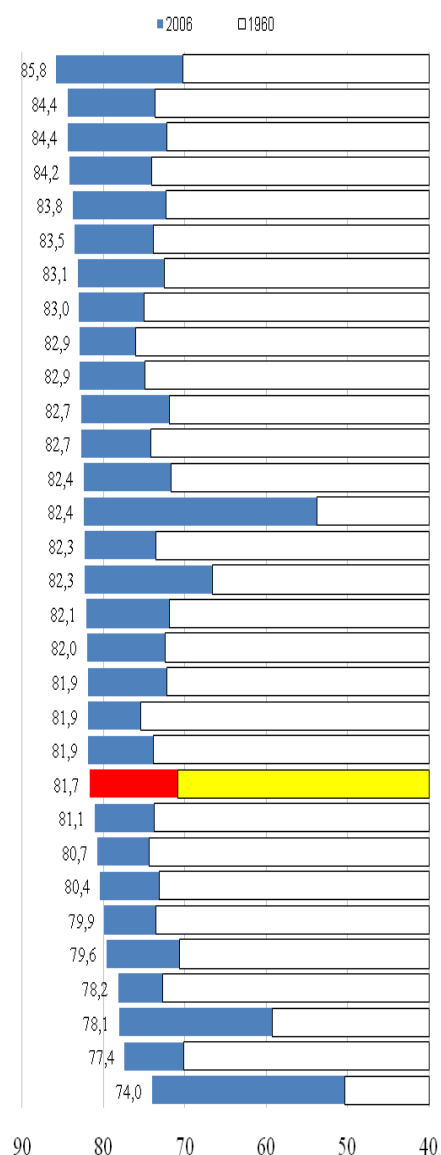
Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, processos migratórios, e à semelhança do que se verifica no Mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea, entre o interior e o litoral. (INE, 2008)

“Em 31 de Dezembro de 2007, a população residente em Portugal foi estimada em 10 617, 6 milhares de indivíduos, dos quais 5 138,8 homens e 5 478,8 mulheres. Comparativamente ao ano anterior, a população residente aumentou 18, 5 milhares de indivíduos, ou seja 0,17%, confirmando-se a desaceleração do ritmo iniciada em 2003. O acréscimo é praticamente idêntico nos homens e nas mulheres”. (INE, 2008)

O aumento do número de idoso e consequente aumento da esperança média de vida é um fenómeno tem estado presente nos demais países da OCDE, tanto no que se refere a população feminina como masculina. Como podemos ver no gráfico seguinte:

Expectativa de vida à nascença, em anos, para homens e mulheres, de 1960 a 2006³

Mulheres



Homens

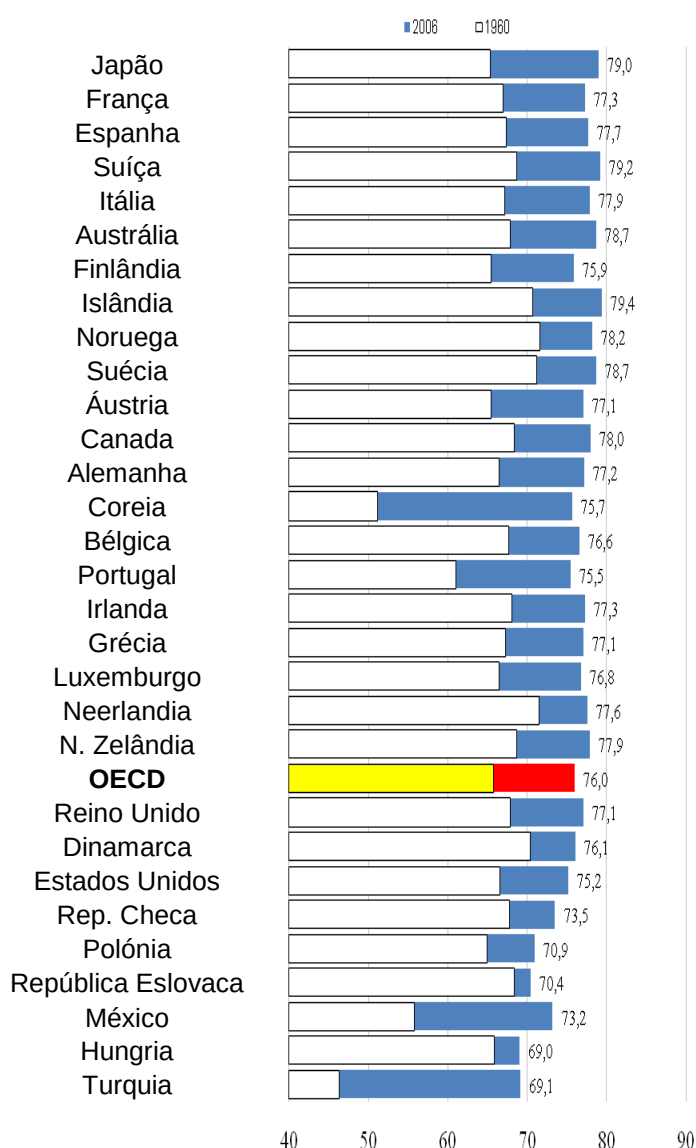
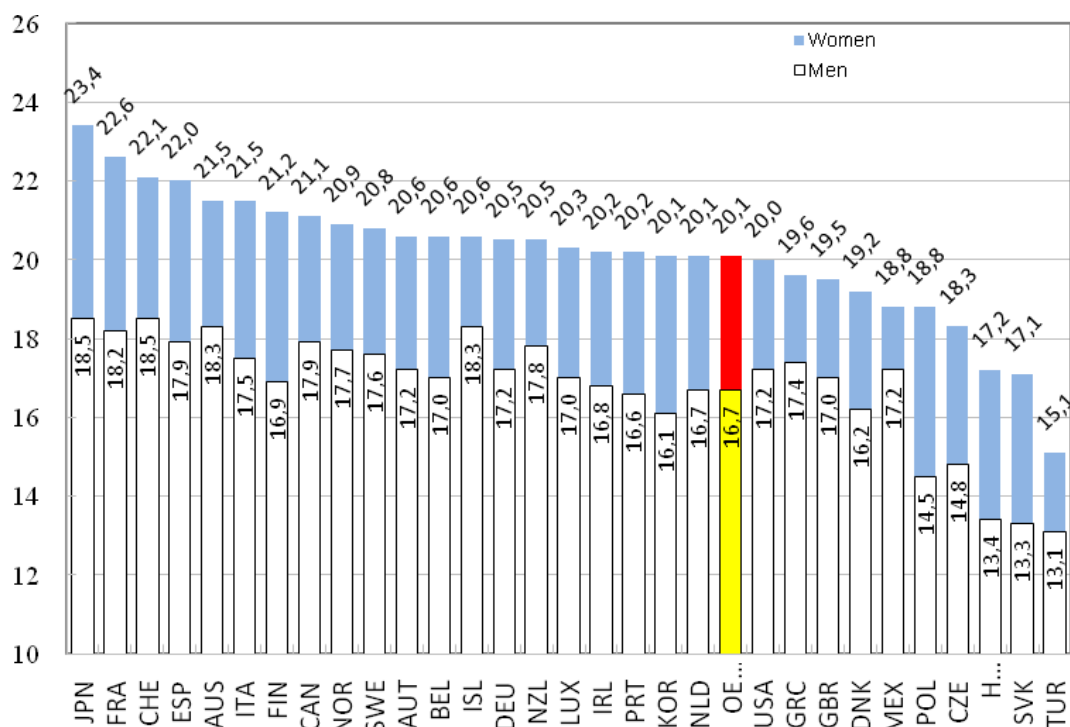


Gráfico 5 - Expectativa de Vida à Nascença, em Anos, Nos Países da OCDE

³ 2005 for Canada, the United Kingdom and the United States; 2004 for Italy
[Society at a Glance 2009: OECD Social Indicators - OECD © 2009 - ISBN 9789264049383](#)
 7. Health Indicators -Version 1 - Last updated: 29-Apr-2009.

É consensual que o aumento da esperança média de vida é claro em todos os países da OCDE (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) sendo os países nórdicos, a par do Japão, os que têm expectativas de vida mais elevadas para ambos os sexos.



Fonte: OECD Health, 2008, OECD, Paris (www.oecd.org/health/healthdata).

Gráfico 6 – Expectativa de Vida aos 65 anos, Homens e Mulheres, Em 2006, por Sexo

A realidade do século XXI é de que os países estão cada vez mais envelhecidos, tendendo a ficar tanto mais evidenciada esta progressão quanto maior for o índice de desenvolvimento e industrialização do país. Definindo a idade de 65 anos, muitos países ultrapassaram o índice de envelhecimento de 15%, aproximando-se dos 20% no ano de 2000, estimando-se para o ano de 2020 um índice de 25%. (Guillén Llera, 1994 *cit in* Imaginário, 2004)

É inquestionável que o envelhecimento progressivo da população, será, num futuro próximo, uma das principais problemáticas sociais a resolver. O que implicará reestruturação das políticas económicas e sociais tendo por base essas mesmas alterações demográficas.

Este facto justifica a necessidade crescente de investigação neste domínio, tentando conhecer a população idosa numa perspectiva biopsicossocial, com o intuito de

melhorar no dia-a-dia a sua qualidade de vida, promovendo um envelhecimento activo e bem sucedido. E segundo o PNUD, contribuir para alcançar um dos grandes objectivos de desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (ONU), “apelar a um acompanhamento global e consistente do progresso da saúde, na educação e nos padrões de vida globais...para dar às pessoas a oportunidade para uma vida mais longa, saudável e produtiva.” (PNUD, 2010a, p.2) Para tal é fundamental identificarmos os factores que determinam a qualidade de vida dos idosos, a forma como estes a percebem e a vivenciam através do seu estilo de vida.

O desenvolvimento cada vez maior de doenças crónicas na população, exige que se consiga proporcionar aos indivíduos a manutenção da sua vida activa, o que adquire um significado especial na população idosa por todas as dificuldades e limitações que lhe são inerentes.

2.3. Aspectos Biológicos, Psicológicos e Sociais do Envelhecimento

O processo de envelhecimento é um processo complexo que pode ser interpretado sob diversas perspectivas, no entanto é um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças que ocorrem nos indivíduos, com o decorrer do tempo. Este processo está ligado a diferentes processos de diferenciação e crescimento, que resultam de factores internos como o património genético, e factores externos como por exemplo educação, estilos de vida, ambiente envolvente ao indivíduo. Poderemos considerar que a principal característica do envelhecimento é ser inter e intra- individual (Figueiredo, 2007)

Segundo Ocampo (Ocampo, 2005), o envelhecimento é um processo normal que atravessa o ciclo vital dos homens, desde a sua concepção até a morte. Este autor, caracteriza-o como um processo individual, universal, progressivo e irreversível. Contradizendo conceitos antigos que definiam o início do processo de envelhecimento a partir de determinada idade cronológica, por exemplo 60 ou 70 anos.

Diferentes idosos com a mesma idade cronológica podem apresentar diferentes padrões de envelhecimento ao nível das diferentes funções, sendo elas, físicas, psicológicas e ou sociais. Envelhecer pressupõe, portanto, alterações físicas, psicológicas e sociais, naturais e gradativas, no indivíduo. De acordo com Schroots e Birren (1980), citado por Figueiredo (2007, p.31), o envelhecimento tem três categorias:

“o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; o psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência; e o social, relativo aos papéis sociais apropriado às expectativas da sociedade para os idosos.”

O envelhecimento pode ser classificado em primário (normal) ou secundário (patológico), sendo que o primeiro refere-se ao processo de senescência normal onde as qualidades inerentes à vida e à sobrevivência são substituídas por outras. Relativamente ao envelhecimento secundário, refere-se a lesões patológicas potencialmente reversíveis que aparecem com o aumento da idade cronológica, resultantes dos efeitos acumulados das agressões ambientais, traumatismos e doenças. Essas lesões quando associadas a diferentes alterações normais decorrentes do aumento da idade, podem contribuir para alterar ainda mais a capacidade de adaptação do indivíduo. Determinados problemas fisiológicos e doenças que acompanham o envelhecimento são muitas vezes confundidas com a própria manifestação do envelhecimento normal. Por exemplo, a esclerose arterial, hipertensão, *diabetes mellitus*, relacionam-se com factores intrínsecos e extrínsecos, e concomitantemente são patologias que aumentam com a idade. (Berger e Mailloux - Poirier, 1995)

O envelhecimento biológico refere-se às alterações físicas que reduzem a eficiência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo do indivíduo, repercutindo-se numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático, que em condições normais não seria suficiente para causar perturbações funcionais. Quando o declínio na funcionalidade é significativo, o idoso fica em posição mais vulnerável e susceptível ao aparecimento de doenças crónicas, podendo levar a alterações da capacidade funcional, e consequentemente ameaçar o estado de autonomia e independência. (Netto e Ponte, 2000 *cit in* Figueiredo, 2007)

A senescência não é sinónimo de doença, mas um processo gradual e normal de deterioração biológica que aumenta a susceptibilidade do indivíduo à doença e à morte, caracterizada pela diminuição da capacidade fisiológica global dos órgãos e sistemas, que se torna relevante pela diminuição da capacidade adaptativa de reacção às alterações do meio ambiente. (Figueiredo, 2007)

As principais características do processo de senescência, segundo Cruz (Cruz, 1996 *cit in* Figueiredo, 2007), são: a) aumento da mortalidade, ultrapassada a fase de maturação; b) modificações na composição química do organismo; c) transformações

progressivas, que conduzem à deterioração morfológica e funcional; d) menor capacidade de resposta, a todos os níveis biológicos, perante agressões e alterações ambientais; e e) aumento da vulnerabilidade a doenças.

As modificações fisiológicas e anatómicas associadas ao envelhecimento começam muito antes dos primeiros sinais de manifestação exterior, as primeiras modificações começam a surgir logo por volta do final da segunda década de vida, tornando-se mais evidentes por volta dos quarenta anos com aparecimento das primeiras alterações funcionais e/ou estruturais. (Berger e Mailloux - Poirier, 1995)

De seguida passaremos a apresentar as principais alterações estruturais e funcionais do envelhecimento primário.

Quadro 2 - Alterações Estruturais no Envelhecimento Primário (adaptado de Berger e Mailloux-Poirier, 1995)

Alterações Estruturais
a) Células e tecidos: • Diminuição do número de células activas; • Aparecimento de lipofusцина e de estatina em diversas células; • Abrandamento do ritmo da multiplicação celular; • Diminuição do número de glóbulos e perda de eficácia; • Modificação dos tecidos gordos e subcutâneos; • Atrofia e perda de elasticidade tecidular. b) Composição global do corpo e peso corporal: • Aumento do tecido gordo em relação ao tecido magro; • Modificações no peso corporal e no peso dos órgãos. c) Músculos, ossos e articulações: • Diminuição de 25% a 30% da massa muscular; • Diminuição da mobilidade de diversas articulações; • Adelgaçar dos viscos vertebrais, o que provoca uma redução de 1,2 cm a 5 cm na altura; • Redução da dimensão da caixa torácica; • Perdas de cálcio (osteoporose); • Diminuição no funcionamento locomotor e problemas de equilíbrio. d) Pele e tecido subcutâneo: • Perda dos tecidos de suporte subcutâneos; secura e adelgaçar da pele; possibilidade de equimoses e queratoses; modificações vasculares e

cutâneas múltiplas; • Atrofia e baixa de eficácia das glândulas sebáceas e sudoríparas; • Perda da elasticidade da pele; • Persistência da prega cutânea; • Aparecimento de rugas; • Acentuação das proeminências ósseas; • Descair da face, queixo e pálpebras, e alongamento dos lobos das orelhas. e) Tegumentos: • Pêlos finos e raros, excepto na face; • Perda de cabelo, calvície ou cabelos brancos; • Acinzentar ou descolorir dos cabelos; • Espessamento das unhas (onicogribose).

Quadro 3 - Alterações Funcionais no Envelhecimento Primário (adaptado de Berger e Mailloux - Poirier, 1995)

Alterações Funcionais
a) Sistema cardiovascular: • Degenerescência cálcica das válvulas; • Diminuição de 18% do volume de água; • Diminuição de 40% do débito cardíaco (capacidade máxima); • Aumento da tensão arterial em repouso (sístole e diástole); • Redistribuição do fluxo sanguíneo: o cérebro, artérias coronárias e músculos esqueléticos recebem um maior fluxo residual do que o fígado e rins; • Perda de elasticidade dos vasos e acumulação de depósitos nas paredes; • Aumento da resistência dos vasos periféricos. b) Sistema respiratório: • Perda da capacidade de expansão pulmonar; • Diminuição da capacidade respiratória; • Diminuição do consumo basal de oxigénio; • Possibilidade de enfisema e bronquite senil; • Atrofia e rigidez pulmonar; • Problemas de expectoração das secreções brônquicas. c) Sistema renal e urinário: • Diminuição do número de nefrónios;

- Diminuição da taxa de filtração glomerular, de filtração tubular e do fluxo sanguíneo renal;
- Possibilidade de incontinência;
- Micções mais frequentes e menos abundantes.

d) Sistema gastrointestinal:

- Modificação dos tecidos dentários, mais difícil ajustamento das próteses dentárias, perda de dentes, cáries, etc.
- Mais lenta cicatrização da mucosa oral;
- Atrofia da mucosa gástrica e da secreção dos sucos digestivos (lípase);
- Diminuição da secreção de ácido clorídrico, da pepsina e do suco pancreático;
- Perturbações da absorção;
- Diminuição da secreção de enzimas hepáticas e da acção anti-tóxica do fígado;
- Ligeira baixa da absorção intestinal;
- Diminuição da motilidade do intestino grosso e retardar da evacuação.

e) Sistema nervoso e sensorial:

- Diminuição do número de unidades funcionais no cérebro;
- Perda de massa cerebral;
- Baixo consumo de oxigénio pelo cérebro e da perfusão cerebral;
- Declínio gradual da condução nervosa e demora no tempo de reacção;
- Diminuição da condução periférica e dos neurotransmissores;
- Perda de eficácia dos proprioceptores;
- Dificuldade no controlo da postura e no equilíbrio;
- Perda da motricidade fina;
- Alteração do controlo do sistema autónomo;
- Diminuição da capacidade mnemónica a curto prazo;
- Elevação do limiar da percepção do sabor e odores;
- Diminuição das sensações tácteis e das que se relacionam com a pressão e a temperatura;
- Diminuição auditiva (presbiacusia), sobretudo para os sons agudos;
- Sensações auditivas anómalas (acufenos)
- Diminuição da adaptação à iluminação insuficiente e à visão nocturna;
- Presbitia e presbiopia;
- Redução da acuidade visual e da visão periférica;

- Possibilidade de cataratas senis e/ou glaucoma.
- f) Sistema endócrino e metabólico:
 - Possibilidade de perturbação no metabolismo da glicose;
 - Abrandamento da utilização periférica da tiroxina;
 - Alterações menores do funcionamento cortico-supra-renal;
 - Baixa do metabolismo basal;
 - Diminuição da taxa de estrogénio.
- g) Sistema reprodutor:
 - Atrofia dos órgãos genitais internos e externos;
 - Modificação do ritmo de erecção e de ejaculação;
 - Modificação da libido no homem e na mulher;
 - Cessação da actividade reprodutora na mulher (menopausa).
- h) Sistema imunitário:
 - Lentidão da resposta imunitária a um antígeno;
 - Imunodeficiência relativa.
- i) Ritmos biológicos e sono:
 - Modificação das fases do sono;
 - Períodos mais frequentes de sono ligeiro;
 - Diferente repartição das horas de sono.

Todas estas alterações, estruturais e ou funcionais, vão diminuir a capacidade de adaptação do organismos. Isto é, uma diminuição da capacidade funcional, aumentando por outro lado a vulnerabilidade à doença, sobretudo a doenças crónicas que comprometem de forma severa o seu quotidiano e a sua qualidade de vida.

A maior parte dos idosos sofrem de doenças crónicas que resultam não só à deterioração associada à idade e ao processo de envelhecimento, mas também a factores ambientais.

Segundo Cormier e Trudel, 1986, citado em Berger Mailloux-Poirier, (1995), os principais problemas de saúde associados aos idosos são: problemas cardíacos e cérebro-vasculares, hipertensão, artrite e reumatismo, diabetes, doenças do sistema respiratório, problemas mentais, neoplasias...anemia. E, as causas de morbilidade hospitalar, por ordem são: primeiro os problemas cardíacos e circulatórios, neoplasias, problemas do foro digestivo, problemas urinários (homens), e sistema nervoso (mulheres) e em quinto lugar as doenças relacionadas com o sistema respiratório. Watson (2008), refere que o envelhecimento está associado à incapacidade e co-

morbilidades, à condição física, e ao aparecimento de doenças cardiovasculares, diabetes, artrite (reumatóide e osteoartrite) bem como cancro, que aumentam com a idade. A nível das doenças com principal repercussão na saúde mental e dependência temos sobretudo as demências, responsáveis por elevado nível de dependência, incapacidade e stress, quer para os idosos quer para as famílias. (Figueiredo, 2007)

Os problemas relacionados com o envelhecimento biológico não tem que ser necessariamente “combatidos”, visto fazerem parte do processo de adaptação do indivíduo, no entanto, por vezes podem ser modificados, apesar de serem múltiplos e complexos. Daí a importância de conhecer as principais alterações a nível biológico, para usando estratégias de prevenção, retardar ou diminuir as suas consequências negativas, promovendo um envelhecimento saudável e activo, em que a responsabilidade individual de cada idoso a atitude positiva quanto ao potencial de saúde deve ser desenvolvida e promovida.

Nos idosos os problemas psicológicos ligados ao envelhecimento nem sempre, estão directamente relacionados com diminuição das capacidades cognitivas. Mas sim com as perdas de papéis, crises, doenças, fadiga, desenraizamento e outros factores que diminuem a capacidade de concentração e de reflexão dos idosos. (Berger e Mailloux - Poirier, 1995)

Em termos psicológicos quando falamos em envelhecimento, remetemos de imediato para duas áreas importantes: a personalidade e o funcionamento cognitivo, bem como dentro deste último a inteligência, memória e aprendizagem. De seguida iremos abordar os efeitos do envelhecimento no funcionamento cognitivo.

Quadro 4 - Efeitos do Envelhecimento no Funcionamento Cognitivo (adaptado de Spar e La Rue, 2005)

Aptidão	Sentido da mudança no envelhecimento	Comentário
<i>Inteligência</i> • Vocabulário, fundo de conhecimento • Habilidades perceptivomotoras	Estável ou crescente declínio Em declínio	Pode declinar ligeiramente em idades muito avançadas; mais pronunciado em tarefas novas. Começa pelos 50-60 anos

<i>Atenção</i> • Campo de atenção • Atenção complexa	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído, deslocar a atenção.
<i>Linguagem</i> • Comunicação • Sintaxe, conhecimento de palavras • Fluência, nomeação • Compreensão • Discurso	Estável Estável Declínio ligeiro Estável a declínio ligeiro Variável	Na ausência de déficit sensorial, Varia com o grau de instrução; Lapsos ocasionais em encontrar palavras. Alguma erosão no processamento de mensagens complexas. Pode ser mais impreciso, repetitivo.
<i>Memória</i> • De curto prazo (imediate) • De trabalho • Secundária (recente) • Implícita • Remota	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro Declínio moderado Estável a declínio ligeiro Variável	Intervalo de dígitos em contagem crescente intacto (7 ± 2 itens) mas com fácil ruptura por interferências. Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo. Défices de codificação e recuperação; armazenagem intacta.
<i>Visuospacial</i> • Copiar desenhos • Orientação topográfica	Variável Em declínio	Intacta para figuras simples, mas não complexas. Mais notável em terreno não familiar.
<i>Raciocínio</i> • Resolução lógica de problemas • Raciocínio prático	Em declínio Variável	Alguma redundância e desorganização. Intacto para situações familiares.
<i>Funções de execução</i>	Declínio ligeiro	Planeamento/monitorização menos eficiente de comportamentos complexos
<i>Velocidade</i>	Em declínio	Lentificação do pensamento e da acção é a mudança mais constante no envelhecimento.

O quadro resume as principais alterações no envelhecimento relativas ao funcionamento cognitivo. Entenda-se declínio ligeiro, como, dizendo respeito a modificações que se situam entre um desvio padrão da média dos adultos jovens, e declínio moderado a diferenças da ordem dos: um a dois desvios – padrão abaixo da média dos adultos jovens. (Spar e La Rue, 2005) Estas diferenças relativas às médias de desvio-padrão são menos evidentes entre os mais idosos (85 e mais anos). (Spar e La Rue, 2005)

Os primeiros estudos sobre o funcionamento cognitivo, estudos transversais, apontavam para um declínio da inteligência com o aumento da idade, com início nos 20 – 30 anos. A partir dos anos 50, com aplicação de outras metodologias, efectuando estudos longitudinais, estes constataram que uma parte significativa dos sujeitos apresentava um pequeno ou nulo declínio das pontuações nos testes de inteligência com o aumento da idade. (Figueiredo, 2007). Estudos de Raymond Cattell e John Horn, em 1967, citado por Figueiredo (2007), defendem que a inteligência tem duas dimensões. A inteligência fluida e a cristalizada. A primeira reflecte a “qualidade” do cérebro e prende-se com capacidades como: atenção, memória e capacidades de raciocínio. Quanto à inteligência cristalizada, reflecte as capacidades mentais que variam em função das experiências de vida, educação e processo de aculturação. Estes mesmos autores revelam a existência de um declínio na inteligência fluida e estabilidade ou mesmo desenvolvimento da inteligência cristalizada durante o período de vida adulta. Contrariando estudos anteriores, destacam ainda o carácter multidireccional da relação entre idade e inteligência, com possibilidade de determinadas funções cognitivas diminuírem, estabilizarem ou mesmo aumentarem.

As razões que estão por detrás das alterações das capacidades mentais, ainda não estão totalmente esclarecidas, contudo muitas das diferenças nas aptidões intelectuais parecem relacionar-se com três aspectos do comportamento cognitivo: diminuição da velocidade de processamento da informação, o défice de capacidade de memória, e diminuição da acuidade visual e auditiva. (Montorio e Izal, 1999; Marchand, 2001; Schaie e Willis, 2002; Spar e La Rue, 2005) *cit in* (Figueiredo, 2007)

Outros factores são determinantes para explicar diferentes níveis de inteligência, como problemas de saúde (doenças crónicas), variáveis sociais (isolamento, nível educacional, rendimento económico, estimulação ambiental), a personalidade (como auto-conceito e flexibilidade). (Figueiredo, 2007)

A memória é outra característica, que é fortemente associada a declínio quando falamos em velhice. Doenças como Alzheimer, demências vasculares são comumente, ligadas a quadros de dependência, encontradas com o aumento da idade, e caracterizadas por perda de memória. A maioria dos idosos refere mesmo que a memória já não é a mesma. De facto a comunidade científica acredita que a mesma se modifica com a idade.

A memória é uma actividade biológica e psíquica que permite reter as experiências vividas anteriormente. O modelo mais utilizado em trabalhos de pesquisa comporta três etapas: a memória sensorial, a curto prazo e a longo prazo. A sensorial é relativa a captação de dados do meio, sem análise semântica, e dentro desta podemos distinguir a memória icónica (visual) e ecónica (auditiva). A memória a curto prazo (imediate), é a que retém pequenas quantidades de informação por um período de tempo superior à sensorial, e pode ser dividida em primária e de trabalho. A primária implica uma retenção de pequenas informações e recordação imediata, por exemplo fixar um número de telefone até anotar num papel, tem pouca capacidade e é de curta duração. A memória de trabalho implica a retenção de informação e a sua utilização para resolver problemas práticos ou tomar decisões. As investigações nesta área apontam para diferenças mais significativas no que concerne à memória de trabalho com o passar dos anos. A memória a longo prazo ou de fixação é vista como sendo um sistema que possui uma grande capacidade de armazenamento de informação, onde pode ser retida por longos períodos de tempo. E como as anteriores pode subdividir-se em: memória procedimental, semântica e episódica. A procedimental é inerente às competências adquiridas, depois de aprendida é recordada automaticamente perante a repetição do estímulo (por exemplo andar de automóvel). A semântica é a memória que envolve o conjunto de conhecimentos globais, (por exemplo qual a capital de Portugal). Por fim a episódica é a memória para os acontecimentos da vida (por exemplo o que comeu no dia anterior). Os investigadores, na área em questão, têm concluído que os diferentes sistemas de memória a longo prazo são afectados de forma diferente à medida que o envelhecimento decorre. (Berger e Mailloux - Poirier, 1995; Figueiredo, 2007)

Socialmente existe uma crença que os idosos têm mais dificuldade em recordar acontecimentos recentes, mas não de acontecimentos do passado, sobretudo quando dizem respeito a fases da adolescência e juventude, a explicação deve-se ao facto de ser nesses períodos que se dão algumas das vivências mais marcantes das suas vidas, como saída de casa, primeiras relações amorosas, entrada no mercado de trabalho... Vivências

com elevado grau de significância e emotividade. Watson (2008), por seu lado, refere que é comum o estereotipo que os idosos são menos inteligentes que os jovens, e que as suas personalidades ficam alteradas tornando-se tipicamente, inflexíveis e obstinados como aumento da idade.

A mudança de personalidade tem sido nos últimos anos, tema de dedicação dos estudos no âmbito da psicologia do envelhecimento. A personalidade segundo Allport, citado por Berger e Mailloux - Poirier, (1995, p.186) é “a organização dinâmica interna dos sistemas psicológicos do indivíduo, que determina o seu ajustamento próprio ao meio”... o desenvolvimento da personalidade é visto como um processo contínuo que é explicado pelo acumular de experiências do indivíduo e pela capacidade de dominar das pulsões. (Berger e Mailloux - Poirier, 1995). Diversos factores podem afectar a personalidade como estado de saúde, antecedentes sócio-culturais, sentimento de pertença ao grupo social, interacção familiar, motivação. Socialmente os idosos são conotados como seres isolados, infantis, emocionalmente instáveis, com pouca capacidade de adaptação e resistentes a mudanças e/ou novas experiências, introvertidos. Todavia estudos (estudo longitudinal de Baltimore levado a cabo por Costa e McCrae, 1988 e 1990 *cit in* Figueiredo, 2007) constataram que os cinco grandes factores da personalidade, extroversão, neuroticismo, abertura à experiência, conscienciosidade e amabilidade, são comuns a todos os sujeitos que os mesmos se mantêm estáveis ao longo da vida. No entanto, apesar da estabilidade básica nos traços de personalidade, os mesmos parecem sensíveis a determinados acontecimentos de vida, existindo diferenças na forma como os indivíduos reagem e se adaptam a situações difíceis, por exemplo viuvez, doenças crónicas. O contexto geracional, por seu lado, pode influenciar as características da personalidade. (Figueiredo, 2007) As pesquisas evidenciam “uma certa continuidade entre as estruturas da personalidade e os aspectos sociais e pessoais da adaptação.” (Berger e Mailloux - Poirier, 1995, p.187)

Em simultâneo com as alterações biológicas e psicológicas que ocorrem com o envelhecimento, também a nível dos papeis sociais, é exigida capacidade de adaptação às novas condições provocadas pelo próprio envelhecimento, bem como, estruturais na sociedade com o culminar da actividade profissional. Nesta faixa etária, ocorrem transformações gerontológicas que são muitas vezes entendidas como “perdas”. A perda de papéis sociais deve ser vivida com a serenidade de um processo natural de modo satisfatório, sem acarretar necessariamente, sentimentos de conotação negativa, como tristeza e insatisfação com a vida, mas sim como uma nova etapa da vida. A mudança de

papéis na velhice é frequente sendo relevante a perda do papel profissional, que ocorre com a entrada na idade da reforma. Também ao nível das relações familiares e comunitárias, as mudanças essas mudanças são sentidas.

A reforma é tida como um dos principais marcos da entrada na velhice, socialmente o reformado é conotado à perda de papel social e de poder na nossa sociedade. Sociedade essa, onde imperam valores de índole economicista, e de produtivismo. A reforma surge assim como uma nova fase da vida, e é de certa forma quase que imposta, independentemente do indivíduo ter competências e capacidades para continuar a desenvolver o seu papel profissional. A idade de 65 anos dá término a uma vida activa, laboral de produtividade. Passando a não ter que cumprir horários rígidos, afastando-se das relações sócio-laborais, muitas vezes os idosos quando deparados com esta situação assumem sentimentos de: inutilidade, solidão, abandono, conduzindo a depressões e problemas psicossomáticos. (Imaginário, 2004)

A análise do momento de “passagem à reforma”, sob o ponto de vista psicológico, leva-nos a um processo que lhe é inerente de transição-adaptação. Para a maior parte dos idosos este momento assinala não só o fim da actividade profissional mas também o “fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser ao mesmo tempo um momento de libertação e de renovação, (...) ou um momento de sofrimento e perda.” (Paúl e Fonseca, 2005, p.47)

A sociedade deve ajudar os idosos a integrar-se socialmente, promovendo um envelhecimento activo, preconizado pela Organização Mundial de Saúde e defendido na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento⁴ conduzindo a um envelhecimento bem sucedido. Como refere Berger e Mailloux - Poirier, (1995, p.190), “o isolamento, a miséria, a inactividade e a desvalorização podem ser factores de stress importantes que comprometem o equilíbrio físico e psíquico por vezes frágil nos idosos. (...) As pessoas bem integradas no meio são capazes de adoptar uma atitude psicossocial positiva, isto é, reconhecer que fizeram bem aquilo que tinham de fazer, e de encarar com serenidade a proximidade do fim”.

O grande desafio social consiste em ajudar os idosos a reorganizar o seu quotidiano, encontrado um novo sentido de utilidade e bem-estar. Uma situação

⁴ Envelhecimento activo é o processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, 8 a 12 de April, 2002.

económica favorável, uma boa rede de apoios sociais e um bom estado de saúde, podem contribuir para ajudar os idosos a adaptarem-se a esta nova fase. O aumento do tempo de vida com autonomia e independência, faz com que cada vez seja maior o número de idosos que voltam ao mercado de trabalho, ou arranjam uma ocupação a tempo parcial “*productive aging*”. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006)

Também ao nível das relações familiares, se verificam alterações. Com os filhos já adultos, com vidas próprias e independentes, com vivências profissionais activas, desempenhando papel de educadores dos seus filhos, vêem-se confrontados com uma multiplicidade de papéis (profissionais, pais, e cuidadores dos pais). No fim da vida os filhos adultos constituem pilares básicos de apoio para um grande número de idosos. O contacto intergeracional assume-se por norma sólido e próximo, sobretudo no que diz respeito a relações femininas entre mãe e filha, mais evidentes em situações de doença. Por outro lado, os filhos são fonte de apoio emocional e instrumental. Os idosos, por sua vez, apresentam-se como elementos fulcrais no cuidar das gerações mais novas. Desempenhando o papel de avô, papel que propicia aos idosos um sentimento de continuidade, de utilidade pelo desempenho de uma multiplicidade de papéis (estabilizador, guardião, árbitro, historiador, professor, mentor, estudante, parceiros, génios, heróis, modelos, feiticeiros, guia espiritual), estabelecendo interacções significativas gerando sentimentos positivos. (Kornhaber, 1996; Schaie e Willis, 2002, *cit in* Figueiredo, 2007)

Relativamente às relações conjugais, remetem-se para o núcleo familiar, do casal sozinho, onde as relações de proximidade e dependência tendem a exacerbar-se, passando a valorizar-se aspectos como dar carinho, cuidado e atenção. Também a satisfação conjugal depende de factores como o estado de saúde ou estabelecimento de dependência de um dos membros do casal. A viuvez é um fenómeno crescente com o aumento da idade, e a reacção ao processo de viuvez, pode desencadear sentimentos negativos como revolta, negação, culpa, depressão. (Figueiredo 2007)

As relações fraternais tende a intensificar-se na velhice sobretudo, no que diz às relações entre irmãos. Relações caracterizadas pela reciprocidade, troca de afecto e solidariedade, mais do que apoio funcional. Este tipo de relações, intensificam os níveis de bem-estar e encontram-se associados a diminuição de quadros depressivos, na velhice. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006)

Muitas vezes, a rede social é sinónimo de família. E essas redes de apoio são quem frequentemente assegura a satisfação das necessidades dos idosos. Contudo, a

família não é o único suporte social, que providencia os cuidados aos idosos, sobretudo quando os mesmos se encontram em situação de dependência. Alguns idosos têm uma ampla rede social de apoio que vão desde da família, vizinhos, amigos e conhecidos. Existem idosos que não possuem rede social marcada pela família, ou por não existência da mesma, ou por laços familiares deteriorados, sendo consideradas redes sociais de relações de não parentesco. (Figueiredo, 2007)

Segundo Antonucci (2001), citado por Figueiredo (2007), o tamanho da rede social ao longo da vida influencia o processo de adaptação dos idosos, demonstrando que os idosos com redes mais alargadas tem mais apoio quando deparados com uma situação de doença. Comprovou no seu estudo, que os indivíduos que já auferiam de apoio informal em momentos anteriores das suas vidas, apresentavam menos intercorrências em termos de estado de saúde, e as mesmas tinham aparecimento mais tardio.

A solidão é muitas vezes confundida com o conceito de isolamento social, e está intimamente relacionada com a redução das redes sociais, no entanto, a existência de uma vasta rede social não significa ausência do sentimento de solidão, e por seu lado, viver sozinho não é sinónimo de solidão. A solidão e o isolamento social, são influenciados pelos recursos que o idoso tem acesso, bem como pela história de vida. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006)

2.4. O Idoso Dependente

O ser humano tal como os demais membros do reino animal, tem necessidades básicas, mesmo antes de nascerem. A satisfação dessas necessidades é assegurada de forma dependente ou independente, variando ao longo do ciclo vital. Contudo pode ser decorrente de outros factores como doenças, acidentes, ambiente físico, atitudes e comportamentos... Nas primeiras etapas do ciclo vital as necessidades básicas são asseguradas por terceiros e o mesmo sucede à medida que nos vamos tornando cada vez mais velhos. O próprio envelhecimento fisiológico e biológico, vai tornando a forma de satisfazer as necessidades com independência mais comprometida.

A idade cronológica não é um indicador fidedigno quanto às alterações que envolvem o processo de envelhecimento, a probabilidade de sofrer de graves

incapacidades físicas e cognitivas aumentam consideravelmente com o aumento da idade, sendo mais significativa para o grupo dos mais idosos. (WHO, 2002)

A maior parte dos idosos funciona sem limitações, permitindo-lhe viver de forma independente, isto é sem limitações para realizar as actividades de vida diárias. Diversos estudos têm demonstrado uma ligação entre a dependência e a idade. (Santos, 2000 *cit in* Imaginário 2004), esta autora considera que o indivíduo é independente quando consegue realizar por si mesmo acções adequadas, sem ajuda de outra pessoa, satisfazendo de forma aceitável as suas necessidades, isto é, possui capacidades para levar a cabo, diversas tarefas e actividades sem auxílio de outra pessoa.

À medida que se envelhece a capacidade de realizar de forma independente algumas actividades do quotidiano, pode ficar comprometida, devendo-se a dois possíveis motivos: a dependência pode ser causada por uma ou mais doenças crónicas (como doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do foro mental, aparelho músculo-esquelético e respiratório); ou como resultado da perda global das funções fisiológicas decorrentes do próprio processo de senescência. Uma série de factores, genéticos, ambientais e de carácter social parecem condicionar a propensão para o aparecimento de quadros de dependência. O aumento da esperança média de vida não tem sido acompanhado um aumento equivalente da qualidade de vida, nem de saúde. (Berger e Mailloux - Poirier, 1995)

A população idosa, face ao processo de senescência e declínio funcional, que varia em função de diferentes factores: genéticos, sócio-económicos, culturais, e ambientais, tem maior probabilidade de ter comprometida a sua capacidade funcional e, maior propensão para o desenvolvimento de doenças crónicas altamente incapacitantes. Capelo (2001) citado por Imaginário (2004), a autora supracitada concluiu, no estudo efectuado num centro de saúde da área metropolitana de Lisboa, que as doenças crónicas que mais prevalecem nos idosos são a diabetes, as cardiopatias, problemas osteo-articulares, hipertensão arterial, amputação dos membros, amaurose, paraplegia, cancro, doença renal e por último a marginalização social. A mesma autora inferiu, que a integração familiar diminui com o grau de dependência e como aumento do número de anos de dependência, desta forma é posta em causa a integração social dos idosos.

As alterações da estrutura e perdas funcionais são comuns e afectam todos os órgãos e sistemas, sendo de realçar que quatro deles sofrem alterações mais evidentes e pronunciadas no decurso do processo de envelhecimento: o sistema nervoso central, o aparelho locomotor, o sistema cardiovascular e o sistema respiratório. (Berger e

Mailloux - Poirier, 1995) As doenças crônicas e as suas consequências a curto ou médio prazo podem modificar a qualidade de vida e determinar uma diminuição da capacidade funcional, sobretudo a partir dos 80 anos. (Berger e Mailloux - Poirier, 1995) Segundo estas mesmas autoras, as três principais causas de restrição de actividade nos idosos são devidas às doenças osteo-articulares, do sistema circulatório e alteração nos sentidos da visão e audição.

As úlceras de pressão⁵ representam um das principais complicações dos doentes críticos hospitalizados, entenda-se por doente crítico doentes submetidos a grandes cirurgias, com doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*), os portadores de doenças neurológicas, trauma, todos os quadros clínicos que acarretem diminuição sensorial e da mobilidade. (Blanes [et al], 2004). Blanes e seus colaboradores (2004), referem que a presença de úlceras de pressão está associada a maior tempo de internamento, dificultando a recuperação do doente, e aumentando o risco de complicações como infecção e osteomielite. Por seu lado, está associada a um aumento do sofrimento físico e emocional dos indivíduos com úlceras de pressão, reduzindo a sua independência e funcionalidade. O aumento da idade, bem como, as alterações da mobilidade e dependência funcional, estão correlacionados com ao aumento de úlceras de pressão. (Blanes [et al], 2004)

Amaral e Vicente (2000, p.25) no seu estudo, referem-se ao conceito de dependência, definido segundo o Grupo Multidisciplinar do Conselho da Europa, como “a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades da vida diária”.

Tendo em conta esta definição, três factores poderão ser propensos de um quadro de dependência: a existência de limitação física, psíquica ou intelectual que compromete a capacidade de realizar determinadas tarefas; a incapacidade para realizar

⁵ Úlceras de pressão são definidas como lesões cutâneas ou das partes moles, superficiais ou profundas, de etiologia isquémica, secundária a um aumento de pressão externa, e localizam-se usualmente sobre uma proeminência óssea. Podem ser causadas por factores intrínsecos e extrínsecos. Os extrínsecos podem ser: pressão, fricção, torção e humidade. Quanto aos factores intrínsecos, os mais relevantes são: a idade, estado nutricional, o consumo de determinados fármacos (que podem alterar a perfusão tecidual) e a presença de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares. Blanes, Leila [et al]: Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital de São Paulo. Revista da Associação Médica Brasileira 50 n. 2; 2004: 182-187.

por si as actividades de vida diárias; a necessidade de cuidados por parte de terceiros. (Figueiredo, 2007)

Desconhecendo o grau de dependência dos idosos, haverá a tendência para o surgimento de situações de incompreensão motivadas pela ignorância dos motivos que podem levar a determinadas atitudes por parte do idoso, podendo daí advir perda de qualidade dos cuidados prestados, com um conseqüente agravamento dos custos com a saúde. (Ermida, 1996)

Salvage (1995), citado por Figueiredo (2007), refere que apesar de não existir consenso entre os gerontologistas, existe uma grande probabilidade que o aumento da esperança de vida signifique períodos mais longos de dependência funcional e incapacidade.

As doenças crônicas podem ser mais ou menos incapacitantes, a hipertensão por exemplo pode ser controlada com tratamento médico (farmacológico/nutricional), por outro lado as sequelas de um acidente vascular cerebral, poderão ser minimizadas através de técnicas de reabilitação, outras situações ainda como a artrite para além de controlada farmacologicamente, poderá ser compensada recorrendo ao auxílio de ajudas técnicas ou recentemente designados produtos de apoio, de forma a promover o máximo de independência possível. As doenças crônicas quer de carácter físico ou psicológico são uma das maiores causas de incapacidade, podendo mesmo significar perda de autonomia para além da independência. (Figueiredo, 2007)

Convém realçar que autonomia e independência são conceitos distintos, mas muitas vezes interligados.

Gruenberg e Karmer, citado por Amado e Neves (1992, p.16) têm a visão segundo a qual o aumento da esperança de vida, corresponderá a aumento e deterioração da saúde e conseqüente aumento da dependência. Também citado pelos autores anteriormente referidos, Strehler sugere que “o processo de senescência fará deslocar em paralelo as curvas de mortalidade e incapacidade.”

Baltes e Silvelberg (1995) citado por Figueiredo, 2007, definem autonomia como capacidade do indivíduo poder decidir por si, referindo-se à capacidade de decisão de gerir por si mesmo. E dependência, como um estado em que o indivíduo não é capaz, sozinho, de satisfazer as suas próprias necessidades como comer, beber eliminar, transferir-se...entre outras. Desta forma a dependência traduz-se num estado em que o indivíduo necessita de ajuda/apoio para a realização das actividades de vida diárias.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Esta classificação é efectuada com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade abordando dois itens: funções e estruturas do corpo, e actividades e participação. A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação. A CIF também relaciona os factores ambientais que interagem com todos estes conceitos. Assim sendo, este sistema de classificação permite ao utilizador registar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios. E propõe o seguinte modelo conceptual para interpretar as alterações na saúde dos indivíduos: O défice na funcionalidade que é a perda ou anomalia de uma ou mais funções, quer no âmbito, físico ou psicológico (passa a substituir conceito de “deficiência”); Restrição da actividade, como restrição ou perda da capacidade de desenvolver actividades consideradas normais, em detrimento de um défice de funcionamento (passa a substituir o conceito de “incapacidade”). E restrição da participação situação em que face as limitações decorrentes quer do défice de funcionamento quer da restrição da actividade e ou recursos que o indivíduo tem acesso, o mesmo fica em situação de desvantagem, para manter um padrão social dito normal, que lhe promova a dignidade inerente a todo e qualquer ser humano (passa a substituir o termo desvantagem). (DGS, 2004a; Figueiredo, 2007)

Podemos entender dependência, segundo Baltes e Carstensen (1999) citado por Fonseca, (2006) como processo que não decorre apenas de problemas relacionados ao envelhecimento biológico, mas que deve ser observado como consequência de condições sociais e individuais.

Factores como nível escolaridade, situação ocupacional e situação económica associam-se de modo independente com a incapacidade. São condições que parecem influenciar a capacidade funcional em idades mais avançadas. (Rosa [et al], 2003)

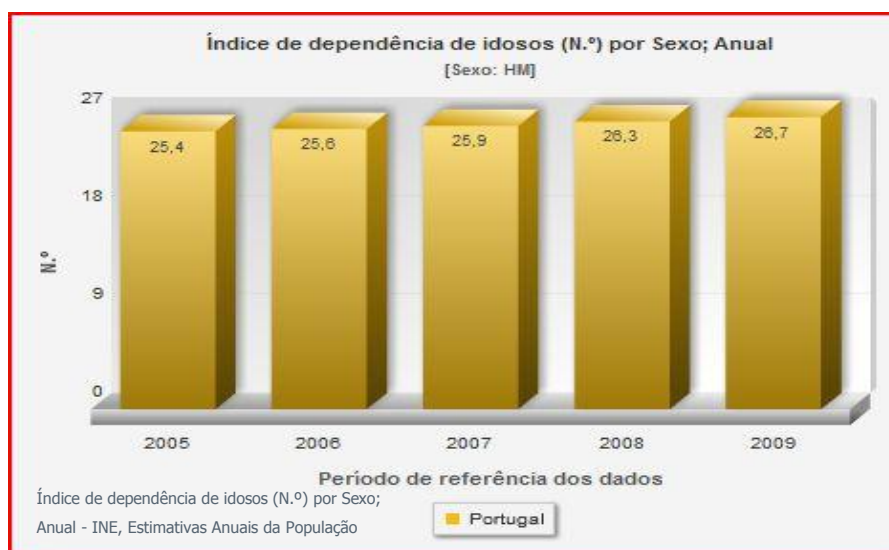
Os défices de funcionamento, acarretam muitas vezes a limitação na actividade, quando estas limitações não são passíveis de ser compensadas, com adaptação ao meio, provocam restrição da participação que acaba por concretizar na dependência de

outras pessoas para ajudar/auxiliar na realização das actividades de vida diária. (Figueiredo, 2007)

A competência de vida diária é uma modalidade extremamente importante no processo de envelhecimento, sobretudo como refere Schaie e Wills (1999), citado por Fonseca (2005), reflecte a capacidade do idoso funcionar de modo eficaz nas tarefas e situações do quotidiano. Por seu lado, Diehl (1998), também citado por Fonseca (2005, p.93), define competência de vida diária como: “capacidade de uma pessoa para desempenhar um leque diversificado de actividades consideradas essenciais para uma vida autónoma, envolvendo aspectos do funcionamento individual de natureza física, psicológica e social, os quais agem entre si de forma complexa na produção de comportamentos habituais relativos ao dia-a-dia.”

Os trabalhos científicos na área têm culminado com a determinação de uma relação entre a dependência e a idade, sendo dado adquirido que a percentagem de indivíduos com dependência funcional aumenta nos mais idosos. (Amado e Neves, 1992; Amaral e Vicente, 2000; Imaginário, 2004)

Em Portugal, tal como nos demais dos países europeus, os índices de dependência nos idosos tem vindo a aumentar nos últimos anos, como poderemos constatar com a análise do gráfico seguinte.



Fonte: INE- 2010

Gráfico 7 - Evolução do Índice de Dependência dos Idosos em Portugal

A dependência engloba três conceitos fundamentais: a multidimensionalidade, a multicausalidade e multifuncionalidade. (Lezaun e Salanova, 2001 *cit in* Figueiredo,

2007) É multidimensional porque pode ser inerente a um qualquer dos domínios, físico, psicológico, económico ou social. A multicasualidade é devida ao facto da dependência não ser característica única dos idosos. Quanto à funcionalidade a dependência não se remete apenas para a limitação de uma única função, e para além disso, não deve ser correlacionada à irreversibilidade, pois muitas vezes é apenas transitória e faz parte de um processo de adaptação.

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações graves para a família (enquanto estrutura básica da sociedade), comunidade, para o sistema e políticas de saúde e para o próprio idoso, uma vez que a incapacidade aumenta a vulnerabilidade e dependência na velhice, que por sua vez contribui para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida do idoso. (Alves, [et al], 2007)

A dependência surge como: “um problema urgente e grave de saúde, interferindo na qualidade de vida do indivíduo e do grupo, pelo que requer a tomada de medidas sociais, governamentais e individuais.” (Imaginário, 2004, p.50)

Compreender os factores que exacerbam a incapacidade funcional no idoso, pode auxiliar e ajudar a desenvolver políticas, no sentido de (re)organizar estratégias de cariz preventivo mais eficazes, com o objectivo de aumentar a qualidade de vida dos idosos, reduzir os custos com saúde e minimizar a sobrecarga da família. (Alves, [et al], 2007)

2.4.1. Questões metodológicas da dependência

Como já foi referido anteriormente, uma pessoa dependente é aquela que necessita de ajuda de outrem para realizar determinadas tarefas do seu quotidiano. A avaliação funcional é muito usada na prática geriátrica, com o intuito de determinar o grau de dependência dos idosos. Ermida (1996, p.10), refere que “mais que a doença é frequentemente a restrição ou a perda da autonomia funcional que condiciona o futuro do idoso e a sua qualidade de vida. E é igualmente essa perda que por sua vez motiva situações patológicas, particularmente do foro mental, que precipitam o idoso num círculo vicioso do qual dificilmente sai.” O autor supracitado, no modelo de avaliação

geriátrica compreensiva (AGC)⁶, refere a obrigatoriedade de avaliação da capacidade funcional.

A funcionalidade enquanto capacidade de um indivíduo se adaptar às exigências e problemas do quotidiano, é avaliada pela capacidade do indivíduo em efectuar actividades da vida diária (AVD), que se podem subdividir em três níveis: as actividades básicas de vida diária (higiene pessoal, tomar banho, vestir-se/despir-se, alimentar-se, caminhar, transferir-se, eliminação vesical e intestinal); as actividades instrumentais de vida diária (realizar compras, tarefas domésticas cozinhar, lavar, fazer arranjos, utilizar o telefone, utilizar meios de transporte, gerir/tomar medicação e gerir dinheiro), actividades relacionadas com independência social e comunitária do indivíduo; actividades avançadas da vida diária, mais complexas, ligadas à auto-realização, lazer, como prática de exercício físico. Sendo de referir, que as mencionadas por último, não fazem parte da avaliação funcional multidimensional. (Figueiredo, 2007)

A avaliação dos diferentes níveis de incapacidade torna-se premente, para a planificação adequada de cuidados de saúde (Araújo [et al], 2007). Também o Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - Despacho Ministerial de 08-06-2004 em seguimento das directrizes da OMS na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid, visa a prevenção da deficiência, incapacidade, desvantagem e dependência na população idosa, numa abordagem prioritária e indispensável, no sentido de manter num período de mais tempo possível, a máxima autonomia e independência. Promovendo o envelhecimento activo e uma intervenção intersectorial, em todos os níveis da sociedade. Estes objectivos, levam a uma crescente necessidade de caracterizar os nossos idosos, relativamente ao grau de dependência funcional, para termos uma intervenção mais dirigida e desta forma, mais bem sucedida. Em termos metodológicos o grau de dependência funcional é avaliado através do uso de escalas, que passaremos a descrever.

Mahoney e Barthel (1965) e Lawton e Brody (1969), foram pioneiros no desenvolvimento de escalas que permitem avaliar respectivamente as actividades de

⁶ Epstein considera a AGC como “Nova Tecnologia Geriátrica” e define-a como “avaliação multidisciplinar do idoso nos planos em que é deficitário – físico, mental, funcional, social, ambiental – com o objectivo de estabelecer e coordenar planos de Cuidados, Serviços e Intervenções, capazes de responderem aos seus problemas, às suas incapacidades, e às suas necessidades”. *Cit in* Ermida, J. Gomes: Avaliação Geriátrica Compreensiva. Revista Geriatria 9 n. 84; 1996: 5.

básicas de vida diária (ABVD) e as actividades instrumentais de vida diária (AIVD), estes autores desenvolveram escalas que nos permitem quantificar em graus, os diferentes níveis de dependência dos indivíduos com limitações funcionais. A dependência pode ser classificada a quatro níveis, ligeira, moderada, grave e total. A diferença, varia em função do nível de assistência prestado ao indivíduo, desde supervisão, apoio, desempenho de determinadas tarefas, à execução de todas as tarefas das actividades de vida.

Um dos instrumentos mais utilizados para a realização da avaliação da capacidade funcional para as ABVD é o índice de Barthel, as suas qualidades psicométricas estão documentadas em vários estudos internacionais e nacionais, com indivíduos com várias patologias e várias idades, em específico com idosos, (Gauggel [et al], 2004; Sainsbury [et al], 2005; Leung ; Chan; Shah, 2007; Imaginário, 2004, Rodrigues, 2004; Martins, 2004; Araújo [et al], 2007). Este instrumento avalia dez actividades básicas da vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. (Mahoney e Barthel, 1965) Na versão original, a pontuação varia de, 0-100, as actividades são pontuadas com intervalos de 5 pontos, podendo ser atribuídas as pontuações: 0, 5, 10 e 15. Granger e colaboradores, citado em Araújo [et al], 2007, referem que a pontuação de 60 pontos, no índice de Barthel, significa o “ponto de viragem” entre a independência e a dependência. Considera que acima de 60 pontos os indivíduos são independentes para maioria dos cuidados pessoais essenciais, e valores iguais ou superiores a 85 são habitualmente independentes, necessitam apenas de supervisão ou ajuda mínima.

O uso alargado deste instrumento tem originado novas versões, diferentes ou adaptadas da original. Cid-Ruzafa e Daián Moreno (2001), citado por Imaginário (2004) afirmam que o índice de Barthel é o instrumento mais utilizado para a avaliação da função física, e o mais adequado para avaliar as actividades de vida diária. Trata-se de um instrumento de fácil aplicação e interpretação, baixo custo, e permite ser aplicado em diferentes períodos de tempo, estudos longitudinais. O facto de poder ser preenchido num pequeno espaço de tempo, associado às vantagens enumeradas, faz com que seja amplamente usado no âmbito da investigação clínica para avaliar o grau de dependência dos idosos. Em diversos estudos e contextos mostrou-se um instrumento com fidelidade e validade consistente. O *Royal College of Physicians of London* e a *British Geriatrics*

Society, recomendam a utilização do índice de Barthel para avaliar as ABVD nos idosos. (Imaginário, 2004)

Lawton e Brody (1969), desenvolveram a escala de Lawton e Brody, que é o instrumento mais utilizado para avaliar as actividades instrumentais de vida diária AIVD, incluindo em estudos com a população idosa (Imaginário, 2004; Martins, 2004; Araújo [et al], 2008), permite avaliar a capacidade do indivíduo levar uma vida independente na comunidade, e de se adaptar ao meio ambiente. (Imaginário, 2004; Figueiredo, 2007)

Trata-se de uma escala que avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das actividades instrumentais (AIVD) que compreendem tarefas como usar telefone, fazer compras, preparação da alimentação, lida da casa, lavagem da roupa, uso de transportes, preparar medicação e gerir o dinheiro, mediante a atribuição de uma pontuação segundo a capacidade do sujeito avaliado para realizar essas actividades.

A sua fácil aplicabilidade e interpretação, baixo custo, não exigir pessoal especializado para a sua aplicação, consumir pouco tempo no seu preenchimento e ainda associado à sua utilidade para rastreio (precoce) da incapacidade, servem de razão para esta escala ser amplamente usada. Contudo, como não existem modelos nem instrumento perfeitos cabe-nos, alertar para o facto de algumas das actividades instrumentais como (limpeza da casa, lavagem da roupa, cozinhar) estarem culturalmente associadas ao sexo feminino, sobretudo nas sociedades ocidentais. (Botelho, 2005 *in* Paúl e Fonseca (*coord.*), 2005). Também com a sua ampla divulgação e utilização, a versão original (modelo dicotómico, em que a pontuação zero (0) corresponde à dependência (incapacidade) e o um (1) à independência (capacidade)), foi sofrendo adaptações para modelos pontuação policotómicos. Também esta escala apresenta qualidades psicométricas traduzidas num elevado nível fidelidade. Araújo e os seus colaboradores (2008) verificaram uma correlação positiva e significativa do índice de Barthel com a escala de Lawton e Brody, desta forma, a autonomia nas na realização das actividades de básicas de vida diária relaciona-se de forma directa com as actividades instrumentais de vida diária.

De acordo com os diferentes graus de dependência funcional, e atendendo que cada idoso é um ser único, devemos protagonizar e implementar medidas, (que de

acordo com OMS⁷, 2002; o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004; PNUD, 2010b) visem promover um envelhecimento activo, adequando os cuidados às necessidades de cada idoso, promovendo o desenvolvimento de ambientes capacitadores, a um processo de envelhecimento que invoque o princípio da dignidade humana, com o envolvimento individual e colectivo, para atingir esse desiderato. Envelhecendo com mais saúde, mais autonomia e independência, isto é com melhor qualidade de vida. Desenvolvendo políticas centradas em valores de equidade e sustentabilidade.

2.5. Qualidade de Vida no Idoso

O desenvolvimento galopante da tecnologia e da ciência, contribuiu em larga medida para a diminuição das taxas de mortalidade, sobretudo infantil, que associado à diminuição acentuada das taxas de natalidade, contribuiu para o aumento do número de idosos. Um desequilíbrio intergeracional tem vindo a instalar-se, não só a nível da população portuguesa mas também, a nível europeu, afigurando-se como um dos maiores desafios para o futuro social. (Fernandes, 2005)

Embora a esperança média de vida tenha aumentado significativamente, esse aumento não foi traduzido por um aumento de esperança de vida de boa saúde. As doenças crónicas e incapacitantes, ligadas ao processo de senescência e ao aumento da idade, sempre tiveram repercussões na qualidade de vida do idoso. (Berger e Mailloux - Poirier, 1995)

Admitindo a complexidade do processo de envelhecimento em todas as suas vertentes, física, psicológica e social, “a heterogeneidade dos resultados emerge tanto em termos da qualidade de vida como de outros indicadores psicossociais.” (Paúl, 2005 *in* Paúl e Fonseca (coord.), 2005, p.75) Se por um lado em termos físicos decorre todo um processo de declínio, em que o aumento das doenças crónicas é uma realidade, em termos psicológico o processo de envelhecimento está associado a crises consecutivas (lutos, perda do papel social, mudança de vida), que juntamente com diminuição da condição física, reduzem a capacidade de adaptação a situações de stress, gerando por seu lado problemas como ansiedade, depressão, baixa de auto-estima. Socialmente a

⁷ Naciones Unidas: Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, Abril: 2002.

conotação com inútil, não produtivo, influencia a integração social do idoso, aumentando o sentimento de solidão.

Alves e seus colaboradores (2007), partilham da ideia que a diminuição da capacidade funcional tem implicações importantes quer para o idoso, sua família, comunidade bem como para o sistema de saúde e social, uma vez que a incapacidade acarreta uma maior vulnerabilidade, e dependência, e consecutivamente para uma diminuição do seu bem-estar e da qualidade de vida.

O envelhecimento activo, sublinha aspectos determinantes no envelhecimento como serviços de saúde, redes sociais, características comportamentais e pessoais, ambiente físico, e ainda características do foro social e económico, o peso destas determinantes tem tradução em termos da qualidade de vida dos idosos. (Paúl, 2005 *in* Paúl e Fonseca (*coord.*), 2005)

As investigações no âmbito da qualidade de vida têm grande importância científica e social, sobretudo no que concerne às condições que proporcionam uma boa qualidade de vida. (Carneiro [et al];, 2007). Capitanini (2000) citado por Carneiro e seus colaboradores (2007), refere a importância do idoso estabelecer e manter interacção com redes sociais para promover o bem-estar físico e mental na velhice, e consequentemente melhorar a qualidade de vida. Em consonância com esta ideia Anrade e Vaistsman, (2002), também citado por Carneiro (2007), associa a pobreza das relações sociais a um factor de risco para a saúde, equiparando mesmo, à acção nefasta do fumo, da hipertensão arterial, obesidade e sedentarismo.

Nos anos 90, a Organização Mundial de Saúde, formou um grupo de trabalho que tinha como objectivo o estudo da qualidade de vida, definindo-a como “ percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito “amplo, subjectivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente”⁸. (WHOQOL Group, 1994; Richter; Schwarz; Bauer, 2008, p.1)

⁸ WHO Centre for Health Development- Ageing and Health Technical Report Volume 5 - A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons - World Health Organization: 2004.

Richter; Schwarz; Bauer, 2008, no seu estudo, concluíram que o estado de saúde e a capacidade funcional foram os factores mais referidos, no que concerne, a influenciar a qualidade de vida na reabilitação geriátrica.

Os factores sociais e psicológicos são determinantes para a qualidade de vida dos idosos, não só a saúde e capacidade funcional. Durante muitos anos, de pesquisa e estudos, tentou-se desenvolver escalas para avaliar a qualidade de vida, para aplicar a grupos específicos como a população idosa⁹.

A capacidade funcional pode ter importantes implicações para a qualidade de vida dos idosos, “por estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho até idades mais avançadas e/ou com actividades agradáveis”. (Rosa [et al], 2003, p.47) Também, Amado e Neves (1992), corroboram com o facto, da agilidade mental, a actividade física e nível de contactos sociais, estarem associados a uma maior esperança e melhor qualidade de vida do idoso.

A qualidade de vida, é predominantemente determinada por condições individuais de saúde, incluindo do sistema sensorial e capacidade cognitiva, capacidade funcional para desempenhar actividades de vida diária, capacidade de *cooping*, suporte social, situação económica, ambiental, condições comunitárias, e não menos importante que as demais, a personalidade individual. (Richter; Schwarz; Bauer, 2008)

Qualidade de vida, segundo a definição divulgada em Circular Normativa do Ministério da Saúde - nº 1/ CSI/DSA - 13/1/93. É, “percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.”

O grande desafio com que nos deparamos face à epidemiologia do envelhecimento, “é o de descortinar da luminosidade que permita «devolver vida à velhice» encontrando melhor via para uma morte saudável. Morrer com saúde será a vitória de equilíbrio homeostático (individual e comunitário) conseguido até ao limite do individualmente possível e do socialmente realizável.” (Amado e Neves, 1992, p. 17) Preconizado pela Organização Mundial de Saúde, o envelhecimento activo envolve acção individual das famílias como das próprias nações.

No estudo realizado por Vecchia, Roberta Dalla, e seus colaboradores (2005), concluíram que, para além do conceito de qualidade de vida para o idoso ser subjectivo,

⁹ National Council on Ageing and Older People End-of-Life Care for Older People in Acute and Long-Stay Care Settings in Ireland, Dublin 2008.

este depende, do nível sócio-cultural do idoso, bem como, das suas aspirações pessoais. Existem aspectos característicos e multidimensionais que definem a qualidade de vida do idoso. Concluíram que existem três grupos de idosos, em função da sua definição de qualidade de vida, os que valorizam a questão afectiva - relacional e a família; os que dão prioridade à obtenção de prazer e conforto; os que identificam qualidade de vida com o seu conceito de vida ideal.

Também Gonçalves [et al] (2006), consideram que promover a qualidade de vida implica considerar critérios multidisciplinares, como a manutenção da rede social e actividades significativas. Fazendo referência a um envelhecimento produtivo, quebrando os estereótipos de fragilidade, incapacidade e improdutividade, pois estão associados, a barreiras de acesso a novas oportunidades e formas de desenvolvimento, essenciais para a promoção e manutenção de qualidade de vida.

Face à importância crescente, relativa ao conceito de qualidade de vida, em específico do idoso, assumiu-se cada vez mais importante desenvolver escalas que permitam quantificar e qualificar a qualidade de vida do idoso. A obtenção de dados de caracterização da qualidade de vida e bem-estar dos idosos, é fundamental para dinamizar medidas adequadas às suas necessidades, permitindo alcançar um envelhecimento bem sucedido. (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003)

A conceptualização de qualidade de vida, tal como a de saúde preconizada pela OMS, remete-mos para a interacção entre as várias componentes do indivíduo idoso, física, psicológica, social, económica, cultural e ambiental, tendo por base a visão holística do indivíduo. A OMS defende que no seu conceito, a qualidade de vida envolva, a subjectividade, a multidimensionalidade e presença de dimensões positivas ou negativas. (Imaginário, 2004). Devido à amplitude e abrangência do conceito, surgiram dificuldades em desenvolver instrumentos, que operacionalizem esta variável. A OMS e o seu grupo de trabalho internacional, desenvolveram o WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life assessment) - 100 e o WHOQOL-BREF, e mais tarde o WHOQOL-OLD¹⁰ desenvolvido para testar a qualidade de vida nos idosos. (Flech; Chachamovich; Trentini, 2006).

¹⁰ Este questionário é composto por 24 itens e agrupado em seis módulos: funcionamento dos sentidos, autonomia, actividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer, e intimidade. (Flech; Chachamovich; Trentini, 2006)

Sousa, Galante e Figueiredo (2003), efectuaram um estudo exploratório na população Portuguesa e utilizaram o EASYcare¹¹ (Elderly Assessment System) trata-se de um sistema de avaliação dos idosos, com o objectivo de caracterizar a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos, do seu próprio ponto de vista.

Coimbra e Brito, 1999, efectuaram um estudo descritivo-correlacional, como objectivo, de comparar a qualidade de vida dos idosos a residir no domicílio com apoio domiciliário com indivíduos institucionalizados, determinando de que forma o nível sócio-económico e a situação de saúde influenciava a qualidade de vida desses idosos. Para avaliar a qualidade de vida do idoso, utilizaram uma escala divulgada pela Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários em 1993, através da Circular normativa nº 1/CSI/DAS de 13-01-1993 (Anexo 6). Este instrumento baseia-se na avaliação de sete componentes básicos da vida adulta e multidimensionais (isolamento/comunicação afectiva e social, mobilidade, actividade da vida diária, actividade ocupacional, actividade lúdica, relação familiar e recursos económicos). Esta mesma escala foi usada em estudos levados a cabo pela direcção Geral de Saúde em 1995, em idosos de diferentes áreas geográficas de Portugal, determinando o índice de qualidade de vida das pessoas idosas e a variação das componentes avaliadas. A escala tem a vantagem de poder ser aplicada de forma rápida e eficaz, incluindo a indivíduos com graus de dependência elevada, bem como capacidade de comunicação alterada, avaliando as necessidades de apoio global aos idosos, e poder servir de base para determinar novas políticas de intervenção, permitindo monitorizar a evolução das intervenções nesta população. Neste índice de qualidade de vida, e tendo em conta, o divulgado na circular Normativa do Ministério da Saúde – nº 1/CSI/DAS – 13/1/93, a pontuação pode variar entre o valor mínimo de 3 e máximo de 50, considerando que valores inferiores a 23 equivalam a baixos níveis de qualidade de vida dos idosos.

Na segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (2002), preconizada pela OMS, no seu artigo 6, refere: “que o mundo moderno possui uma riqueza e uma capacidade tecnológica sem precedentes e brinda-nos com extraordinárias

¹¹ O EASYcare foi inicialmente desenvolvido, no âmbito de um projecto financiado pela União Europeia (European Prototype for Integrated Care – EPIC). Trata-se de um instrumento multidimensional, que tem como intuito caracterizar a qualidade de vida e bem-estar da população idosa, com 75 anos ou mais, avaliando a própria percepção do idoso em relação às suas capacidades. A pontuação atribuída vai do mínimo de 3 e o máximo de 127, pontuações mais elevadas estão associadas a maior incapacidade. Esta escala tem como principais inconvenientes não poder ser aplicada a idosos muito dependentes, incapazes de se expressar, e a indivíduos com baixo grau cognitivo. (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003)

oportunidades: habilitar os homens e mulheres a envelhecer com mais saúde desfrutando de um bem-estar mais pleno; procurando a inclusão e participação dos idosos nas sociedades; permitindo que contribuam mais eficazmente em suas comunidades e desenvolvimento das sociedades (...) Reconhecemos que é necessária uma acção concertada para transformar as oportunidades e qualidade de vida dos homens e mulheres à medida que envelhecem, assegurando a sustentabilidade dos sistemas sociais de apoio, (...). Quando o envelhecimento se aceita como um êxito, com recurso às competências, experiências e recursos humanos dos idosos, assume-se com naturalidade o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas.”

Em suma, envelhecer com saúde, autonomia, independência e qualidade de vida, constitui um desafio à responsabilidade individual e colectiva, implicando uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população geral, profissionais de saúde, redes de resposta social, com uma adequação dos cuidados de saúde, e apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico. Desenvolvendo políticas e acções mais próximas do idoso e suas famílias, respeitando os princípios éticos de equidade, transparência, responsabilidade. (DGS, 2004b; DGS, 2004c). Aumentando a consciencialização para a necessidade de aumento do desenvolvimento humano, criando políticas de mudança e parcerias intersectoriais, promovendo a *democratic accountability*, transparência, e inclusão. (PNUD, 2010b)

2.6. A Família e o Idoso

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, que revela uma conquista civilizacional, contudo as consequências para as nações, governos, famílias e idosos, relevam-se preocupantes, urge encontrar soluções para estas mudanças demográficas, a nível da saúde, política e sociais.

A diminuição da mortalidade, paralelamente, com as reduções das taxas de natalidade, contribuiu para acentuar o processo de envelhecimento demográfico, o que põe em causa, a renovação das gerações.

O envelhecimento enquanto processo dinâmico e diferencial implica constantes adaptações. (Fernandes, 2005) O aumento da esperança média de vida, associado a modificações sociais, repercute-se a nível do contexto social e familiar (enquanto

unidade básica e fundamental da sociedade). A família deve entendida como um sistema, um todo, e deve ser compreendida, tendo por base uma visão holística. (Imaginário, 2004)

As famílias têm sofrido grandes mutações, tem se verificado verticalização das famílias, as mulheres escolhem não ter filhos ou têm-nos cada vez mais tarde, traduzindo-se numa diminuição da taxa de natalidade. Por outro lado, o aumento do número de divórcios, famílias monoparentais, ou reconstituídas, traduzidas em famílias cada vez mais nucleares. Paralelamente, com a alteração social do papel da mulher, com a entrada progressiva nos mercados de trabalho. O distanciamento geográfico das famílias em relação aos idosos, são toda uma panóplia de aspectos que podem comprometer o papel de prestador de cuidados, atribuído à família. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006) Por outro lado, o aumento da esperança de vida nem sempre é traduzido em viver mais tempo sem dependência, pelo contrário, a probabilidade de sofrerem de doenças crónicas e incapacitantes aumenta com o aumento da idade, aumentando a necessidade de cuidados, por sua vez, essa necessidade ocorre durante períodos de tempo maiores.

A geriatria nos últimos anos tem dado particular relevo ao conceito de cuidador informal, ou na expressão inglesa “*caregiving*”. Segundo, Sousa, e suas colaboradoras (2006), consideram os cuidadores informais, elementos da rede social do idoso (familiares, amigos, vizinhos, colegas...) que prestam cuidados regulares, não remunerados, independentemente de um vínculo formal ou estatutário, realizando tarefas, que permitam aos idosos, viverem com dignidade. (Figueiredo, 2007). Sendo de destacar, os cuidadores familiares, dado que são os que assumem esse papel em maior número e durante um maior período de tempo. A família, sempre teve o papel de cuidadora, seja das crianças, jovens adultos ou idosos. Culturalmente, atribui-se à família, em particular aos seus membros do sexo feminino, o papel de cuidar dos elementos mais idosos que fazem parte dos laços familiares. (Boggatz e Dassen, 2005) Contudo, muitas vezes os familiares sentem que não têm escolha relativamente ao papel de cuidar, estando quase sempre relacionado com uma (obrigação) dever social e um dever moral (sentimento de reciprocidade, solidariedade). (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006) Cada vez existe mais pressão no sentido de manter o papel de cuidador, assume-se no entanto, como uma extensão dos papéis normais da família. O recurso a apoios formais (lares, centros de dia) é conotado socialmente com sentimentos

de abandono ou negligência, por parte das famílias dos idosos. (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006)

Apesar da família, enquanto processo dinâmico, estar constantemente a sofrer alterações, quer na sua dimensão, estrutura e funções, continua a ser considerado o local privilegiado “das relações estruturantes do indivíduo” (Imaginário, 2004). Outrora, a família era responsável por assegurar as funções: militares, políticas, económicas, religiosas, educativas, sanitárias, de prestação de serviços e segurança, e era vista como a única entidade reprodutora da espécie humana, estável e com carácter institucional. (Leme e Silva (2000) *cit in* Imaginário, 2004) Na actualidade, a maior parte destas funções são desempenhadas pelo Estado, ou por outras instituições privadas. O desequilíbrio intergeracional tem vindo a colocar em risco as políticas sociais.

Imaginário (2004), refere que a família assume lugar cimeiro a nível mundial na prestação de cuidados aos idosos, considerando a família um lugar privilegiado para o idoso. Diversos estudos corroboram com o facto de que os familiares continuam a ser os principais cuidadores dos idosos. (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003; Imaginário, 2004, Vecchia, [et al], 2005, Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006) Na maioria das famílias, associado à cultura do sul da Europa, o cuidado é prestado por um membro do sexo feminino, cônjuge ou filhas. (Figueiredo, 2007)

Cuidar de um idoso, é na maioria das vezes, um processo complexo, que envolve dimensões psicológicas, éticas, sociais, demográficas, clínicas, técnicas e comunitárias. O cuidado é assegurando em função dos níveis de dependência do idoso, geralmente, são asseguradas as actividades instrumentais de vida diária (transportes, tarefas domésticas, administração de medicação, etc.) e as actividades básicas de vida diária (tomar banho, alimentar-se, vestir-se, eliminar, etc.). (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006) Enquanto processo complexo, torna-se muitas vezes desgastante, com consequências na saúde e qualidade de vida do cuidador. A tarefa de cuidar está associada, muitas vezes, à sobreposição de papéis, que implicam reorganização e reajustamento de papéis no seio da família, podendo gerar situações de conflito dentro das mesmas. (Carrero, 2002 *cit in* Lage (Coord.) Paúl e Fonseca, 2005) Por outro lado a problemática inerente à inversão de papéis, os filhos que foram cuidados, passam a desempenhar o papel de cuidador, destabilizando e deslocando relações de poder, dependência e intimidade. Sendo de salientar, que situações de ruptura na relação cuidador e idoso, podem contribuir para situações de abuso, maus tratos, que vão desde violência física, psicológica, e até financeira devido ao uso indevido de bens do idoso,

que se encontra em situação de dependência e vulnerabilidade. (Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006; Gonçalves, 2010)

A sobrecarga do papel de cuidador, começa a ganhar relevância no âmbito da investigação em gerontologia, em específico no cuidado familiar a idosos. Podendo ser classificada em objectiva e subjectiva. Objectiva diz respeito ao desgaste físico, psicológico e social do acto de cuidar. A sobrecarga subjectiva é definida como os sentimentos, atitudes e reacções que o cuidar gera no cuidador. (Lage, *in* Paúl e Fonseca (*coord.*), 2005). Por outro lado, Squire (2005), citado por Figueiredo (2007), divide o cuidar em três dimensões: responsabilidade de tomar conta de alguém; satisfazer ou dar resposta às necessidades de alguém; e sentir preocupação, consideração e sentimentos de afecto pela pessoa que está a ser cuidada.

O conceito de prestação de cuidados informais, mais do que a vertente da prestação de cuidados “*caregiving*”, enquanto assistência nas actividades de vida diárias, engloba a uma vertente emocional e afectiva do cuidar, ou (preocupar-se com), “*caring*”. Conceitos interligados quando se estabelece uma relação entre o cuidador e o idoso dependente em que existe bem-estar mútuo.

Podemos subdividir os cuidadores informais em principal ou secundário, em função do grau de envolvimento nos cuidados prestados ao idoso dependente. Sendo o cuidador principal aquele que tem a seu cargo a maior responsabilidade pelos trabalhos e desempenho de actividades, tarefas e rotinas. Os cuidadores secundários são: familiares, amigos, vizinhos que prestam apoio complementar, vulgarmente traduzidos no “fazer companhia”, “deitar o olho”. (Figueiredo, 2007)

A prestação de cuidados no domicílio, está associada a uma maior integração social do idoso, onde dentro das suas limitações obterá um ambiente que lhe permita maximizar o controlo da sua vida. (Stone, (2001) *cit in* Sousa, Figueiredo, Cerqueira, 2006) No entanto, a prestação de cuidados aos idosos no seio domiciliário e familiar, tem-se tornado cada vez mais difícil, resultante da evolução da sociedade, com a emancipação da mulher, as próprias dificuldades inerentes ao cuidar de um idoso dependente, como: acréscimo de responsabilidade, sobrecarga económica, condicionalismo das relações sociais por parte dos cuidadores. Para além destes aspectos as famílias vêm-se deparadas com exigências progressivas que implicam situações de cuidados informais, e por sua vez os recursos formais são escassos. (Imagínario, 2004)

No processo de envelhecimento, a família continua a desempenhar um papel basilar enquanto suporte material, psicológico e social, sobretudo a sul da Europa (Portugal, Espanha, Grécia e Itália). Apesar de todas as transformações e processos de adaptação que as famílias têm sofrido, “continuam a ser um eixo central de securização quando caminhamos para um modelo familiar em que se valoriza a autonomia individual e em que simultaneamente, as trajectórias de vida se tornam mais incertas e turbulentas”. (Fernandes, 2005, p.48) As principais necessidades são sentidas ao nível da saúde e nível social. As famílias vêem-se incapazes de assegurar essas necessidades, por falta de capacidades e pelo aumento das exigências em termos de cuidados. O aumento de doenças crónicas e incapacitantes, como as demências (demência vascular, Alzheimer, Parkinson), limitações motoras resultantes quer de alterações osteo-articulares quer como consequência de co-morbilidade como as doenças cardiovasculares, constituem uma demanda com elevada responsabilidade, exigências e necessidades ilimitadas, que as famílias, no seu quotidiano, têm cada vez mais dificuldade em suportar. (Fernandes, 2005; Boggatz e Dassen, 2005)

Conceição (2010), refere que os cuidadores, em especial a família, devem possuir noções básicas sobre o processo de envelhecimento e sobre os cuidados básicos a prestar aos idosos como: prevenção de quedas, manutenção de ambiente salutar, técnicas de posicionamento, estimulação à mobilização, administração de medicação e higiene pessoal. Para mais facilmente adquirirem mecanismos de adaptação diante de situações de incapacidade e manutenção de autonomia. O sentimento de eficácia é importante para a família (cuidadora), funcionando como um reforço positivo. Os profissionais de saúde têm aqui um importante papel, devem centrar sua atenção “no treino de competências que desenvolvam o cuidado e aumente o sentimento de mestria e de satisfação, no ensino e aconselhamento de práticas promotoras da saúde, na avaliação das consequências da responsabilidade dos cuidados, na avaliação dos recursos pessoais do cuidador e da necessidade de recursos comunitários e, finalmente, na disponibilidade de suporte informal ao cuidador, dentro da própria família.” (Lage, *in* Paúl e Fonseca (Coord), 2005, p.225)

Curiosamente, diferentes estudos verificaram que os idosos residentes em zonas urbanas, tem mais probabilidade de apresentar limitações nas actividades de vida diárias, e por sua vez, tem mais dificuldade em obter apoio e suporte familiar. O que indica, que existe aparentemente uma melhor rede de suporte social no meio rural, onde ainda impera a estrutura “intacta” da família tradicional. (Boggatz e Dassen, 2005).

Lundh e Nolan (1996), referem que, desde que foram amplamente difundidas políticas na Europa de equipas de apoio comunitário, os idosos dependentes e debilitados permanecem nas suas casas durante cada vez maiores períodos de tempo. Segundo estes autores, os idosos manifestam mais qualidade de vida quando os cuidados são prestados pelo apoio informal (família), e depois pelos cuidadores formais. A assistência ideal ao idoso é aquela que deve satisfazer as suas necessidades de forma a manter o máximo da auto-estima dos mesmos.

Assume-se, mais uma vez, de relevância o papel da família no cuidado informal dos seus idosos, quer a nível políticas económicas e sociais, tendo presentes os desequilíbrios intergeracionais e a subsistência dos sistemas de segurança social.

É necessário encarar os problemas da velhice, como diz Fernandes (2005) reconhecendo que contribuímos para o tipo de envelhecimento que teremos, durante todo o ciclo vital. Para obter um envelhecimento bem sucedido, implica que sejam postas em prática políticas assentes em princípios de prevenção, promoção e bem-estar ao longo da vida enquanto processo contínuo, porque só assim o envelhecimento não será visto como uma fatalidade, mas que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma durante o mais tempo possível, isto é, saber viver bem e melhor, ao longo da vida. Organizando respostas, gratuitas e comparticipadas, orientadas para o apoio aos idosos que se encontram em situação de fragilidade e dependência, bem como aos seus familiares.

Desenvolver políticas que permitam a descentralização da acção chegando mais perto do idoso e suas famílias, enquanto ser idóneos de uma identidade única com um contexto ambiental, familiar e de saúde único, privilegiando a visão holística e assim a dignidade inerente a todos os seres humanos. Só assim será possível, conseguir viver mais tempo, de forma independente, no seu espaço comunitário. Envolvendo uma acção concertada, com o objectivo de envelhecer com saúde, autonomia e independência, numa responsabilidade partilhada envolvendo idosos, famílias, outros prestadores de cuidados e profissionais e em última instância o Estado (enquanto Estado Providência). Melhorando os cuidados de saúde, melhorando as estratégias comunitárias, ao longo de todos os níveis de prestação de cuidados, na vertente facilitadora de adaptação do indivíduo ao seu ambiente, implicando uma abordagem multidisciplinar, multiprofissional e intersectorial. Bem como, o empenho continuado da comunidade internacional. (PNUD, 2010a)

A qualidade de vida dos idosos é amplamente influenciada pela capacidade de manter autonomia¹² e independência¹³, mas muitas das situações relacionadas com incapacidade e dependência são passíveis de serem prevenidas (prevenção primária, secundária e terciária) ou minimizadas. A dependência, deficiência, incapacidade e desvantagem na população idosa constitui uma prioridade máxima e indispensável. Durante muitos anos, as políticas de saúde tiveram como destinatários privilegiados a população adulta, considerada massa produtiva da sociedade, mas face às alterações demográficas o estado social começa a entrar em ruptura, os gastos em cuidados de saúde com os idosos são crescentes, bem como os valores exonerados em pensões, consequente ao aumento de idosos e diminuição de jovens (futuros contribuintes).

Face às despesas do estado, quer em saúde quer em recursos sociais, é cada vez mais importante, quer em termos humanizadores quer em termos económicos, promover medidas que auxiliem as famílias a cuidar mais e melhor dos nossos idosos, reforçando as equipas de apoio ao domicílio, prestando cuidados ao domicílio, reinventando a figura do médico de “cabeceira”, proporcionando ajudas técnicas/produtos de apoio que ajudem a readquirir autonomia aos idosos (prevenindo, compensando, atenuando ou neutralizando a incapacidade), diminuindo a sobrecarga nas famílias cuidadoras, adoptando um plano gerontológico, que privilegie as questões relacionadas com envelhecimento.

Neste sentido, e tendo por base as novas necessidades de saúde e sociais, e em resposta às crescentes necessidades e diversidade das mesmas por parte das pessoas idosas com dependência funcional, doentes com patologias crónicas e doentes sem processo terminal da sua doença. O programa XVII do Governo Constitucional definiu como meta a implementação de políticas de saúde integradas com políticas de segurança social que permitam: “desenvolver acções mais próximas das pessoas com dependência;

¹² Autonomia é a capacidade para controlar, lidar e tomar decisões sobre a vida no dia-a-dia, de acordo com as suas próprias regras e preferências. WHO. Active Ageing, A policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002.

A autonomia deve ser encarada como uma vertente central do envelhecimento saudável, garantindo o direito à auto-determinação, mantendo a sua dignidade, integridade e liberdade de escolhas. Direcção Geral de Saúde: Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Dia Internacional das Pessoas Idosas 1 de Outubro de 2004.

¹³ Independência, é entendida como a capacidade para realizar funções relacionadas com a vida diária, ou seja, a capacidade para viver de forma independente na comunidade, sem ajuda ou com pequena ajuda de outrem. WHO. Active Ageing, A policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002.

investir no desenvolvimento de cuidados de longa duração, promovendo a distribuição equitativa das respostas a nível territorial; qualificar e humanizar a prestação de cuidados; potencializar recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e as alterações de funcionalidade”. Diário da República - I série - A, Nº 109-06-06-2006. Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Tais respostas devem ser facilitadoras da autonomia, reforçando capacidades e competências das famílias dos idosos. Tal objectivo pressupõe a instituição de um modelo integrado da saúde com a segurança social, envolvendo a participação de diversos parceiros sociais, sociedade civil e o Estado. Que culminou com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que tem como objectivos: melhorar as condições de vida e bem-estar dos indivíduos em situação de dependência¹⁴, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social; a manutenção dessas pessoas no domicílio, sempre mediante apoio domiciliário; o apoio, acompanhamento ou internamento em função da situação; a melhoria da qualidade quer no âmbito dos cuidados de saúde quer sociais; o apoio aos cuidadores informais (família) ou prestadores informais na qualificação e prestação de cuidados; a articulação com outros serviços e a prevenção de serviços e equipamentos, causadas por lacunas de progressiva cobertura a nível nacional das necessidades, quer no âmbito dos cuidados continuados integrados quer em cuidados paliativos. Diário da República - I série - A, Nº 109-06-06-2006. Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. Servindo de reforço às competências das famílias e como suporte na diminuição dos níveis de sobrecarga (afectando mesmo, as suas actividades de lazer, relações sociais, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional dos cuidadores). (Rodrigues, [et al], 2002) No entanto, são ainda insuficientes face às necessidades crescentes de apoio a idosos dependentes.

Vincent, e colaboradores (2007), no seu estudo com doentes idosos com acidentes vasculares cerebrais, revelam a importância da implementação de programas de educação para a saúde por parte dos profissionais de saúde, dirigidos aos cuidadores (famílias), em termos de recursos atenuadores de incapacidades na comunidade (recurso

¹⁴ “ «Dependência» é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades de vida diária”. Diário da República - I série - A, Nº 109-06-06-2006. Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, p. 3857.

a produtos de apoio), e formas de adaptação à capacidade de desenvolverem as suas actividades de vida diárias, promovendo a funcionalidade e autonomia. Associam ainda baixos níveis de funcionalidade a maior uso dos sistemas de saúde, maior número de internamentos, institucionalização, e de sobrecarga física, psicológica e financeira, quer para o idoso quer para a sua família, bem como, do sistema de saúde.

Warner e Gould (2003), revêem as necessidades do idoso numa perspectiva holística, e a participação multisectorial e integrada (do sector da saúde e social) como resposta às necessidades do idoso, com o desígnio de atingir a qualidade de vida do idoso.

No capítulo seguinte propomo-nos analisar em que medida é que as ajudas técnicas/produtos de apoio podem ser um reforço positivo quer para o idoso quer para a sua família.

3. AJUDAS TÉCNICAS/TECNOLOGIAS DE APOIO/PRODUTOS DE APOIO

Neste capítulo iremos definir o que são ajudas técnicas ou mais recentemente designados produtos de apoio, a quem se destinam, qual o sistema de atribuição e financiamento, quais as entidades prescritoras, questões éticas da atribuição a idosos dependentes.

3.1. Definição de Ajudas Técnicas/Tecnologias de Apoio/Produtos de Apoio

As ajudas técnicas, tecnologias de apoio são, segundo a ISO (Organização Internacional de Normalização - entidade internacional responsável pelo estudo e standardização destes materiais e equipamentos), em específico, classificação ISO 9999 “qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico utilizado por uma pessoa incapacitada, especialmente produzido ou geralmente disponível, que se destina a prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar a incapacidade”¹⁵. No entanto, para os propósitos desta classificação dos factores ambientais, os produtos e tecnologias de apoio são definidos mais restritivamente como qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia adaptado ou especialmente concebido para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com incapacidade. (DGS, 2004a)

Ou seja, são materiais, equipamentos, sistemas que servem para compensar a deficiência ou atenuar-lhes as consequências e impedir o agravamento da situação clínica do utente e permitir o exercício das actividades quotidianas e a participação na vida escolar, profissional, cultural e social.

Segundo o despacho nº 12370/2007 do Diário da República, II série, Nº117 – 20-06-2007, “são consideradas ajudas técnicas/tecnologias de apoio os produtos, dispositivos, equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponível no mercado destinados a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar

¹⁵ Direcção-Geral da Saúde: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde, Lisboa, 2004.

limitações na actividade ou as restrições na participação das pessoas com deficiência”. Mais recentemente, no Despacho nº 2027/2010, do Diário da República, II série, Nº 20 – 29-01-2010, as ajudas técnicas também passaram a denominar-se: “produtos de apoio”. O termo “produtos de apoio” substitui o termo de “ajudas técnicas” segundo a classificação da norma internacional ISO 9999:2007.

Os produtos de apoio (anteriormente designados ajudas técnicas/tecnologias de apoio) “são qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produzido ou disponível que previne, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação”. Diário da República, I Série, Nº 74 - Decreto de Lei nº 93/2009 de 16-04-2009, Artigo 4º.

Podem ser desde utensílios simples, sem grande complexidade ou ajudas técnicas complexas envolvendo alta tecnologia, electrónica, informática...

São exemplos de ajudas técnicas cadeiras de rodas, andarilhos canadianas, almofadas e colchões anti-escara, camas articuladas, materiais e equipamentos para alimentação (talheres, pratos, copos adaptados), para o vestuário (pinças, luvas de protecção...), para a higiene (barras de apoio, cadeiras de banho, assentos de banheira), entre outros.

Estes produtos podem servir para a pessoa posicionar-se correctamente, estabilizar partes do corpo, prevenir e evitar deformidades, facilitar e ajudar a desencadear o movimento, na realização de tarefas de forma segura; auxiliar nas tarefas diárias de forma a despende menos energia, com menos dor e mais comodidade, para que a pessoa se torne o mais autónoma possível.

3.2. A Quem se Destinam

Estas ajudas técnicas/tecnologias de apoio, ou recentemente designados produtos de apoio, destinam-se às pessoas com deficiência, aos idosos ou pessoas que as necessitam de utilizar seja de forma temporária ou definitiva, sendo considerados meios indispensáveis ao bem-estar, autonomia, integração e qualidade de vida destas mesmas pessoas. No artigo 2º do decreto de Lei nº 93/2009 de 16-04-2009, que visa a criação do Sistema de Atribuição dos Produtos de Apoio (SAPA), refere que abrange as pessoas com deficiência e as pessoas que por uma incapacidade temporária necessitem de produtos de apoio.

Considera-se pessoa com deficiência, “aquela que, por perda ou anomalia, congénita, ou adquirida, de funções ou de estruturas do corpo, incluindo as funções psicológicas, apresente dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores do meio, lhe limitar ou dificultar a actividade e a participação em condições de igualdade com as demais pessoas”. (Artigo 2º da Lei nº 38/2004, de 18-08-2004; Artigo 4º decreto de Lei nº 93/2009 de 16-04-2009) De acordo com o vigente neste último decreto de lei (nº93/2009), pessoa com incapacidade temporária, “é aquela que por motivo de doença ou acidente encontre, por um período limitado e específico no tempo, dificuldades específicas susceptíveis de, em conjugação com os factores de meio, lhe limitar ou dificultar a sua actividade e participação diária em condições de igualdade com as demais pessoas”.

Os produtos de apoio destinam-se às pessoas com deficiência ou incapacidade, aos idosos ou, aos que de forma temporária ou definitiva, necessitam de as utilizar. São meios indispensáveis para a funcionalidade e integração das pessoas com incapacidade ou deficiência. Os produtos de apoio são utilizados ou colocados pelo próprio ou com a ajuda de terceiros (técnicos ou familiares) tendo como objectivo uma maior funcionalidade. (INR, 2010)

3.3. Tipos de Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio

As listas de produtos de apoio, são elaboradas pelo Instituto Nacional de Reabilitação, revistas anualmente, e lançadas sob a forma de lista homologada, em despacho após parecer vinculativo das entidades financiadoras, tendo por referência as normas ISO 9999. Os produtos de apoio são classificados e reunidos por áreas de acordo com as funções a que se destinam. Segundo a Organização Internacional de Normalização (ISO), ISO 9999:2007, os produtos de apoio encontram agrupados da seguinte forma:

- Produtos de apoio para tratamento clínico individual - ISO 04;
- Produtos de apoio para treino de competências – ISO 05;
- Ortóteses e próteses – ISO 06;
- Produtos de apoio para cuidados pessoais e protecção – ISO 09;
- Produtos de apoio para mobilidade pessoal – ISO 12;
- Produtos de apoio para actividades domésticas - ISO 15;

- Mobiliário e adaptações para habitação e outros edifícios – ISO 18;
- Produtos de apoio para comunicação e informação – ISO 21;
- Produtos de apoio para manuseamento de objectos e dispositivos ISO 24;
- Produtos de apoio para actividades recreativas – ISO 30.

Esta classificação consiste em três níveis hierárquicos, (classes, subclasses e divisões) e os códigos de cada um corresponde a um par de dígitos. Os impressos de prescrição, para além da designação do produto têm que ter mencionado o código ISO com seis dígitos. Esta nomenclatura é usada internacionalmente, para que todos possamos usar o mesmo tipo de linguagem, e em termos de estudos e investigação seja usada a mesma terminologia. A terminologia adoptada na Norma ISO 9999-2007 é a utilizada na Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF)

São exemplos de produtos de apoio:

- Cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas;
- Almofadas para prevenir úlceras de pressão, colchões ortopédicos, camas articuladas;
- Materiais e equipamentos para a alimentação (garfos, colheres, pratos, copos adaptados);
- Materiais e equipamentos para o vestuário (pinças, ganchos, luvas de protecção, vestuário apropriado);
- Materiais e equipamentos para a higiene (barras de apoio, assentos de banheira, cadeiras e bancos para o banho, banheiras, material anti-derrapante);
- Materiais e equipamentos para a comunicação (canetas adaptadas, computadores, tabelas de comunicação, dispositivos para virar folhas, amplificadores de som, telefones);
- Adaptações para carros (assentos e almofadas especiais, adaptações personalizadas para entrar e sair do carro, adaptações para os comandos do carro);
- Elevadores de transferência;
- Próteses (sistemas que substituem partes do corpo ausentes);
- Ortóteses (sistemas de correcção e posicionamento do corpo), etc.

A escolha um produto de apoio envolve um processo cuidado, reflectido e rigoroso. Deve ser feita uma avaliação, com a presença da pessoa com necessidades

especiais, pelos técnicos ou médicos especialistas, envolvendo sempre que possível, uma equipe multidisciplinar, para melhor definir as necessidades do indivíduo, numa visão holística. Sendo os produtos de apoio, os recursos disponíveis para uma maior funcionalidade, estes devem ser adequados a cada situação, e no momento da atribuição devem indicados quais os cuidados de manutenção a ter com cada um (se possível, deve ser feita uma revisão periódica). Todos estes materiais devem ser seguros, resistentes, duráveis e esteticamente aceitáveis pelo próprio e pelos seus familiares. O utilizador deverá informar-se junto dos técnicos e dos fornecedores qual a melhor solução em termos económicos, valorizando o binómio custo/eficácia.

3.4. Sistema de Atribuição e Financiamento

A atribuição de ajudas técnicas ou produtos de apoio é definida pelo Instituto Nacional de Reabilitação, entidade que aprova e publica as normas que regulam a atribuição, definindo os procedimentos das entidades prescritoras e financiadoras de ajudas técnicas/produtos de apoio. Em regime de consultadoria, da Direcção-Geral da Saúde (DGS), do Instituto da Segurança Social, I.P. (ISS) e do Instituto do Emprego e da Formação Profissional, I.P. (IEFP), e em consonância com estes organismos é definido o universo de ajudas técnicas e quais os montantes atribuídos por cada um desses organismos¹⁶. (Diário da República, II série, N° 20 – 29-01-2010, como despacho n° 2027/2010 do Instituto Nacional para a Reabilitação)

As ajudas técnicas ou produtos de apoio são abrangidas pelo sistema supletivo de financiamento, aprovado em Decreto de lei¹⁷, este sistema supletivo descentralizado foi criado na década de 90. Cuja filosofia principal assenta na dotação financeira de entidades prestadoras de serviços de saúde, reabilitação, formação profissional e emprego, e de solidariedade social. No entanto, a necessidade de salvaguardar o papel do Estado, em adoptar medidas que assegurem o fornecimento, adaptação, manutenção ou renovação dos meios de compensação adequados, garantindo a igualdade equitativa de oportunidades e justiça social. Obrigou a uma reformulação do sistema até então

¹⁶ Para o ano de 2010 foi disponibilizado o valor global de € 12 620 000,00, que será repartido pelo ministério da saúde, ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Os valores são publicados anualmente, sob a forma de despacho em Diário da República. Relativamente ao ano em curso, 2010, os valores foram publicados no Diário da República, II série, N° 20 - 29-01-2010, como despacho n° 2027/2010 do Instituto Nacional para a Reabilitação.

¹⁷ Diário da república, II Série, N° 250 - 29-12-2009. Despacho Conjunto n° 27731/2009.

vigente. De forma a assegurar a igualdade de oportunidades de todos os cidadãos, promovendo a integração e participação das pessoas com deficiência e em situação de dependência, e desta forma alcançar o desiderato de justiça social. Neste sentido foi criado o sistema de atribuição de produtos de apoio (SAPA), com o intuito de garantir a eficácia do sistema, a eficiência de aplicação criteriosa, e consequentemente a desburocratização do sistema sobretudo ao nível das exigências às entidades prescritoras, culminando com a criação de uma base de dados centralizada dos pedidos efectuados, permitindo um melhor controlo dos mesmos.

As entidades prescritoras, são “a entidade, serviço, organismo ou centro de referência à qual pertence a equipa técnica multidisciplinar ou o médico que procede à prescrição”. (Diário da República, I Série, Nº 74 - Decreto de Lei nº 93/2009 de 16-04-2009, Artigo 4º) As mesmas, são definidas por despacho e encontram-se hierarquizadas por níveis:

- Produtos de apoio de Nível 1: Centros de Saúde e Hospitais de Nível 1;
- Produtos de apoio de Nível 2: Hospitais de Nível 1 da plataforma B e Hospitais distritais;
- Produtos de apoio de Nível 3: Hospitais Distritais da plataforma A, Hospitais Centrais, Centros Especializados, Centros de Emprego.

Em qualquer dos níveis implica que a prescrição seja sempre efectuada pelo médico. As instituições hospitalares financiam as ajudas que prescrevem, após avaliação multidisciplinar, do nível funcional do indivíduo que delas vai usufruir e do seu contexto sócio familiar. (Diário da República, II Série, Nº 20 – 29-01-2010. Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. Despacho nº 2027/2010.)

A escolha e atribuição do produto de apoio, deve ser sempre decorrente, de um processo individualizado, de acordo com as necessidades do utilizador, e deve ser efectuado o ensino sobre a utilização dos mesmos, quer ao indivíduo que aos cuidadores directos, para que os usem da melhor forma e se adaptem facilmente. É importante mencionar que muitos dos produtos de apoio fornecidos podem ser “reutilizados”, pelo que deve ser transmitido aos utilizadores, que devem fazer bom uso dos mesmos, não descurando a sua manutenção em boas condições. E que caso deixem de necessitar deles, os entreguem às entidades que os prescreveram, e desta forma, rentabilizar recursos e dar oportunidades a outras pessoas usufruírem dos mesmos, realçando a igualdade de oportunidades e o conceito de justiça social.

O SAPA, tem como objectivos, enquanto ferramenta política global, integrada e transversal, dar resposta às pessoas com deficiência ou incapacidade temporária, compensando e atenuando as limitações de actividade e ou restrições da sua participação, em consequência da deficiência ou incapacidade temporária através: da atribuição gratuita e universal dos produtos de apoio; gestão eficaz da sua atribuição; e do financiamento simplificado dos mesmos. (Diário da República, I Série, Nº 74 - Decreto de Lei nº 93/2009 de 16-04-2009)

As verbas destinadas ao financiamento dos produtos de apoio são geridas por cada entidade financiadora de forma autónoma. A Administração Central do Sistema de Saúde, disponibiliza verbas às unidades hospitalares. Os centros distritais da segurança social disponibilizam aos centros de saúde, e outras entidades definidas em despacho. O Instituto do Emprego e Formação Profissional, por sua vez, aos centros de emprego. E, por fim a Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular disponibiliza às estruturas da educação.

A comparticipação dos produtos de apoio é de 100%, no entanto nos hospitais e outras unidades de saúde, os produtos, não são reembolsados porque são fornecidos directamente aos utentes. A comparticipação quando o produto faz parte das tabelas de reembolso quer do Sistema Nacional de Saúde, subsistema de saúde ou por seguradoras, é feita, no montante correspondente à diferença entre o preço real do produto e o valor suportado pelas entidades anteriormente referidas. (Diário da República, II Série, Nº 20 - de 29-01-2010. Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. Despacho nº 2027/2010.)

O desenvolvimento tecnológico assume-se de particular relevância no domínio das ajudas técnicas/produtos de apoio como forma de garantir a autonomia das pessoas com deficiência e dos idosos.

3.5. Questões Éticas da Atribuição de Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio a Idosos com Dependência Funcional

A atribuição de produtos de apoio, designação mais recentemente atribuída às vulgo ajudas técnicas, merece uma reflexão ética, sobretudo quando atribuídas a uma população historicamente e socialmente, conotada com vulnerabilidade, fragilidade e dependência.

Ao Estado enquanto órgão de soberania máximo, num Estado Providência como o nosso, e de acordo com o definido nas bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência (Lei nº 38/2004, de 18/08/2004), compete o fornecimento, adaptação, manutenção ou renovação dos meios de compensação mais adequados, de forma a promover o máximo de autonomia e integração por parte dessas pessoas. Nesse sentido, torna-se necessário assegurar a prescrição, financiamento e atribuição das ajudas técnicas ou mais recentemente designados produtos de apoio, às pessoas com deficiência ou incapacidade, com o objectivo de promover a sua reabilitação médico-funcional e promover meios adequados e facilitadores de uma participação e integração a nível social e profissional, contribuindo deste modo para uma melhor qualidade de vida. (Diário da República, II Série, Nº 117 -20/06/2007. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e Saúde. Despacho nº 12370/2007)

Reconhecendo que o mundo está a sofrer uma transformação demográfica sem precedentes, (do qual Portugal não é excepção), e que, em 2050, o número de pessoas de mais 60 anos aumentará de 600 milhões para quase 2.000 milhões, prevendo-se que a percentagem de pessoas de 60 anos ou mais se duplique, passando de 10% a 21%.¹⁸ Este aumento será tanto maior e mais rápido, nos países em desenvolvimento, Prevê-se que a população de idosos quadruplique nos próximos 50 anos. Novas necessidades e mais diversificadas, começam a fazer parte da nossa realidade, quer em termos de saúde quer em termos sociais. Criando enormes desafios aos sistemas de saúde, não apenas no que se refere à garantia de acessibilidade, e qualidade de cuidados, mas à própria sustentabilidade dos sistemas. (DGS, 2004b; DGS, 2004c) O aumento da longevidade, contribui para o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, com graus cada vez mais elevados de dependência funcional. Urge implementar e promover medidas que se adequem às necessidades individuais e familiares de cada idoso. Medidas que promovam, a autonomia e a participação dos idosos, o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com situações de dependência, ajudando a mediar a vida profissional com cuidado informal aos seus idosos.

Tal objectivo só pode ser atingido, envolvendo uma acção multisectorial e multidisciplinar, nomeadamente, ao nível da saúde, segurança social, educação,

¹⁸ Naciones Unidas: Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, Abril: 2002.

economia, justiça. Implementando políticas mais próximas dos cidadãos idosos e suas famílias, capacitadoras de autonomia e independência, acessíveis e dirigidas às necessidades de cada idoso, permitindo minimizar custos (quer físicos, psicológicos quer a nível económico), evitar dependências, e humanizar o cuidado. (DGS, 2004b; DGS, 2004c)

Medidas como a criação da rede de cuidados continuados integrados, são excelentes políticas, no entanto ainda insuficientes faces às crescentes necessidades dos idosos e famílias.

Cada tecnologia ou produto de apoio, “traz em si um elevado poder de inclusão ou exclusão das pessoas no seu meio”. (Diário da República - I série - B, Nº 185 - 12-08-2003. Resolução de Conselho de Ministros. Programa Nacional para a participação dos Cidadãos com Necessidades Especiais na Sociedade de Informação) Sobretudo quando nos referimos a pessoas com necessidades especiais, em específico pessoas com deficiência, idosos e acamados.

As ajudas técnicas/produtos de apoio, enquanto objectos, produtos, equipamentos ou sistemas que promovam a funcionalidade, prevenindo ou reduzindo as limitações na actividade, fazem parte de políticas desenvolvidas no intuito de contribuir para a qualidade de vida e para uma acção dinamizadora e humanizadora, e para a consolidação de uma sociedade coesa, justa e solidária.

As prevenções ao nível: primário, secundário e terciário, da deficiência, incapacidade e dependência na população idosa, constitui uma abordagem primordial e indispensável, promovendo durante o máximo tempo possível a autonomia e a independência, as ajudas técnicas podem ter um papel preponderante no atingimento deste desiderato, promovendo uma melhor adaptação às limitações, por exemplo pelo uso de auxiliares de marcha, num doente idoso com sequelas de AVC, diminuição de complicações e co-morbilidade associadas à dependência funcional, por exemplo com o uso de meios de prevenção de úlceras de pressão (colchões anti-escara, almofadas de gel, etc.) nos idosos acamados (Blanes [et al], 2004), produtos para facilitar a higiene e eliminação como cadeira de sanitária. São produtos que para além de contribuírem positivamente para o seu utilizador directo, neste caso o idoso, também poderá ter repercussões em termos de minimizar o desgaste/sobrecarga dos cuidadores directos, especificamente a família, elo fundamental no cuidado do idoso e nas políticas de saúde e sociais.

Lopes (2007), no seu estudo sobre as necessidades e dificuldades das famílias no cuidar de idosos dependentes, considerou três tipos de necessidades: as instrumentais, as necessidades de orientação dos técnicos de saúde e os sentimentos vivenciados numa situação de dependência do familiar. E as necessidades mais mencionadas pelos cuidadores foram as instrumentais. “Uma das maiores preocupações, de quem cuida, é poder mobilizar a pessoa dependente sem grande sobrecarga física e sem prejudicar a saúde, tanto do cuidador como do idoso em situação de dependência.” (...) “Os cuidadores também referiram a necessidade de possuírem algumas ajudas técnicas que facilitassem a mobilização do familiar. Salientam a importância de ter cadeira de rodas e cama articulada...” (Lopes, 2007, p.44)

“As barreiras à actividade e participação da pessoa com deficiência/limitação motora podem ser ultrapassadas com intervenção na pessoa, através de ajuda técnica, ou no equipamento/ambiente, construindo-o acessível.” (Rodrigues; Winck; Almeida, 2002, p.651) Desta forma a prescrição de ajudas técnicas a doentes idosos com dependência funcional, deve ser encarada como forma de garantir a dignidade inerente a todo o ser humano, direito de liberdade, à não discriminação à protecção da integridade física e psicológica e ao exercício efectivo da cidadania. E como refere o artigo 5º da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, 2002: “...promover uma democracia, reforçar o Estado de Direito e favorecer a igualdade (...) promover e proteger os direitos humanos e liberdades fundamentais, incluindo o direito ao desenvolvimento (...) eliminando todas as formas de discriminação, entre outras, as relacionadas com a idade, reconhecendo que as pessoas à medida que envelhecem devem desfrutar de uma vida plena, com saúde, segurança e participação activa na vida económica, social, cultural e política das sociedades...”

Sousa, Galante e Figueiredo (2003), referem que a intervenção por parte dos profissionais de saúde e dos de acção social, deve ter como princípios éticos e centrais intervir de forma a tornar os idosos mais capazes, com mais autonomia e qualidade de vida.

O promover o acesso a produtos de apoio a idosos com dependência funcional deve ser encarado por parte dos profissionais de saúde, como um dever ético enquanto garantia de uma prestação de cuidados de excelência e humanamente adequados.

Deste modo, e porque é objectivo deste trabalho verificar se existe alguma evidência prática e comprovada em termos de benefícios da atribuição de ajudas

técnicas/produtos de apoio aos idosos com dependência funcional, promoveu-se um estudo de campo que será apresentado no capítulo seguinte.

4 - HIPÓTESE DE TRABALHO

4.1. Elaboração do Problema

A formulação de um problema de investigação constitui a mais importante etapa do processo de investigação.

Segundo Adebo (1974) citado por Fortin (1999, p.48) “Um problema de investigação, é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação...”

A melhor forma de iniciar um trabalho de investigação está na perseverança e empenho em enunciar o projecto sob a forma de uma pergunta de partida. Esta deve transmitir o mais exacto possível, aquilo que se procura saber, elucidar e compreender melhor, ou seja, deve exprimir o problema a estudar. “Formular um problema de investigação é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo.” (Fortin, 1994, p.62)

De acordo com Quivy (1992), para poder ser trabalhada, uma boa pergunta de partida deve ser realista, adequada aos nossos recursos pessoais, materiais e teóricos. A mesma não deve suscitar dúvidas, muito pelo contrário, deve ser o, mais objectiva possível.

Segundo Quivy (1992, p.41), a pergunta de partida “servirá de primeiro fio condutor da investigação. Para desempenhar correctamente a sua função... deve ter um certo número de qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência.”

As ajudas técnicas tal como outro bem social e de saúde remetem-nos para questões importantes como a política de afectação de recursos, as teorias de justiça a igualdade equitativa de oportunidades, que serão objecto de análise neste trabalho, bem como a importância destas ajudas como forma de garantir o respeito pela dignidade humana, o respeito à protecção à saúde, enquanto forma de aumentar a qualidade de vida do doente idoso e seus familiares. É objectivo deste trabalho, determinar se:

- Existe alguma relação entre o usufruto deste tipo de “bens” ajudas técnicas e o número de internamentos;

- Existe alguma relação entre os idosos quem tem ajudas técnicas e o nível de qualidade de vida do idoso;
- Existe alguma relação com os internamentos por exaustão do cuidador;
- As ajudas técnicas são percebidas como um bem que contribui para o aumento do bem-estar e qualidade de vida do idoso;
- As ajudas técnicas são percebidas como facilitadoras e contribuem para a diminuição de exaustão do cuidador;
- Saber se o usufruto de ajudas técnicas diminui as complicações relacionadas com a dependência funcional total (alectuamento), como por exemplo a presença de úlceras de pressão.

Por outro lado as ajudas técnicas parecem um tema de particular relevância para a construção de políticas de saúde e sociais que tenham por base a humanização da saúde e o respeito pela dignidade humana valor de primordial numa sociedade justa, secular e plural como pretende ser a nossa.

A questão central que orienta esta pesquisa diz respeito à atribuição das ajudas técnicas aos idosos com dependência funcional. Queremos saber de que modo as ajudas técnicas estão relacionadas com o número de internamentos, com antecedentes pessoais, com a qualidade de vida do idoso(a) dependente, e que impacto tem nos seus cuidadores.

Tendo por base os pressupostos anteriormente apresentados, formulámos as seguintes questões, que serão fio condutor da nossa investigação:

- Que tipo de ajudas técnicas são mais atribuídas aos idosos dependentes?
- Quem habitualmente, alerta para a possibilidade de usufruir destas ajudas?
- Quais as instituições de saúde que mais prescrevem?
- Que tipo de antecedentes patológicos tem os doentes com ajudas técnicas?
- Quais as principais causas de internamento nos doentes idosos com dependência funcional? Estão relacionadas a diminuição da capacidade funcional?
- Os doentes com ajudas técnicas têm menos internamentos?
- Qual a percepção do idoso/cuidador face ao facto de ter ajudas técnicas em termos de aumento de qualidade de vida para o idoso, e seu cuidador em termos de contribuir para diminuir a exaustão do cuidador?
- Existe alguma relação com uso de ajudas técnicas com nível de qualidade de vida do idoso?

- Existe relação entre o nº de doentes idosos com mobilidade alterada que usufruem de ajudas técnicas e a presença de úlceras de pressão?

As questões levantadas são resultado das reflexões realizadas aquando da revisão bibliográfica, e da motivação pela temática em estudo.

4.2. Elaboração de Hipóteses

Um trabalho não pode ser considerado uma verdadeira investigação se não se estruturar em torno de pelo menos uma hipótese, porque a hipótese traduz o espírito de descoberta que caracteriza qualquer trabalho científico.

“Uma hipótese não se obtém por meio de regras, mas graças a essa sagacidade impossível de descrever, precisamente porque quem a possui não segue, ao agir, leis perceptíveis para eles mesmos.” (Gil, 1991, p.39)

As questões levantadas anteriormente servem de suporte para as hipóteses formuladas:

- As ajudas técnicas mais prescritas aos idosos dependentes são as ajudas para prevenção anti-escaras, para higiene pessoal, auxiliares de marcha, cadeiras de rodas, camas.
- As entidades de saúde que mais ajudas técnicas pedem para os idosos dependentes são as hospitalares.
- Os doentes com ajudas técnicas têm menos internamentos que os que não usufruem desses bens.
- Os doentes idosos com ajudas técnicas com mobilidade alterada que usufruem de ajudas técnicas têm menos úlceras de pressão que os que não têm.
- Os doentes idosos com ajudas técnicas têm maior qualidade de vida.

Pretende-se com um trabalho de campo averiguar e confirmar a veracidade ou não das hipóteses anteriormente formuladas.

4.3. Variáveis

Sendo este um tema de grande magnitude, vimo-nos obrigados a seleccionar variáveis específicas, de forma a limitar o tema, mas que no entanto, incluíssem as suas dimensões mais importantes.

Definindo variável como: “...aspectos, propriedades ou factores reais ou potencialmente mensuráveis pelos valores que assumem e discerníveis em um objecto de estudo.” (Cervo, 2002, p.87)

A identificação das variáveis dependentes e independentes orienta a pesquisa de determinados dados, assim como a elaboração das técnicas e instrumentos a aplicar influencia o posterior tratamento de dados e a obtenção de resultados.

A variável dependente é muitas vezes chamada a “variável crítica” ou a “variável explicada”.

“A variável dependente (...) é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta, o resultado observado que é devido à presença da variável independente.” (Fortin, 1999, p.37).

A variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente. É a causa e aparece geralmente em primeiro lugar na hipótese.

“A variável independente é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.” (Fortin, 1999, p.37).

Deste modo seleccionámos várias variáveis as quais passamos a citar:

Independentes: idade; sexo, escolaridade, estado civil; com quem vive, nº de internamentos, presença de úlceras de pressão; tipo de ajudas técnicas.

Dependentes: grau de dependência (Índice de Barthel e de Lawton), Índice de qualidade de vida saúde do Idoso

4.4. Objectivos do Estudo

Tendo por base as questões que norteiam a investigação, pretendemos com este estudo analisar, compreender e determinar se ajudas técnicas têm um impacto positivo,

isto é, promovem ganhos em saúde para os idosos. Deste modo, delineamos os seguintes objectivos:

- Analisar se as ajudas técnicas são um bem que é frequentemente atribuído à população idosa.
- Identificar quem alerta para a possibilidade dos idosos poderem usufruir das ajudas técnicas.
- Identificar quais são as entidades que atribuem mais ajudas técnicas à população idosa.
- Identificar quais as ajudas técnicas mais atribuídas à população idosa.
- Determinar se existe alguma relação entre quem tem ajudas técnicas e o número de internamentos.
- Determinar se existe alguma relação dos idosos que usufruem de ajudas técnicas com o nível de qualidade de vida dos idosos.
- Determinar se os doentes idosos com mobilidade alterada que tem ajudas técnicas são menos afectados por um problema grave com sendo as úlceras de pressão, que têm um grande impacto da qualidade de vida, e grande impacto em termos de gastos em saúde.

5. METODOLOGIA

A elaboração de um trabalho de investigação, tal como todos os trabalhos de índole científica devem ter um planeamento e um fio condutor para que o resultado final tenha valor e credibilidade no mundo da ciência.

Toda a investigação nasce de algum problema observado ou sentido, e tal não pode dar origem à investigação a menos que seja feita uma selecção da matéria a ser tratada de forma a guiar e ao mesmo tempo delimitar o tema a ser investigado. Daí a importância de empregar o método científico. No conjunto de processos ou etapas do método científico que vai desde a escolha e delimitação do tema, revisão bibliográfica, definição de objectivos, formulação do problema e das hipóteses, identificação de variáveis, surge a necessidade da experimentação. "...a indução da lei que fornece a explicação ou o resultado de todo o trabalho de investigação, a teoria que insere o assunto tratado num contexto mais amplo." (Cervo, 2002, p.25)

"Deve-se disciplinar o espírito, excluir das investigações o capricho e o acaso, adaptar o esforço às exigências do objecto a ser estudado, seleccionar os meios e processos mais adequados. Tudo isto é dado pelo método. Assim, o bom método torna-se factor de segurança e economia na ciência." (Cervo, 2002, p.23)

De seguida passaremos a apresentar o tipo de estudo usado, a definição da população alvo, técnicas de amostragem, definição do instrumento de colheita de dados, questões éticas inerente a um trabalho de investigação e finalmente descrever como foi executado o trabalho em campo.

5.1. Tipo de Estudo

A investigação científica é um método de aquisição científica mais aceitável, uma vez que assenta num processo sequencial e racional. Constitui um caminho para chegar ao conhecimento científico.

De acordo com as questões formuladas para orientar a investigação, o trabalho assenta numa filosofia de corrente positivista, onde as investigações são orientadas para alcançar resultados, fiéis e reproduzíveis. "O investigador está preocupado com a generalização dos resultados do seu estudo. Utilizará métodos que permitam assegurar

que os indivíduos estudados são escolhidos de tal forma que representem bem a população em causa.” (Fortin, 2003, p.22)

Tendo em conta o tipo de estudo, suas características e objectivos opta-se por fazer um estudo exploratório descritivo-correlacional, usando para isso o método de avaliação quantitativa.

No estudo descritivo - correlacional o investigador tem como objectivo explorar e averiguar a existência de relação entre as variáveis, e descobrir se existe relação entre as mesmas podendo levá-lo à formulação de hipóteses, que poderão servir de base para o seu estudo, tentando descrever essas relações.

“O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis...baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador.”....“A objectividade, a perdação, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem.” (Fortin, 2003, p.22)

5.2. Definição da População - Alvo

Para realizar um estudo é necessário um determinado universo ou população onde o investigador irá testar as suas hipóteses e confirmar ou não a relação que estabelece com as variáveis. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo.

Neste trabalho pretende-se fazer uma análise ética da atribuição de ajudas técnicas/produtos de apoio a idosos doentes com dependência funcional.

Foi escolhida como população alvo para a nossa amostra os doentes idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos, com dependência funcional, internados num serviço de Medicina Interna B do Hospital de S. João E.P.E (serviço de mulheres e homens). Trata-se de um estudo exploratório descritivo-correlacional, onde será usado o método de avaliação quantitativo.

5.3. Técnica de Amostragem

Quanto maior for o número de elementos da população a estudar, mais veracidade é conferida às conclusões dos resultados. Porém, nem sempre isso é possível, partindo-se então para a aplicação do estudo a parte dos elementos da população. Daí a necessidade dos investigadores determinar uma amostra.

“A amostra é um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo.” (Fortin, 2003, p.202) A mesma é representativa se as suas características são o mais semelhante às da população alvo.

Assim que o investigador escolhe a população potencial para o seu estudo, deve estabelecer critérios de selecção dos seus elementos.

A selecção da amostra foi efectuada usando técnica de amostragem não probabilística, em específico a amostragem por cotas. “A amostragem por cotas consiste em formar estratos da população na base de certas características e proceder de maneira que estas sejam representadas em proporções semelhantes às que existem na população.” (Fortin, 2003, p.209) Desta forma tenta-se reproduzir com mais fidedignidade as características da população em estudo.

No caso prático desta investigação seleccionamos como características pertinentes, idosos internados nos serviços de Medicina B (homens e mulheres) do Hospital de São João EPE com idades iguais ou superiores a 65 anos, que apresentam dependência funcional para o desenvolvimento das actividades de vida diária bem como para as actividades instrumentais de vida diária. O grau de dependência foi definido através do cálculo do índice de Barthel (para as AVD) e do índice de Lawton (para as AIVD), sendo considerados como critérios de exclusão Barthel superior a 60 pontos e Lawton igual a 18 pontos.

Foi determinado o mesmo período de tempo para colheita de dados quer no serviço de Medicina Interna B do Hospital de São João EPE, homens e mulheres.

O período estabelecido para a colheita de dados foi o mês de Maio para o internamento de mulheres e o mês de Junho para o internamento de homens. O instrumento de colheita de dados foi aplicado pela investigadora aos doentes idosos com idades iguais ou superiores a 65 anos com dependência funcional internados nos serviços, e/ou seus cuidadores na incapacidade dos idosos o fazerem quer por estar

limitados na comunicação quer por apresentar deterioração cognitiva para responder às questões colocadas, sendo que para o determinar foi necessário recorrer ao processo clínico e orientação dos profissionais de enfermagem que estava a cuidar dos respectivos utentes.

Foi determinado pela investigadora que o formulário seria aplicado aos utentes internados e ou seus cuidadores, que estivessem internados nos serviços durante todas as terças e sextas-feiras do mês de Maio para colher dados nos serviços de mulheres, e de igual forma às terças e sextas-feiras do mês de Junho para a colheita nos serviços de homens, o que fez o total de oito dias de colheita de dados quer para colher dados no serviço de mulheres bem como no de homens. Sendo de realçar que a colheita só foi feita após esclarecimento sobre o estudo e obtenção do respectivo consentimento informado livre e esclarecido, aprovado pela comissão de ética e respectiva administração do Hospital de S. João E.P.E.

5.4. Instrumento de Colheita de Dados

Para colher os dados necessários, para a consecução deste trabalho, aplicou-se um formulário. Isto é, uma lista de perguntas, destinadas à colheita de dados resultante quer da observação, medição e ou interrogatório, cujo preenchimento é feito pelo próprio investigador, à medida que faz as observações, medições ou recebe respostas do pesquisado.

A escolha deste instrumento foi feita atendendo as características da população alvo, ao facto de poder ser aplicado a analfabetos, por outro lado, de dar oportunidade de estabelecer contacto pessoal, permitir esclarecer perguntas e explicar os objectivos da pesquisa, facilitar a aquisição de um número representativo de informações do grupo a estudar, bem como garantir a uniformidade na interpretação dos dados e dos critérios pelos quais são fornecidos.

Para o desenvolvimento da investigação é necessário utilizar o formulário como instrumento de colheita de dados, e no mesmo incluir aplicação de duas escalas. Uma vez que é necessário saber o grau de dependência funcional dos idosos para seleccionar a amostra. Para isso será necessário aplicar duas escalas para avaliar o grau de

dependência nas Actividades de Vida Diária (AVD), escala de Barthel¹⁹ (Anexo 1), e a escala de Lawton e Brody²⁰ (Anexo 2) para avaliar o grau de dependência nas Actividades Instrumentais de Vida Diária. De seguida será aplicado um formulário (Anexo 3) apresentado e preenchido pela investigadora principal, mas só após explicação do estudo (Anexo 4) e obtenção do consentimento informado livre e esclarecido (Anexo 5) do doente idoso ou se este não estiver em condições para responder do seu cuidador. No final é aplicada também uma grelha de avaliação da qualidade de vida do idoso, para cálculo do índice de QVI, que saiu em circular informativa nº 1/CSI/DAS, de 13/1/93, do Ministério da Saúde. (Anexo 6).

O instrumento de colheita de dados é constituído por dois grupos:

O primeiro relativo à caracterização da amostra, e um segundo grupo relativo ao seu estado de saúde.

O formulário (Anexo 3) começa por identificar quem responde ao formulário (sempre que possível o mesmo é respondido pelo idosa(o)). De seguida temos:

- Idade dos Idosos;
- Cálculo do: Índice de Barthel para avaliar o grau de dependência para as actividades básicas de vida diária e o índice de Lawton para as actividades instrumentais de vida diárias.

A primeira parte do formulário define os critérios de inclusão. A amostra terá que ter idades iguais ou superiores a 65 anos, bem como, um índice de Barthel inferior a 60 pontos, e ter índice de Lawton inferior a 18 pontos.

Neste grupo ainda continuamos com a caracterização social - económica da amostra onde é identificado qual, o sexo, estado civil, escolaridade, com quem vive e os

¹⁹ Araújo, Fátima, [et al]: Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública 25 n. 2; 2007: 59-65.

Rodrigues, Graça, [et al]: Avaliação Sociológica de doentes com esclerose lateral amiotrófica. Revista Portuguesa de Pneumologia VIII n. 6; 2002: 645-653.

Mahoney FI, Barthel D.: "Functional evaluation: The Barthel Index", Maryland State Medical Journal 14; 1965: 56-61.

<http://www.strokecenter.org/trials/scales/barthel.pdf> 08/04/2008

Sainsburg, Anita, [et al]: Reliability of the Barthel Index When used With older people, Age and Ageing 34; 2005: 228-232.

Elphich Heather, [et al]: The Determinants of Successful In- Hospital Rehabilitation in People Aged 90 Years and Older. Gerontology 53; 2007: 116-120.

²⁰ Impresso de Pré- Alta da equipa de gestão de altas do Hospital de S. João EPE, modelo de referenciação dos doentes à RNCCI, 2007.

Lawton, M.P., Brody, E : Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist 9 n.3 8; 1969: 179-186.

Imaginário, C.M.: O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau, 2004.

rendimentos.

Segue-se um segundo grupo relativo ao estado de saúde onde são abordados os seguintes itens:

- Doenças crónicas conhecidas;
- Quantas vezes esteve hospitalizado no último ano;
- Causa de Internamento;
- Tem ajudas técnicas; se sim:
 - Que tipos de ajudas técnicas tem;
 - Quem lhe falou na possibilidade de as ter;
 - Quem é que as atribuiu,
 - Há quanto tempo tem;
 - Acha que contribuiu para o aumento do bem-estar/autonomia dos idosos;
 - Acha que contribui para diminuir a fadiga do cuidador.
- Estava acamado (não deambulava), se sim:
 - Há quanto tempo;
 - Tem Úlceras de Pressão.

Por fim termina com aplicação da Grelha da Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso²¹

As questões colocadas e variáveis abordadas com este instrumento de colheita de dados tem como objectivo obtermos dados que nos permitam relacionar variáveis, por forma, a provar ou não a veracidade das hipóteses anteriormente formuladas.

De seguida passaremos abordar as questões éticas inerentes a um trabalho de investigação.

5.5. Questões Éticas Inerentes ao Trabalho Empírico

Qualquer investigação desde que tenha como alvo o ser humano levanta sérias questões éticas e morais. Desde a escolha do tipo de investigação, à forma de suscitar a

²¹ DGS: Circular Normativa do Ministério da Saúde - nº 1/ CSI/DSA - 13/1/93 - Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso, 1993.

colaboração dos participantes, os conceitos em estudo, métodos de colheita de dados bem como o tratamento e divulgação dos mesmos, pode contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico desde que não lese os direitos fundamentais das pessoas. A “sede” de conhecimento deve ter sempre como limite o respeito pela pessoa humana e a protecção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Tendo em conta a história dos nossos antepassados, e pelas piores razões, só depois da segunda grande guerra mundial é que as considerações éticas e morais passaram a merecer relevância à luz da comunidade humana. Em resposta às barbáries e atrocidades cometidas aos prisioneiros de guerra, e violações constantes dos direitos dos Homens, nasceram códigos de ética com o objectivo primordial de reger a investigação em seres humanos, com o Código de Nuremberga em 1948, a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948) e mais tarde com a Declaração de Helsínquia, em 1975, a Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da biologia e medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina (1997). É então reconhecida e conferida protecção ao ser humano... “na sua dignidade e na sua identidade e garantem a toda a pessoa, sem discriminação, o respeito pela sua integridade e pelos seus outros direitos e liberdades fundamentais face às aplicações da biologia e da medicina.”²² E vigora o primado do ser humano em que o bem-estar e interesse do ser humano prevalece sobre o interesse da sociedade ou da ciência.

Toda e qualquer intervenção só poderá ser efectuada após o consentimento informado livre e esclarecido do indivíduo, na eventualidade do mesmo não se encontrar capaz para o fazer, terá de ser autorizada por um representante, autoridade ou instância designada pela lei.

De forma a proteger os direitos e liberdades dos indivíduos que participam em processos de investigação é necessário que cinco princípios ou direitos sejam assegurados: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à protecção contra o prejuízo e desconforto e por fim o direito a um tratamento justo e equitativo.

²² Diário da República - I Série - A, Nº 2/01 - 03/01/2001. Resolução da Assembleia da República nº1/2001. Artigo 1º.

O Decreto de Lei nº 97/95²³ define o papel das comissões de ética para a saúde (CES), desde a sua composição, competências, modo de funcionamento, às mesmas cabe zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas de forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humana, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões éticas. Promover a divulgação dos princípios gerais da bioética por meios adequados, como estudos e pareceres. Sendo que estes últimos se assumem sempre na forma escrita e não têm carácter vinculativo.

Como forma de garantir o respeito pelo primado humano, foi feito um projecto sobre o trabalho a desenvolver que incluía o modelo de instrumento de colheita de dados a aplicar, o modelo de informação a prestar aos participantes do estudo e o modelo do respectivo consentimento informado. Onde se explica ao doente/cuidador, de acordo com os princípios salvaguardados na Declaração de Helsínquia, em que consiste o estudo, qual o seu objectivo, métodos, riscos potenciais, que tem todo direito de aceitar ou recusar participar e que o pode fazer em qualquer momento sem prejuízo na sua assistência. E que além disso que tem tempo para decidir livremente, e posteriormente assinar um modelo de consentimento informado elaborado para o efeito.

Todo este processo foi apresentado ao director de serviço do local onde pretendia aplicar o instrumento de colheita de dados, internamento de Medicina Interna B do Hospital de S. João EPE, o Professor Doutor Paulo Bettencourt (Anexo 7), e desta forma obter a sua autorização para aplicação do mesmo. Igual procedimento foi tido relativamente aos respectivos enfermeiros chefes dos serviços alvo de campo de estudo, Medicina B - mulheres, enfermeiro chefe Luís Silva (Anexo 8), e Medicina B – homens enfermeira chefe Graça Silva (Anexo 9).

Reunidas todas as autorizações necessárias para a consecução do estudo, respectivas autorizações dos representantes dos serviços, bem como da orientadora da tese de mestrado Professora Guilhermina Rego, o projecto foi entregue à CES do H. S. João - EPE, para ser submetido à sua avaliação e averiguar se tinham sido respeitados todos os princípios éticos protegendo a dignidade e integridade humana salvaguardando o exercício do consentimento como base do respeito pela autonomia, salvaguardando o ponto 2, do artigo 1º do regulamento da comissão de ética para a saúde do Hospital De S. João – EPE.

²³ Diário da República - I Série - A, Nº 108/95 - 10-05-1095. Decreto-Lei nº 97/95 de 10 de Maio. Regula as comissões de ética para a saúde.

O processo de submissão foi entregue a 11 de Fevereiro de 2010, dado que a CES reúne apenas mensalmente, e após parecer favorável da CES, o mesmo ainda tem que ser autorizado pelo Conselho de Administração da instituição de saúde onde se pretende realizar o trabalho de investigação. A autorização final e efectiva para aplicação do instrumento de colheita de dados apenas foi emitida em Abril de 2010. (Anexo 10)

5.6. Execução

Após a obtenção de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados, foi planeado pela investigadora começar aplicar o instrumento de colheita de dados, primeiro no internamento de medicina interna B - mulheres. Respectivamente na medicina B1 e B2 mulheres, a colheita de dados foi efectuada em dois dias semanais fixos, às terças e sextas-feiras do mês de Maio de 2010, perfazendo um total de oito dias. Nesses dias foi feito um levantamento administrativo das doentes internadas com 65 ou mais anos, após esse levantamento a investigadora determinou quais dessas doentes apresentavam dependência funcional, recorrendo a informação do processo clínico bem como dos profissionais de saúde presentes, sendo que depois de determinados quais os possíveis elementos da amostra, os mesmos foram abordados pela investigadora que iniciou a abordagem identificando-se, explicando os objectivos do seu trabalho de investigação e o âmbito em que era realizado, e nesse sentido, foi solicitada a colaboração dos idosos, e ou na incapacidade destes o fazerem dos seus cuidadores quando presentes. Quando os idosos apresentavam capacidade de comunicação alterada ou deteriorada cognitivamente, e não tinham no momento de colheita presente o seu cuidador e/ou familiar, eram excluídos da amostra.

Seguido o momento de identificação da investigadora e explicação dos objectivos do trabalho de investigação, e explicando que só responderiam às questões apresentadas se assim o desejassem de forma livre e espontânea, e que poderiam recusar a qualquer momento participar, sem qualquer prejuízo. Sempre que o desejassem poderiam colocar todas as questões que achassem pertinentes. Foi explicado também que a participação ou não no estudo, não afectaria os cuidados de saúde que iriam receber, e que este estudo não envolveria quaisquer riscos ou prejuízo. Toda a informação cedida seria de carácter confidencial e que não permitiria a identificação dos

participantes (Anexo 4).

Ultrapassada esta fase foi solicitado aos participantes dar o seu consentimento livre, informado e esclarecido para a participação no estudo de investigação apresentado pela investigadora. (Anexo 5)

De seguida passava-se a fase de preenchimento do formulário (Anexo 3). A primeira parte do formulário definia os critérios de inclusão, amostra teria que ter idades iguais ou superiores a 65 anos, ter índice de Barthel inferior a 60 pontos, e ter Lawton inferior a 18 pontos. O primeiro grupo de questões era relativo à caracterização socioeconómica da amostra, e o segundo grupo à caracterização do estado de saúde, em específico determinar se possuem ajudas técnicas e determinar se existe alguma relação com a qualidade de vida dos idosos para isso foi usada a grelha da avaliação da qualidade de vida do idoso (Anexo 6).

A recolha de dados no internamento de mulheres decorreu nos dias, 4, 7, 11, 14, 18, 21, 25 e 28 de Maio de 2010.

O período estabelecido para a colheita de dados para o internamento de medicina interna homens, respectivamente medicinas B3 e B4, foi o mês de Junho. De igual forma optou-se por definir dias fixos da semana terças e sextas-feiras. Mais propriamente nos dias 1, 4, 8, 11, 15, 18, 22 e 25, num total de oito dias. O mesmo período estabelecido para a colheita de dados nos serviços de mulheres. O procedimento adoptado foi o já anteriormente descrito para a colheita de dados no internamento de mulheres, tal que não poderia ser de outra forma, a fim evitar enviesamentos.

6. ANÁLISE E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Finda a aplicação do instrumento de colheita de dados, surge a necessidade de tratar os mesmos para isso recorreu-se a técnicas standard de análise estatística descritiva e inferencial.

A estatística descritiva ...“consiste na recolha, organização, análise e interpretação de dados empíricos, através da criação de instrumentos adequados, como por exemplo indicadores numéricos simples, quadros e gráficos, que visem a mera descrição de uma realidade.” (Martinez, 2008, p.17,)

A estatística inferencial (ou indutiva). “...procura retirar conclusões para a população em geral, com base na análise dos resultados obtidos...testar hipóteses ou afirmações sobre os parâmetros da população” (Martinez, 2008, p.18,)

Foi usado o software SPSS- (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 (SPSS. Inc. Chicago, USA). Foram usados diferentes testes: medidas de localização (de tendência central e não central), medidas de dispersão (variância e desvio padrão), testes paramétricos, dos quais: o teste *t- Student*, teste *Bonferroni* para comparações múltiplas, teste ANOVA para comparar variáveis contínuas e testes de *Chi-Square* para variáveis categóricas. Foi atribuído nível de significância para $p < 0,05$.

O teste *t- Student*, é usado com o intuito de comparar valores médios, com vista a verificar se existem diferenças significativas.

Por vezes os testes, *t-Student* são insuficientes sobretudo quando existem mais que duas situações a comparar, e nestas situações optou-se pela análise da variância mais propriamente pelo uso do teste ANOVA, que é igualmente um teste de comparação de médias mas neste caso usa a variância como base de comparação. É também muito utilizada quando se pretende comparar diferentes grupos de indivíduos, ou os mesmos sujeitos mas em diferentes situações. Quando a análise da variância é significativa usa-se o teste *Bonferroni*. É usado quando são necessárias fazer comparações múltiplas, entre diferentes grupos de forma a determinar entre quais grupos existem diferenças.

O teste *Chi – Square* (Qui- quadrado), é utilizado para verificar se existe ou não relação entre duas variáveis, comparando “o valor observado na amostra com o

chamado valor esperado (valor que ocorre caso não exista ligação entre as variáveis).” (Martinez, 2008, p.84)

De seguida passamos à “exploração” dos dados de forma a termos uma melhor imagem da população estudada.

Tabela 1 - Quem Respondeu ao Formulário

Quem Responde ao Formulário	n (%)
Idoso	29 (42,0)
Cuidador/Familiar	40 (58,0)
Total	69 (100,0)

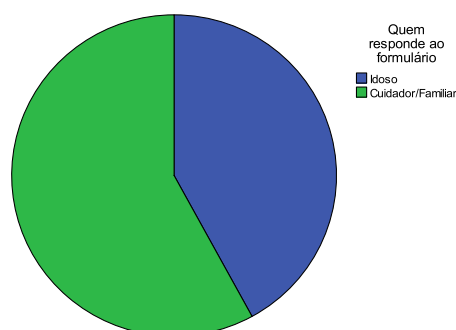


Gráfico 8 - Quem Respondeu ao Formulário

Como podemos ver pelo gráfico e tabela acima apresentados 58% dos formulários foram respondidos pelos cuidadores, a 42% pelos próprios idosos. No total foram preenchidos 69 formulários. A maior parte deles foi respondida pelos cuidadores isto deve-se a facto de termos estabelecido que só fariam parte da amostra indivíduos com grau de dependência elevado o que está muitas vezes associado ou a incapacidade de comunicar e/ou a capacidade cognitiva deteriorada.

Tabela 2 - Caracterização da Amostra em Estudo

<u>AMOSTRA</u>	
SEXO n (%)	
Feminino	31 (44,9)
Masculino	38 (55,1)
Total	69 (100,0)
IDADE n (%)	
65-70	8 (11,6)
71-75	16 (23,2)
76-80	7 (10,1)
81-85	19 (27,5)
86-90	11 (15,9)
>90	8 (11,6)
Total	69 (100,0)
ESTADO CIVIL n (%)	
Solteiro	5 (7,2)
Casado/ União de Facto	33 (47,8)
Viúvo	29 (42,0)
Divorciado/Separado	2 (2,9)
Total	69 (100,0)
ESCOLARIDADE n (%)	
Analfabeto	28 (40,6)
1º Ciclo	29 (42,0)
2º Ciclo	11 (15,9)
Bacharelato	1 (1,4)
Total	69 (100,0)
COM QUEM VIVE n (%)	
Sozinho	6 (8,7)
Cônjuge	31 (44,9)
Filhos	25 (36,2)
Instituição social	4 (5,8)
Sobrinha	2 (2,9)
Irmã	1 (1,4)
Total	69 (100,0)
RENDIMENTOS n (%)	
Superior ao salário mínimo nacional	16 (23,2)
Igual ao salário mínimo nacional	23(33,3)
Inferior ao salário mínimo nacional	30(43,5)
Total	69(100,0)

ÍNDICE DE BARTHEL n (%)		
Dependente moderado: 40-55 pontos	38(55,1)	
Dependente grave: 20-35 pontos	5(7,2)	
Dependente total: <20 pontos	26(37,7)	
Total	69(100,0)	
ÍNDICE LAWTON		
Mínimo, (média), máximo	0, (2), 17	
Nº DE INTERNAMENTOS NO ÚLTIMO ANO n (%)		
Nenhuma	5 (7,2)	
Menos de 2 vezes	30 (43,5)	
Entre 2- 3 vezes	23 (33,3)	
Entre 4 - 6 vezes	6 (8,7)	
Mais de 6 vezes	5 (7,2)	
Total	69 (100,0)	
PRINCIPAIS DOENÇAS CRÔNICAS n (%)		
HTA	37 (53,6)	
DM	29 (42)	
AVC	23 (33,3)	
Insuficiência Cardíaca	16 (23,3)	
IRC	12 (17,4)	
D. Reumáticas/Osteoarticulares	8 (11,6)	
DPCO	7 (10,1)	
Alzheimer	7 (10,1)	
Demência	7 (10,1)	
Fratura Colo Fémur	5 (7,2)	
PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAMENTO n (%)		
Problemas do foro respiratório	18 (22,2)	
Acidentes vasculares cerebrais	13 (16,0)	
Problemas do foro cardíaco	11 (13,6)	
Problemas do foro renal	8 (9,8)	
Problemas do foro urinário	8 (9,8)	
QUALIDADE VIDA DO IDOSO		
Mínimo, (média), máximo	3, (20), 31	
QUALIDADE VIDA DO IDOSO n (%)		
< 23	38 (55,1)	
≥ 23	31 (44,9)	
QUALIDADE VIDA DO IDOSO/IDADE Média (Desvio Padrão)		
65-85 anos	23,3 (12,9)	p< 0,001
>85 anos	12,4 (8,8)	

Pelos dados apresentados na tabela 2 concluímos que a amostra é constituída por 38 indivíduos do sexo masculino e 31 do sexo feminino. Perfazendo um total de 69 idosos.

Relativamente à idade, tem duas classes de idades predominantes, sendo que 27,5% tem idades compreendidas entre 81 e 85 anos, e, 23,2% entre 71 e 75 anos. 72, 4% Da amostra de tem entre 65 e 85 anos, e 27,5% são considerados grandes idosos apresentam mais de 86 anos.

O estado civil predominante da amostra é o estado de casados correspondendo a 47,8%, 42% são viúvos, e que apenas uma percentagem reduzida é solteira e ou divorciada, isto vem comprovar sociologicamente a baixa taxa de divórcios nos idosos, e a prevalência de uma sociedade que ainda mantém a tradição da família e do matrimónio.

Com os dados apresentados anteriormente, deparamo-nos com uma amostra com baixo grau de escolaridade, 40,6% são analfabetos e 42% tem apenas o 1º ciclo, a antiga 4ª classe. Apenas 1,4% com bacharelato. O que nos indica o baixo grau de diferenciação académica da amostra.

Tendo em conta que a grande parte da amostra é casada e ou viúva, os dados relativos a com quem vivem os idosos, vão de encontro os indicadores do estado civil dado que 44,9% vive com o cônjuge, valores que vão de encontro a estudos demográficos (INE, 2004), e 36,2% vive com os filhos. 5,8% Dos idosos vive em instituição social, e apenas 8,7% vive sozinha. Apesar das crescentes alterações sociológicas ainda prevalece uma ligação à família pelo que esta assume um papel preponderante nas vidas dos idosos e são ainda o principal suporte dos idosos dependentes.

A amostra tem baixos níveis de rendimentos 43,5% têm rendimentos inferiores ao salário mínimo nacional a um valor equivalente a 435€ mensais (valor em vigor no ano de 2010) 33,3% tem rendimento igual, e apenas 23,2% tem rendimentos superiores a esse valor, dados que corroboram com estudos do INE de 2004. O que atendendo a que esta população necessita de cuidados acrescidos para além dos básicos como por exemplo o suporte nutricional como sendo: gastos acrescidos com despesas de cuidados de saúde/farmacológicos associados às co-morbilidades que são frequentes a associadas às faixas etárias em estudo, aquisição de equipamentos/materiais para auxiliar nas dependências com por exemplo aquisição de material de higiene (fraldas), medicação,

tornam certamente insuficiente um orçamento familiar que vive com um valor de reforma inferior ao salário mínimo nacional.

Como foi considerado critério de exclusão ter um índice de Barthel superior a 60 pontos a nossa amostra apresenta idosos com dependência moderada 55,1%, dependência grave 7,2% e dependência total 37,7%. A maior parte dos idosos em estudo são dependentes, nas actividades de vida: alimentação, higiene pessoal, eliminação vesical e intestinal, deslocação, mobilidade/marcha, uso de toilet, vestir-se, banho, subir/descer escadas.

Relativamente ao índice de Lawton (avalia as actividades operacionais de vida diária), o valor mínimo obtido foi de 0, e o máximo de 17, o valor médio que correspondente também ao percentil 50 é de 2 pontos. O percentil 75 é de 6 pontos.

Cerca de 43,5% da amostra tem um índice de Lawton de 0. O que nos leva a concluir que os valores do índice de Lawton são muito baixos 50% tem um valor de 2, o que equivale a graus de dependência para as actividades operacionais/instrumentais de vida diárias (usar o telefone, ir a lugares além da marcha, ir às compras, preparar as refeições, fazer a lida da casa, fazer arranjos/reparações, tratar da roupa, tomar a medicação e fazer a gestão do dinheiro), muito elevadas senão quase totais. Tendo em conta que seleccionámos uma amostra que tem graus de dependência de moderada a total para as actividades mais simples como as de vida diária, seria de esperar que para as actividades instrumentais de vida diária fossem ainda mais dependentes e incapazes de as realizar, pelo que será de por em causa a avaliação deste item. Estudos indicam que “o índice de Barthel tem correlação positiva e é estatisticamente significativo $p < 0,01$ com a escala de Lawton e Brody.” (Araújo, A. [et al], 2007, p.64)

Também se observa que 43,5% da amostra esteve internada menos de duas vezes no último ano, 33,3% esteve internado entre duas e três vezes, 8,7% entre quatro e seis vezes, e em igual percentagem tivemos 7,2% de doentes sem internamentos prévios e 7,2 % com mais de 6 internamentos.

Dos 69 idosos em estudo, 37 tem hipertensão arterial (HTA), 29 diabetes *Mellitus* (DM), 23 acidente vascular cerebral (AVC), 16 insuficiência cardíaca, 12 insuficiência renal crónica (IRC), 7 tem doença de Alzheimer, 7 doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO), e 7 demência. Sendo estas doenças crónicas as que mais prevalecem. (Anexo11) Curiosamente a hipertensão arterial foi a doença crónica mais referida pela amostra total quer pelos idosos que tem ajudas técnicas. (Anexo 12) A elevada incidência, constitui factor de risco para complicações cardiovasculares,

estando directamente associada à incapacidade e dependência, com repercussão negativa na qualidade de vida do idoso. (Torres, [et al], 2009)

Como principal causa de internamento temos os problemas relacionados com a parte respiratória num total de 18, (6 infecções respiratórias, 9 pneumonias (contando as PAC- pneumonia adquirida na comunidade, pneumonia, pneumonia nosocomial), e 3 casos de insuficiência respiratória. Por ordem decrescente temos a seguir: acidentes vasculares cerebrais num total de 13 casos 10 de origem isquémica e 3 de origem hemorrágica. 11 Casos de problemas associados à alteração da função cardíaca (6 de insuficiência cardíaca descompensada, 3 de insuficiência cardíaca congestiva, e 2 de síndrome coronário agudo); 8 Casos de insuficiência renal crónica. 8 Casos de problemas associados ao aparelho urinário (infecção do tracto urinário (ITU), 6 casos e 2 casos de pielonefrite). (Anexo 13)

Sendo de realçar que tivemos um internamento como caso social, em 69 idosos, tivemos um idoso dependente que não tinha os cuidados necessários assegurados. E 4 deles entraram por úlceras de pressão²⁴ infectadas 4,9 %, da amostra deu entrada por uma consequência de alectuamento. Tivemos 2 casos de pneumonia nosocomial associada a internamentos sucessivos.

O índice de qualidade de vida do idoso varia entre o valor mínimo de 3 e máximo de 50, sendo que nesta amostra varia entre 3 e o máximo de 46. E tem como valor médio 20 correspondente ao percentil 50. Segundo a circular Normativa do Ministério da Saúde – nº 1/CSI/DAS – 13/1/93, considera que valores inferiores a 23 equivalem a baixos níveis de qualidade de vida dos idosos. É de valorizar que dos 69 idosos, 12 têm valor de índice de qualidade de vida de 3, correspondente ao valor mínimo atribuído nesta escala o que corresponde a 17,4% da amostra.

Dado que a circular Normativa do Ministério da Saúde – nº 1/CSI/DAS – 13/1/93, considera que quem obtém valores iguais ou superiores a 23, são indivíduos com qualidade de vida, surgiu a necessidade de recodificar a variável índice de qualidade de vida do idoso, considerando valores inferiores a 23, e, iguais ou superiores

^{24cc} A “*National Pressure Ulcer Advisory Panel*” estima que, nos Estados Unidos, que mais de um milhão de pessoas hospitalizadas desenvolvem úlceras de pressão, e que 60.000 pessoas morrem por ano, por complicações decorrentes das úlceras de pressão. O custo inerente ao tratamento das úlceras de pressão nos Estados Unidos é de 2000 a 25000 dólares por indivíduo ao ano.” Blanes, Leila [et al]: Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital de São Paulo. Revista da Associação Médica Brasileira 50 n. 2; 2004: 184.

a 23. E deste modo concluímos que 55,1% da amostra tem valores inferiores a 23, o que significa que não tem qualidade de vida e 44,9% dos idosos tem qualidade de vida.

Verifica-se uma diferença estatisticamente significativa, ($p < 0,001$) dos valores do índice de qualidade de vida para idades compreendidas entre os 65-85 anos e idosos com mais de 85 anos. (Anexo 14)

Tabela 3 - Caracterização da Amostra Relativamente ao Facto de Ter ou Não Ajudas Técnicas

<u>AJUDAS TÉCNICAS</u>	
TEM AJUDAS TÉCNICAS n (%)	
Sim	47 (68,1)
Não	22 (31,9)
Total	69 (100,0)
TIPOS DE AJUDAS TÉCNICAS n (%)	
Camas articuladas	21 (29,7)
Colchão anti-escaras	14 (19,7)
Cadeira de rodas	13 (18,3)
Canadianas	13 (18,3)
Almofada anti-escaras	2 (2,8)
Andarilho	1 (1,4)
Equipamentos Alimentação	1 (1,4)
Equipamentos Higiene	1 (1,4)
Prótese Auditiva	1 (1,4)
Bengala	2 (2,8)
Cadeirão	1 (1,4)
Prótese Membro Inferior	1 (1,4)
QUEM LHE FALOU NA POSSIBILIDADE DE USUFRUIR EM AJUDAS TÉCNICAS n (%)	
Médico	5 (10,6)
Enfermeiro	18 (38,3)
Assistente Social	12 (25,5)
Instituição Social	1 (1)
Família	11 (23,4)
Total	47 (100)
QUEM LHE ATRIBUIU AS AJUDAS TÉCNICAS n (%)	
Centro de Saúde	3 (6,4)
Hospital	18 (38,3)
Segurança Social	8 (17,0)
Comprou	16 (34,0)
Alugou	2 (4,3)
Total	47 (100,0)
HÁ QUANTO TEMPO TEM AJUDAS TÉCNICAS n (%)	
Menos de 3 meses	4 (8,5)
Entre 3 a 5 meses	2 (4,3)
Entre 6 a 12 meses	4 (8,5)
Mais de 1 ano	37 (78,7)
Total	47 (100,0)

ACHA QUE TER AJUDAS TÉCNICAS CONTRIBUI PARA AUMENTO DO BEM-ESTAR DOS IDOSOS DOENTES n (%)		
Sim	68 (98,6)	
Não	1 (1,4)	
Total	69 (100,0)	
ACHA QUE TER AJUDAS TÉCNICAS CONTRIBUI PARA DIMINUIR A FADIGA DO CUIDADOR n (%)		
Sim	68 (98,6)	
Não	1 (1,4)	
Total	69 (100,0)	
ACAMADOS (NÃO DEAMBULAVA) n (%)		
Sim	34 (49,3)	
Não	35 (50,7)	
Total	69 (100,0)	
HÁ QUANTO TEMPO ESTAVA ACAMADO n (%)		
1 mês	1 (2,9)	
3 meses	1 (2,9)	
0,5 ano	1 (2,9)	
1 ano	7 (20,6)	
2 anos	13 (38,2)	
3 anos	6 (17,6)	
4 anos	4 (11,8)	
10 anos	1 (2,9)	
Total	34 (100,0)	
HÁ QUANTO TEMPO ESTAVA ACAMADO		
Média; (Desvio Padrão)	5,03; (1,425)	
ACAMADOS COM ÚLCERAS DE PRESSÃO n (%)		
Sim	16 (47,1)	
Não	18 (52,9)	
Total	34 (100,0)	
IDOSOS COM AJUDAS TÉCNICAS %		
Com úlceras de Pressão	18,2	P=0,000
Sem úlceras de pressão	81,8	
Total	100,0	
IDOSOS SEM AJUDAS TÉCNICAS %		
Com úlceras de Pressão	100,0	p= 0,024
Sem úlceras de pressão	0	
Total	100,0	
QUALIDADE DE VIDA DO ISOSO média (Desvio Padrão)		
Idosos com Ajudas Técnicas	22,6 (11,6)	p= 0,024
Idosos sem Ajudas Técnicas	15,2 (14,0)	

Podemos concluir após analisar a tabela 3, que 68,1% dos idosos tem ajudas técnicas, logo a maioria dos idosos dependentes já possui algum tipo de produtos de apoio para os auxiliar.

A ajuda técnica mais atribuída aos idosos em estudo é a cama articulada, numa frequência relativa de 21, relativamente ao tipo de ajudas atribuídas a maior parte estão associadas a alteração da mobilidade que é característica na faixa etária da população alvo, daí que as principais ajudas atribuídas sejam para compensar alteração de mobilidade como camas articuladas, colchão anti-escaras, cadeiras de rodas, canadianas, bengalas e almofadas anti-escaras.

Apesar de ser sempre o médico a prescrever as ajudas técnicas, atribuição de ajudas técnicas de ser feita envolvendo um trabalho multiprofissional, onde a equipa clínica tem um papel preponderante na avaliação das necessidades dos idosos no sentido de prescrever o tipo de ajuda mais apropriada ao seu caso, salvaguardando o princípio da equidade e justiça distributiva.

Cerca de 38,3% dos idosos ou familiares/cuidadores tem conhecimento da possibilidade de atribuição de ajudas técnicas pelo enfermeiro, isto pode dever-se ao facto de ser o profissional de saúde que passa mais tempo com o doente idoso e sentir de forma mais próxima quais são os meios que o idoso beneficiaria para aumentar a sua autonomia e ou evitar complicações associadas às suas incapacidades, dado que é ele que auxilia e executa as funções que estão limitadas nos idosos. A seguir é o assistente social, que também está atendo e ao tentar integrar o idoso socialmente e na sua comunidade/residência tenta providenciar tudo o que possa tornar o regresso do idoso mais facilitado, de forma assegurar o máximo de autonomia do idoso e/ou facilitar o papel do cuidador de forma evitar a exaustão do cuidador com tanta facilidade. A família surge como terceira classe que alerta os idosos ou cuidadores para a possibilidade de usufruir de ajudas técnicas. Isto deve-se muitas vezes ao facto de sentirem necessidade de apoio daí que muitas vezes a iniciativa parte dos próprios cuidadores, no sentido de ultrapassar/compensar limitações sentidas pelos seus idosos.

Analisando os valores apresentados na tabela 3 concluímos que 38,3% das ajudas técnicas foram atribuídos pelo hospital, quase idêntica percentagem dos que compraram 34,0%. No entanto 61,7% foram atribuídas sem custo para o idoso ou cuidador, o que poderá estar relacionado com o baixo poder económico dos idosos (43,5% tem rendimentos inferiores ao salário mínimo nacional). 38,3% Do custo das ajudas técnicas foi suportado pelos idosos e/ou familiares e cuidadores, 34,0%

compraram, e 4,3% alugaram. Logo a hipótese formulada é confirmada pelos valores obtidos pela amostra em estudo, o hospital é a entidade que mais prescreve ajudas técnicas/produtos de apoio.

78,7% Dos idosos que possuem ajudas técnicas possuem-nas há mais de um ano, em iguais percentagens 8,5%, tem há menos de 3 meses, e entre 6 a 12 meses, apenas 4,3% tem entre 3 a 5 meses.

Relativamente ao facto de achar que as ajudas técnicas contribuem para aumentar o bem-estar dos idosos, apenas um idoso respondeu que achava que não contribuía, logo quase 100%, 98,6% acha que contribui para aumentar a o bem-estar dos idosos.

Cerca de 98,6% da amostra acha que o facto de ter ajudas técnicas contribui para diminuir a fadiga dos cuidadores, apenas uma pessoa acha que não tem qualquer relação com a fadiga do cuidador.

Na amostra em estudo, parece consensual a importância atribuída pelos participantes às ajudas técnicas, quer pelo contributo positivo em termos de contribuir para o aumento do bem-estar do idoso, quer como auxílio importante para o cuidador directo, contribuindo desta forma para diminuir a fadiga do cuidador.

Da amostra total 34 deles são acamados, isto é, tem a capacidade de deambular comprometida, 38,2% dos idosos está acamada há 2 anos, sendo o tempo médio de 5,03 anos, o menor tempo em que um idosos estava acamado de 1 mês, e o máximo tempo registado de 10 anos.

Dos 34 idosos acamados, 18 não tem úlceras de pressão equivalente a 52,9%, e 16 tem úlceras de pressão isto é 47,1%. Quase metade da amostra tem úlceras de pressão, uma das principais co-morbilidades associadas ao alectuamento, que tem grande impacto na qualidade de vida dos idosos, seus familiares e custos elevadíssimos de saúde.

Dos idosos acamados com ajudas técnicas, 81,8% não apresenta úlceras de pressão, e dos idosos que não possuem ajudas técnicas e estão acamados todos eles apresentam úlceras de pressão, estabelece-se desta forma uma relação estatisticamente significativa com $p < 0,001$. (Anexo 15) Parece constatar-se a existência de uma relação: as ajudas técnicas ajudam na prevenção do aparecimento de úlceras de pressão.

Por outro lado, o tempo de alectuamento em termos descritivos já não apresenta significado estatístico relativamente à presença de úlceras de pressão, $p > 0,05$. Analisando o tempo médio que os idosos estão acamados com a presença ou não de

úlceras de pressão, observa-se que as médias são quase idênticas, 2,2188 anos para os idosos com úlceras de pressão e 2,3517, para os que não apresentam úlceras. Curiosamente, os que não tem úlceras até tem um tempo médio de alectuamento ligeiramente superior. O que nos indica que não se estabelece uma relação entre o tempo de alectuamento e a presença de úlceras de pressão com $p=0,827$, mas provavelmente com a qualidade dos cuidados prestados aos idosos. (Anexo 16)

Estabeleceu-se uma relação dos idosos com e sem ajudas técnicas e os valores de qualidade de vida do idoso, dos que tinham ajudas técnicas tinham uma média de qualidade de vida de 22,64, enquanto que, os que não usufruíam destes bens apresentavam médias de 15,23, uma diferença média entre os que possuem e não possuem ajudas técnicas de 7,411. Com tradução estatística de $p=0,024$. (Anexo 17)

Comparando as diferenças entre as médias dos valores de qualidade de vida do idoso nos diferentes grupos etários (teste *Bonferroni*), verificamos que os seis grupos etários estabelecidos, são diferentes em termos de diferenças médias, com p estatisticamente significativo na relação entre as idades compreendidas entre 65 e 85 e para idades superiores a 85 anos. Daí termos recodificado a variável idade, para idades entre os 65-85 anos e maior que 85 anos, verificando-se uma diferença média relevante de 10,912 entre os grupos com idades compreendidas entre os 65-85 anos (média de QVI de 23,28), e acima dos 85 anos (média de QVI de 12,37), traduzida estatisticamente com $p=0,001$. Com estes valores podemos depreender que para grandes idosos existe uma diminuição mais acentuada do índice de qualidade de vida do idoso. (Anexo 14)

Era objectivo deste trabalho determinar se os idosos com ajudas técnicas têm maior ou menor número de internamentos, em termos estatísticos de facto a relação entre o número de internamentos observados e esperados entre os idosos com e sem ajudas técnicas, sugere-nos que as ajudas técnicas poderão estar associadas a um menor número de internamentos, com p de 0,014. Estando no entanto, conscientes do risco de generalização destes resultados para a população total. Foi de igual forma determinada a relação entre o número de internamentos observados e esperados especificamente para os idosos acamados, e também obtivemos p estatisticamente significativo de 0,024. Face aos resultados obtidos quer para amostra total quer para os idosos acamados, parecem sugerir que as ajudas técnicas podem estar associadas a um menor número de internamentos por ano. (Anexo18) O fenómeno dos reinternamentos não se explica tendo em conta um único factor, trata-se de um fenómeno complexo, mas “com toda a

certeza que um dos factores geradores de reinternamentos desnecessários é a reduzida oferta de respostas extra-hospitalares, que permitam a continuidade de cuidados de saúde na comunidade ou no domicílio do cidadão”. (Pignatelli Carmen: Abertura do Congresso Nacional de Medicina Interna: Intervenção da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde na sessão de abertura do 12º Congresso Nacional de Medicina Interna, no Porto, 24/05/2006)

Procurou-se determinar existência ou não de uma relação entre os idosos que têm ajudas técnicas e a escolaridade. Considerado para isso, idosos analfabetos e com escolaridade, recodificou-se a variável, visto que a amostra apresenta baixo grau de diferenciação escolar. Mas não se conseguiu estabelecer uma relação estatisticamente significativa $p=0,106$. Não se determinou uma relação entre os idosos com escolaridade serem os idosos que mais usufruem de ajudas técnicas. (Anexo 19)

Procedeu-se à comparação entre os valores obtidos para os valores do índice de Barthel e os valores e qualidade de vida do idoso e verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os diferentes grupos de dependência $p < 0,0001$. No sentido de determinar qual a diferença entre cada grupo aplicou-se o teste *Bonferroni*. E verificou-se que comparando diferentes grupos de dependência existia diferença média significativa entre ao mesmos quando comparando graus de menor dependência com grupos com maior dependência funcional. Quanto menor é a pontuação obtida no índice de Barthel (correspondendo a maior grau de dependência), maior é a diferença dos valores de qualidade de vida comparando com grau de dependência menores. (Anexo 20) Podemos inferir que quanto maior o grau de dependência funcional, menor os valores de pontuação obtidos com aplicação da escala, corresponde a menor valor de qualidade de vida do idoso. “...a qualidade de vida da população idosa está associada à manutenção da capacidade funcional ou da autonomia, logo o idoso que apresenta comprometimento dos sentidos poderá sofrer redução na capacidade funcional e, consequentemente, prejuízo na qualidade de vida”. (Torres, [et al], 2009, p.356)

Efectuou-se por último um cruzamento de dados relacionando as diferentes entidades que atribuíram as ajudas técnicas aos idosos e os seus respectivos rendimentos. E não se estabeleceu uma relação estatisticamente significativa $p > 0,05$, tal pode dever-se ao facto do número de idosos com ajudas técnicas ser 47 e quando distribuído por quinze opções possíveis, atribuir frequências relativas muito baixas para cada item, não nos permitindo fazer qualquer tipo de inferência. (Anexo 21)

Após esta análise ao tratamento estatístico, podemos responder às questões que orientaram e serviram de fio condutor deste trabalho., e fazer uma breve síntese.

As ajudas técnicas mais atribuídas aos idosos estavam relacionadas com a alteração da mobilidade, característica no processo de envelhecimento, sendo especificamente e por ordem decrescente de frequência relativa, as camas articuladas, colchão anti-escaras, cadeiras de rodas, canadianas...Dados que corroboram com o estudo de Rodrigues [et al] (2002), realizado com doentes com esclerose lateral amiotrófica, com doentes com dependência funcional moderada a total, em âmbito hospitalar.

Quem habitualmente alerta para a possibilidade de usufruir de ajudas técnicas é principalmente o enfermeiro seguido do assistente social e depois a família, de seguida o médico (sem colocar nunca em causa o seu papel enquanto prescriptor das mesmas) e por último outras instituições sociais.

A entidade que mais ajudas técnicas atribuiu, foi a entidade hospitalar. A grande maioria dos idosos possui as ajudas técnicas há mais de um ano.

Os principais antecedentes patológicos dos idosos com ajudas técnicas são a hipertensão arterial, diabetes *Mellitus*, principais co-morbididades da insuficiência cardíaca e acidentes vasculares cerebrais, curiosamente não existem grandes diferenças entre os idosos com ajudas técnicas e a amostra em geral. O que nos leva a pensar que são as principais co-morbididades da população em geral e estão directamente relacionadas com a diminuição da capacidade funcional.

Com a cautela inerente a um estudo desta envergadura, e face aos resultados obtidos quer para amostra total quer para os idosos acamados, parecem sugerir que as ajudas técnicas podem estar associadas a um menor número de internamentos por ano.

Foi quase unânime que a percepção do idoso/cuidador face ao facto de ter ajudas técnicas quer em termos de contribuir para o aumento da qualidade de vida e bem-estar para o idoso, quer para diminuir a exaustão dos cuidadores directos.

De forma evidente na amostra em estudo estabeleceu-se uma relação com significado estatístico entre os idosos com e sem ajudas técnicas e os valores de qualidade de vida. Os idosos com ajudas técnicas possuem valores de QVI superiores numa diferença média de 7,411, relativamente aos que não tem ajudas técnicas.

Também relativamente há existência de relação entre os idosos com mobilidade alterada (alectuados) com e sem ajudas técnicas e a presença ou não de úlceras de

pressão se estabeleceu relação com forte significado estatístico $p < 0,0001$. 81,8% Dos idosos acamados com ajudas técnicas não apresenta úlceras de pressão e 100% dos idosos acamados sem ajudas técnicas tem úlceras de pressão.

O índice de qualidade de vida está relacionado com o grau de dependência tendo-se determinado significado estatístico na amostra em estudo, quanto maior é o grau de dependência (menor pontuação no índice de Barthel), menor será o índice de qualidade de vida do idoso.

Não se estabeleceu relação estatística, nem de quem possui ajudas técnicas com a escolaridade, nem relativamente a entidade que atribuiu as ajudas técnicas e os rendimentos de cada idoso.

CONCLUSÃO

Nas últimas décadas temos assistido a uma mudança significativa a nível da estrutura e dimensão da sociedade. A esperança média de vida, sobretudo nos países industrializados, bem como os em via de desenvolvimento, teve um aumento exponencial, essencialmente devido, quer aos progressos científicos e tecnológicos que revolucionam, o progresso da medicina, melhorando a qualidade assistencial no âmbito dos cuidados de saúde, desenvolvimento e implementação de melhores medidas sociais, na população. Estas medidas contribuíram em larga medida para a diminuição da mortalidade. Associado a este fenómeno, verificou-se uma diminuição das taxas de natalidade, o que fez acentuar o processo de envelhecimento demográfico, no mundo desenvolvido, e na Europa em particular. (Figueiredo, 2007)

Os dados demográficos são disso, testemunha. Em 2009 e comparativamente com o ano anterior, em Portugal, a proporção de jovens decresceu de 15,3% para 15,2% na população residente total (16,0% em 2000). Por outro lado, e em sentido oposto, verificou-se um aumento do peso relativo da população idosa (indivíduos com 65 ou mais anos de idade) de 17,6% para 17,9%. Em resultado destas alterações e para o mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento aumentou de cerca de 116 para cerca de 118 idosos por cada 100 jovens para 102 em 2000. (INE, 2009b)

A problemática do envelhecimento, mais ou menos divulgada, é de crescente preocupação e relevo, desde o cidadão comum, aos políticos, sociólogos, gerontologistas, e cientistas, face às suas consequências e aos desafios que colocam à sociedade.

Se por um lado, ser idoso está conotado com viver durante um maior período de tempo, por outro está associado a um aumento da probabilidade de estados de dependência, associados quer ao declínio físico, psicológico e social. (Paúl, 2005 *in* Paúl e Fonseca (*coord*), 2005) O aumento da esperança de vida, corresponderá a aumento e deterioração da saúde e consequente aumento da dependência. (Gruenberg e Karmer, *cit in* Amado e Neves (1992, p.16))

Ao longo da história, o conceito de envelhecimento, atitudes face aos idosos têm vindo a mudar, o aumento do conhecimento sobre as funções fisiológicas, anatómicas (vertente mais física), a influência da cultura, as relações sociais, contribuem para a

alteração do sistema de valores face ao idoso e processo de envelhecimento. (Paúl, *in* Paúl e Fonseca, 2005) O processo de envelhecimento “é complexo, implicando envelhecimento biológico e social, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico”. (Paúl, *in* Paúl e Fonseca, (*coord*), 2005, p.38)

Perceber os meandros do envelhecimento é compreender de forma holística os aspectos individuais e colectivos da vida, e por sua vez, ter consciência de que o processo de envelhecimento é diferente e pessoa para pessoa. (Imaginário, 2004)

Desta forma, o processo de envelhecimento, assume-se como um desafio para quem envelhece e para quem apoia o envelhecimento. (Lopes, 2007)

A inversão das pirâmides etárias, reflectindo o envelhecimento da população, veio colocar novos desafios aos governos, famílias e sociedade em geral. Sobretudo pelo aumento do número de idosos com doenças crónicas e muitas vezes incapacitantes, por sua vez o aumento de idosos dependentes, criando problemas de ordem social, política e económica, traduzindo-se em maiores custos médico-sociais, maiores necessidades de suporte familiar e comunitário. (Imaginário, 2004)

A prevalência de doenças crónicas, nos idosos, quer de carácter físico ou psicológico são uma das maiores causas de incapacidade, podendo mesmo significar perda de autonomia para além da independência. (Figueiredo, 2007) A diminuição da capacidade funcional, por seu lado, tem implicações importantes quer para o idoso, quer para a sua família, uma vez que a incapacidade acarreta uma maior vulnerabilidade, e dependência, e consecutivamente para uma diminuição do seu bem-estar e da qualidade de vida. (Alves, 2007)

Enquanto indivíduos pertencentes a uma comunidade democrática e plural, onde prevalece a visão de justiça social, o direito à protecção da saúde é considerado um direito civilizacional, como expressão máxima da dignidade da Pessoa Humana, ainda que cada vez mais esteja limitado às questões económicas do sistema. Tem por base princípios éticos subjacentes como a equidade no acesso e a solidariedade no financiamento, promovendo o desenvolvimento humano e o progresso sustentável.

As ajudas técnicas ou mais recentemente designados produtos de apoio, inserem-se no leque de apoios atribuídos aos idosos em situação de incapacidade/dependência, enquanto promotores da funcionalidade, prevenindo ou reduzindo as limitações na actividade, no intuito de contribuir para a qualidade de vida do idoso que deles vai usufruir e dos seus cuidadores directos. (Imaginário, 2004; Lopes, 2007)

Neste trabalho, podemos concluir face aos resultados obtidos com o trabalho de campo, que a maioria da amostra em estudo possuía algum tipo de produtos de apoio; as principais ajudas atribuídas são produtos para compensar alteração de mobilidade como: camas articuladas, colchão anti-escaras, cadeiras de rodas, canadianas, bengalas e almofadas anti-escaras. 98,9% Da amostra considera que estes produtos são importantes em termos de contribuir para o aumento do bem-estar do idoso, quer em termos de diminuir a fadiga do cuidador. Os idosos que usufruem de ajudas técnicas têm valores mais elevados de qualidade de vida. Dos idosos acamados sem ajudas técnicas todos eles apresentam úlceras de pressão. Os idosos com ajudas técnicas têm menos internamentos no último ano que os idosos dependentes que não possuem nenhum produto de apoio.

A prescrição de ajudas técnicas a doentes idosos com dependência funcional, deve ser vista como forma de garantir a dignidade inerente a todo o ser humano, direito de liberdade, à não discriminação à protecção da integridade física e psicológica e ao exercício efectivo da cidadania.

Cada vez mais urge, organizar os serviços de saúde e de acção social de acordo com as necessidades e expectativas dos utentes, em específico dos idosos dependentes e suas famílias, para numa acção dinamizadora e humanizadora, contribuindo para a consolidação de uma sociedade coesa, justa e solidária. Promovendo um envelhecimento activo e bem sucedido e a qualidade de vida dos idosos e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, Luciana Correia, [et al]: A Influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 8 n. 23; 2007: 1924-1930.

Amado, João; Neves, M^a da Conceição Santos: Epidemiologia e envelhecimento demográfico. Revista Geriatria 5 n. 44; 1992: 15-18.

Amaral, M^a Fernanda; Vicente, M^a Odete: Grau de dependência dos idosos inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco - Saúde dos Idosos. Revista Portuguesa de Saúde Pública 18 n. 2; 2000: 23-31.

Araújo, Fátima, [et al]: Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública 25 n. 2; 2007: 59-65.

Araújo, Fátima, [et al]: Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *In*: I.Leal, J.Pais-Ribeiro, I. Silva & S.Marques (Edts.). Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde, ISPA, Lisboa, 2008: 217-220.

Berger, Louise; Mailloux - Poirier: Pessoas Idosas: Uma abordagem global, Lusodidacta, Lisboa, 1995.

Blanes, Leila [et al]: Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão em pacientes internados no Hospital de São Paulo. Revista da Associação Médica Brasileira 50 n. 2; 2004: 182-187.

Boggatz, Thomas; Dassen, Theo: Ageing, care dependency, and care of older people in Egypt: a review of the literature. International Journal of Older People Nursing (*In assoc.*) Journal of Clinical Nursing 14 n. 8b; 2005: 56-63.

Carneiro, Rachel Shimba, [et al]: Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 20 n. 2; 2007: 229-237.

Cervo, Amado; Bervian, Pedro: *Metodologia Científica*. Prentice Hall, S. Paulo, 2002.

Coimbra, José António de Jesus; Brito, Irma da Silva: Qualidade de Vida do Idoso. *Revista Referência* (Nov.) n. 3; 1999: 29-35.

Conceição, Luiz Fabiano Soriano da: Saúde do idoso: orientações ao cuidador do idoso acamado. *Revista Médica Minas Gerais* 20 n. 1; 2010: 81-91.

Conceição Mário José: Leitura crítica dos dados estatísticos em trabalhos científicos. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 23 n.3; 2008: 396-399.

Diário da República - I Série - A, Nº 108 - 10-05-1995. Decreto-Lei nº 97/95. Regula as comissões de ética para a saúde.

Diário da República - I Série - A, Nº 2 - 03-01-2001. Resolução da Assembleia da República nº1/2001. Artigo 1º.

Diário da República - I série - B, Nº 185 - 12-08-2003. Resolução de Conselho de Ministros. Programa Nacional para a participação dos Cidadãos com Necessidades Especiais na Sociedade de Informação.

Diário da República - I série – A, Nº 194 - 18-08-2004. Lei n.º 38/2004. Define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência.

Diário da República - I série - A, Nº 109 - 06-06-2006. Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho.

Diário da República - II Série, Nº 117 - 20-06-2007. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e Saúde. Despacho nº 12370/2007.

Diário da República - I Série A, Nº 74 - 16-04-2009. Decreto de Lei nº 93/2009.

Diário da República - II Série, Nº 20 - 29-01-2010. Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P. Despacho nº 2027/2010.

Dicionário da Língua Portuguesa 2009, Porto Editora, 2008, ISBN: 978-972-0-04123-4.

Direcção Geral de Saúde: Circular Normativa do Ministério da Saúde - nº 1/ CSI/DSA - 13/1/93. - Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso, 1993.

Direcção-Geral da Saúde: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde, Lisboa, 2004a.

Direcção Geral de Saúde: Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Despacho Ministerial de 08-06-2004, 2004b.

Direcção Geral de Saúde: Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Dia Internacional das Pessoas Idosas 1 de Outubro, 2004c.

Elphich Heather, [et al]: The Determinants of Successful In- Hospital Rehabilitation in People Aged 90 Years and Older. Gerontology 53; 2007: 116-120.

Ermida, J. Gomes: Avaliação Geriátrica Compreensiva. Revista Geriatria 9 n. 84; 1996: 5-12.

Fernandes Ana: Envelhecimento e Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública n. 2; 2005: 45-48.

Figueiredo Daniela: Cuidados familiares ao idoso dependente. Climepsi Editores, Lisboa, 2007.

Flech, Marcelo O.; Chachamovich, Eduardo; Trentini, Clarissa: Development and validation of the version of de WHOQOL-OLD module. Revista Saúde Pública 40 n.5; 2006: 785-791.

Fonseca António: O Envelhecimento - uma abordagem psicológica. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2006.

Fortin, Marie Fabienne: O Processo de Investigação - da concepção à realização. Lusociência, Loures, 2003.

Gauggel, Siegfried; [et al]: Patient-Staff Agreement on Barthel Index Scores at Admission and Discharge in a Sample of Elderly Stroke Patients. Rehabilitation Psychology 49 n.1; 2004: 21-27.

Gil, António Carlos: Como elaborar projectos de pesquisa. Editora Atlas, SA., S. Paulo, 1991.

Gonçalves, Daniela, [et al]: Promoção da Qualidade de vida dos idosos Portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. Psicologia, Saúde & Doenças 7 n.1; 2006: 137-143.

Hospital de S. João – EPE: Impresso da Equipa de Gestão de Altas- Nota de Pré-Alta 3, Impresso de Pré- Alta. Modelo de referênciação dos doentes à RNCCI, 2007.

Imaginário, C.M.: O idoso dependente em contexto familiar. Formasau, Coimbra, 2004.

Instituto Nacional Estatística: Destaque – As Gerações mais Idosas - Um retrato no final do século, 2000: 1-3.

Instituto Nacional Estatística: O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas, 2002: 185-208.

Instituto Nacional Estatística: Pobreza e Exclusão Social nas famílias com Idosos em Portugal. Revista de Estudos Demográficos n. 35; 2004:143-189.

Instituto Nacional Estatística: Destaque: Dia Internacional do Idoso, 2005: 1-6.

Instituto Nacional Estatística: Destaque: Dia Internacional do Idoso, 2007: 1-7.

Instituto Nacional Estatística: População e Sociedade. Revista de Estudos Demográficos n. 44; 2008: 35-80.

Instituto Nacional Estatística: Revista de Estudos Demográficos – A situação Demográfica Recente em Portugal n. 46; 2009a: 59-108.

Instituto Nacional Estatística: Destaque: Estimativas População Residente, 2009b: 1-9.

Instituto Nacional Estatística: Homens e Mulheres em Portugal, 2010: 1-63.

Lawton, M.P., Brody, E.: Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist.9 n.38; 1969: 179-186.

Leung, Sharron OC ; Chan Chetwyn CH; Shah Chan Surya: Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index – validity and reliability. Clinical Rehabilitation n. 21; 2007: 912-922.

Lopes Lúcia M^a. P.: Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da Família. Revista Portuguesa de Saúde Pública 25 n. 1; 2007: 39-46.

Lundh, Ulla; Nolan, Mike: Ageing and quality of life 2: understanding successful ageing. British Journal of Nursing 5 n. 21; 1996: 1291-1295.

Mahoney FI, Barthel D.: “Functional evaluation: The Barthel Index”, Maryland State Medical Journal 14; 1965: 56-61.

Martinez Luis, Ferreira Aristides: Análise de Dados com SPSS- Primeiros Passos, Escolar Editora, Lisboa, 2008.

National Council on Ageing and Older People, Planning for an Ageing Population: Strategic Considerations, 2005.

National Council on Ageing and Older People End-of-Life Care for Older People in Acute and Long-Stay Care Settings in Ireland, Dublin, 2008.

Nacional Council for the Elderly: Theories of Ageing and Attitudes to Ageing in Ireland, March, 1994.

Naciones Unidas: Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, Abril, 2002.

Nunes, Rui; Rego, Guilhermina: Prioridades na Saúde. Editora McGraw-Hill, Lisboa, 2002.

Nunes, Rui: Regulação da Saúde. Vida Económica, Porto, 2005.

Ocampo José: Evaluación Geriátrica Multidimensional Del Anciano En Cuidados Paliativos. Persona y Bioética 9 n. 2; 2005:46 – 58.

Paúl Constança, Fonseca António: Envelhecer em Portugal. Climepsi Editores, Lisboa, 2005.

Pignatelli, Carmen: Abertura do Congresso Nacional de Medicina Interna: Intervenção da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde na sessão de abertura do 12º Congresso Nacional de Medicina Interna, no Porto. (24/05/2006). Portal do Governo. <http://www.portugal.gov.pt/Portal/Print.aspx?guid=%7B4BA2B> (15-10-2008)

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: Relatório do Desenvolvimento Humano 2010: Análise das tendências de 40 anos revela que as nações pobres obtêm ganhos de desenvolvimento com maior rapidez, 2010a: 1-6

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: Human Development Report 2010: The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development, 2010b.

Quivy, Raymond; Campenhoudt, LucVan: Manual de Investigação em Ciências Sociais. Gradiva, Lisboa, 1992.

Rawls, John: A Theory of Justice. *Tradução*: Correia, Carlos Pinto: Uma Teoria da Justiça, Editorial Presença, Lisboa, 1993.

Ritcher, Jorg; Schawarz, Martina; Bauer, Barbara: Personality Characteristics Determine Health-Related Quality of Life as an Outcome Indicator of Geriatric Inpatient Rehabilitation. *Current Gerontology and Geriatrics Research* 2008; 2008: 1- 8.

Rodrigues, Graça, [et al]: Avaliação Sociológica de doentes com esclerose lateral amiotrófica. *Revista Portuguesa de Pneumologia* VIII n.6; 2002: 645-653.

Rosa, Teresa Etsuko; [et al]: Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista Saúde Pública* 37 n.1; 2003: 40-48.

Sainsburg, Anita, [et al]: Reliability of the Barthel Index When used With older people, Age and Ageing 34; 2005: 228-232.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M.: Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice, Âmbar, Porto, 2006.

Sousa, Liliana; Galante, Helena; Figueiredo, Daniela: Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública* 37 n. 3; 2003: 364-371.

Spar, James E. ; La Rue, Asenath: Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica. Climepsi Editores, Lisboa, 2005.

Torres Gilson, [et al]: Avaliação da Qualidade de vida de Idosos Dependentes Residentes em Domicílio. *Ciências Cuidados Saúde* 8 n.3; 2009: 352-358.

Vecchia, Roberta Dalla, [et al]: Qualidade de vida na Terceira idade: um conceito subjective. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 8 n. 3; 2005: 246-252.

Vincent, Claude [et al]: Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. *BMC Geriatrics* 7 n. 20; 2007: 1-17.

Warner, Morton; Gould, Nicholas: Integrated care networks and quality of life: linking research and practice. *International Journal of Integrate Care* 3 n. 9; 2003:1-9.

Watson, Roger: Research into ageing and older people. Journal of Nursing Management 16; 2008: 99-104.

World Health Organization: The Global Embrace Handbook WHO's Campaign for Active Ageing, 2001.

WHO — The uses of epidemiology in the study of the elderly: report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging. Geneva: WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging, 1984 (Technical Report Series; 706).

WHO Centre for Health Development- Ageing and Health Technical Report Volume 5 - A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons - World Health Organization, 2004.

WHO. Active Ageing, A policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April, 2002.

<http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>

<http://www.assistiva.org.br/pesquisa-nacional-de-tecnologia-assistiva> (31/10/2010)

<http://www.coesis.org/articles.php?frmArticleID=16112> (12/02/2008)

<http://www.inr.pt/content/1/59/ajudas-tecnicas-produtos-de-apoio> (31/10/2010)

<http://www.inr.pt/content/1/633/enquadramento-legal> (31/10/2010)

http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=38894 (31/10/2010)

<http://www.metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe> (04-07-2005)

<http://www.oecd-ilibrary.org/content/serial/19991290> (25/09/2010)

<http://www.strokecenter.org/trials/scales/barthel.pdf> 08/04/2008

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/print.html> (14/02/2008)

ANEXOS

ANEXO 1

ÍNDICE DE BARTHEL – ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

ÍNDICE DE BARTHEL – ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

1. ALIMENTAÇÃO

- Dependente. ☐ 0
Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc. ☐ 5
Independente (todas as Acções). ☐ 10

2. HIGIENE PESSOAL

- Necessita de ajuda. ☐ 0
Independente (para face/cabelo/dentes/barbear-se). ☐ 5

3. BEXIGA

- Incontinente /algaliado. ☐ 0
Acidente ocasional. ☐ 5
Continente. ☐ 10

4. INTESTINOS

- Incontinente. ☐ 0
Acidente ocasional. ☐ 5
Continente. ☐ 10

5. DESLOCAÇÃO (Transferência cama-cadeira)

- Incapaz. ☐ 0
Muita ajuda, pode sentar-se. ☐ 5
Ajuda mínima (verbal, física). ☐ 10
Independente. ☐ 15

6. MOBILIDADE/MARCHA

- Incapaz. ☐ 0
Independente (cadeira de rodas). ☐ 5
Anda com ajuda de terceiros (pode necessitar de apoio). ☐ 10
Independente. ☐ 15

7. USO DE TOILET

- Dependente. ☐ 0
Necessita de alguma ajuda. ☐ 5
Independente (todas as acções). ☐ 10

8. VESTIR-SE

- Dependente. ☐ 0
Precisa de ajuda na maior parte das acções. ☐ 5
Independente (incluindo botões, laços, fechos de correr). ☐ 10

9. BANHO

- Dependente. ☐ 0
Independente. ☐ 5

10. ESCADAS

Incapaz.

☐ 0

Necessita de ajuda.

☐ 5

Independente.

☐ 10

Total

—

Adaptado da Revista Portuguesa de Pneumologia, Novembro/Dezembro 2002, Vol. VIII, Nº6, pag. 652.

ANEXO 2

ÍNDICE DE LAWTON - ACTIVIDADES OPERACIONAIS DA VIDA DIÁRIA

ÍNDICE DE LAWTON - ACTIVIDADES OPERACIONAIS DA VIDA DIÁRIA

Assinalar a resposta que se aproxima mais a capacidade funcional actual.

(2) Sem qualquer ajuda;

(1) Necessita de ajuda;

(0) Totalmente Incapaz.

É capaz de:

2 1 0

1. Utilizar o telefone?

☐ ☐ ☐

2. Ir para lugar para além da distância da marcha?

☐ ☐ ☐

3. Ir comprar mercearias?

☐ ☐ ☐

4. Preparar as suas refeições diárias?

☐ ☐ ☐

5. Fazer a lida da casa?

☐ ☐ ☐

6. Fazer pequenos trabalhos domésticos (arranjos, reparações...)?

☐ ☐ ☐

7. Tratar da roupa (lavar, secar...)?

☐ ☐ ☐

8. Tomar a medicação (quando necessário)?

☐ ☐ ☐

9. Fazer a gestão do dinheiro próprio?

☐ ☐ ☐

Total do Índice de Lawton _____

Lawton M.P. and Brody E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186.

Copyright © The Gerontological Society of America. Reproduced by permission of the publisher.

www.GeroNurseOnline.org

Adaptado do Impresso da EGA (Equipe de Gestão de Altas) – Nota de Pré-alta do Hospital de S. João E.P.E

ANEXO 3

FORMULÁRIO

FORMULÁRIO

Este Formulário deve ser aplicado a: idosos doentes internados e/ou seus cuidadores, entende-se por idosos todos os indivíduos que tenha 65 ou mais anos (o Cuidador só deve responder se a/o idoso(a) se encontrar incapaz para o fazer).

Devem ser critérios de exclusão:

- Ter índice de Barthel superior a 60 pontos antes do internamento
- Ter Índice de Lawton igual a 18 pontos;
- O idoso ou a idosa não consiga comunicar verbalmente, e não ter presente cuidador/familiar que possa responder.

Quem responde ou formulário:

Idoso ☐

Cuidador/Familiar ☐

GRUPO I- Caracterização da Amostra

1. Idade:

- 65-70 ☐
71-75 ☐
76-80 ☐
81-85 ☐
86-90 ☐
>90 ☐

Índice de Barthel

O Índice de Barthel avalia 10 actividades básicas de vida diária, e segundo as pontuações podemos classificar os utentes em:

Independente: 100 pontos (95 se usar cadeira de rodas)

Dependente ligeiro: > 60 pontos

Dependente moderado: 40-55 pontos

Dependente grave: 20-35 pontos

Dependente total: < 20 pontos

1. ALIMENTAÇÃO

Dependente.

☐ 0

Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.

☐ 5

Independente (todas as Acções).

☐ 10

2. HIGIENE PESSOAL

Necessita de ajuda.

☐ 0

Independente (para face/cabelo/dentes/barbear-se).

☐ 5

3. BEXIGA

Incontinente /algaliado.

☐ 0

Acidente ocasional.

☐ 5

Continente.

☐ 10

4. INTESTINOS

Incontinente.

☐ 0

Acidente ocasional.

☐ 5

Continente.

☐ 10

5. DESLOCAÇÃO (Transferência cama-cadeira)

Incapaz.

☐ 0

Muita ajuda, pode sentar-se.

☐ 5

Ajuda mínima (verbal, física).

☐ 10

Independente.

☐ 15

6. MOBILIDADE/MARCHA

Incapaz.

☐ 0

Independente (cadeira de rodas).

☐ 5

Anda com ajuda de terceiros (pode necessitar de apoio).

☐ 10

Independente.

☐ 15

7. USO DE TOILET

Dependente.

☐ 0

Necessita de alguma ajuda.

☐ 5

Independente (todas as acções).

☐ 10

8. VESTIR-SE

Dependente.

☐ 0

Precisa de ajuda na maior parte das acções.

☐ 5

Independente (incluindo botões, laços, fechos de correr).

☐ 10

9. BANHO

Dependente.

☐ 0

Independente.

☐ 5

10. ESCADAS

Incapaz.

☐ 0

Necessita de ajuda.

☐ 5

Independente.

☐ 10

Total

Adaptado da Revista Portuguesa de Pneumologia, Novembro/Dezembro 2002, Vol. VIII, Nº6, pag. 652.

Índice de Lawton- Actividades Operacionais da Vida Diária

Assinalar a resposta que se aproxima mais a capacidade funcional actual.

(2) Sem qualquer ajuda;

(1) Necessita de ajuda;

(0) Totalmente Incapaz.

É capaz de:

1. Utilizar o telefone?
2. Ir para lugar para além da distância da marcha?
3. Ir comprar mercearias?
4. Preparar as suas refeições diárias?
5. Fazer a lida da casa?
6. Fazer pequenos trabalhos domésticos (arranjos, reparações...)?
7. Tratar da roupa (lavar, secar...)?
8. Tomar a medicação (quando necessário)?
9. Fazer a gestão do dinheiro próprio?

2 1 0

☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Total do Índice de Lawton _____

Lawton M.P. and Brody E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-186.

Copyright © The Gerontological Society of America. Reproduced by permission of the publisher.

www.GeroNurseOnline.org

Adaptado do Impresso da EGA (Equipe de Gestão de Altas) – Nota de Pré-alta do Hospital de S. João E.P.E

2. Sexo:

Feminino ☐ Masculino ☐

3. Estado Civil:

Solteiro ☐ Casado/União de facto ☐ Viúvo ☐ Divorciado/Separado ☐

4. Escolaridade:

Analfabeto ☐ 1ºCiclo ☐ 2º Ciclo ☐ Bacharelato ☐ Licenciado ☐

5. Com quem vive:

Sozinho ☐ Cônjuge ☐ Filhos ☐ Instituição Social ☐ Outros ☐ _____

6. Rendimentos:

Inferior ao salário mínimo nacional ☐ Igual ao salário mínimo ☐

Superior ao salário mínimo nacional ☐

GRUPO II

7. Doenças Crónicas conhecidas:

HTA ☐ DM. ☐ AVC ☐ DPCO/Insuficiência. Respiratória ☐ Insuficiência Venosa ☐

Insuficiência Cardíaca ☐ Fractura do colo do fémur ☐ Doenças Reumáticas/artroses ☐

Outras ☐ _____

8. Quantas vezes esteve hospitalizado no último ano:

Nenhuma ☐ Menos de 2 vezes ☐ Entre 2-3 vezes ☐ Entre 4-6 vezes ☐ Mais de 6 vezes ☐

9. Causa do Internamento (motivo de admissão):

10. Tem Ajudas Técnicas:

Sim ☐ Não ☐

10.1. Se Sim, que Ajudas Técnicas tem:

Cama ☐ Cadeira de rodas ☐ Andarilho ☐ Canadianas/Tripé ☐ Colchão anti - escaras ☐ Almofadas Anti - escara ☐

Equipamentos/ alimentação ☐ , qual (ais) _____

Equipamentos /higiene ☐ , qual (ais) _____

Equipamentos /comunicação ☐ , qual (ais) _____

Outros ☐ _____

10.2. Quem lhe falou na possibilidade de ter /usufruir de Ajudas técnicas:

Médico ☐ Enfermeiro ☐ Assistente Social ☐ Outro ☐ _____

10.3. Quem é que lhe atribuiu as ajudas técnicas:

Centro de Saúde ☐ Hospital ☐ Segurança Social ☐ Outro ☐ _____

10.4. Há quanto tempo tem as ajudas técnicas:

Menos de 3 meses ☐ Entre 3 a 5 meses ☐ Entre 6 a 12 meses ☐ Mais de 1 ano ☐

10.5. Acha que o facto de ter ajudas técnicas contribui para o aumento do bem-estar/autonomia dos idosos doentes:

Sim ☐ Não ☐

10.6. Acha que contribui de alguma forma para diminuir a fadiga dos cuidadores:

Sim ☐ Não ☐

11. Está acamado (não deambula):

Sim ☐ Não ☐

11.1 Se Sim, há quanto tempo: _____

11.2 Se Sim, tem úlceras de pressão:

Sim ☐ Não ☐

Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso

(Para Cálculo do Índice de QVI) - Circular Normativa do Ministério da Saúde - n° 1/ CSI/DSA - 13/1/93.

1. ISOLAMENTO/ COMUNICAÇÃO AFECTIVA

Sem comunicação	☐ 0
Comunicação centrada no domicílio	☐ 2
Comunicação centrada na envolvente habitacional	☐ 5
Comunicação alargada ao mundo exterior	☐ 7

2. MOBILIDADE

Sem mobilidade	☐ 0
Mobilidade através da ajuda de outros	☐ 2
Mobilidade através de ajudas técnicas	☐ 4
Mobilidade sem ajuda	☐ 7

3. ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Sem actividade	☐ 0
Actividades com ajuda de outros	☐ 2
Actividades através de ajudas técnicas	☐ 5
Actividades sem ajuda	☐ 7

4. ACTIVIDADE OCUPACIONAL

Sem actividade	☐ 1
Com actividade esporádica	☐ 4
Com actividade regular	☐ 6
Actividade ocupacional remunerada	☐ 1

5. ACTIVIDADE LÚDICA

Sem actividade	☐ 0
Com actividade regular	☐ 5
Com actividade que dê resposta aos seus anseios	☐ 7

6. RELAÇÃO FAMILIAR

Sem relação familiar	☐ 1
Com participação familiar	☐ 4
Com integração familiar funcional	☐ 8

7. RECURSOS ECONÓMICOS

Insuficientes	☐ 1
Suficientes para as necessidades básicas	☐ 4
Para além das necessidades básicas	☐ 7

Cálculo do Índice de QVI

Circular Normativa do Ministério da Saúde - n° 1/ CSI/DSA - 13/1/93.

Total _____

ANEXO 4

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Este documento tem como objectivo informar os participantes que a enfermeira Marlene Mendes Teixeira, aluna do VII Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina do Porto, se encontra a realizar um trabalho de investigação em que o tema é: Perspectiva Ética de Atribuição de Ajudas Técnicas a Idosos com Dependência Funcional.

Este estudo tem como objectivo saber se as ajudas técnicas (segundo o despacho nº 12370/2007 do Diário da República, 2ª série - Nº117 - 20 de Junho de 2007, “são consideradas ajudas técnicas/tecnologias de apoio os produtos, dispositivos, equipamentos ou sistemas técnicos de produção especializada ou disponível no mercado destinados a prevenir, compensar, atenuar ou neutralizar limitações na actividade ou as restrições na participação das pessoas com deficiência”), têm um impacto positivo ou não na qualidade de vida dos idosos na promoção da sua autonomia, diminuição das limitações relacionadas com a dependência funcional, assim como dos prestadores de cuidados, e analisar a correlação com o nº de internamentos dos doentes com ou sem ajudas Técnicas.

Para atingir esses objectivos torna-se necessário preenchimento de um formulário, que é preenchido pelo próprio investigador, implica que o idoso com dependência funcional responda a algumas questões ou o seu cuidador na impossibilidade deste comunicar. Pelo que se informa os participantes idosos doentes com dependência funcional internados no serviço de Medicina Interna B e ou seus cuidadores/familiares que:

- Respondem ao questionário de livre e espontânea vontade, após terem sido esclarecidos acerca da investigação que se tenciona realizar, e tendo noção que se por algum motivo não querem responder a qualquer questão estão sempre no direito de o fazer, sem qualquer prejuízo.
- Que podem esclarecer e colocar todas as questões que achar necessárias, e para as quais obtém resposta satisfatória.
- Toda a informação cedida será de carácter confidencial, pelo que o seu tratamento não será relevado a ninguém e não permitirá a identificação dos participantes.
- Que a sua participação ou não, no referido estudo, não afectará os serviços ou cuidados que necessite dos profissionais de saúde, nem envolve riscos ou prejuízos.
- Que para além de decidir livremente aceitar ou recusar no estudo tem a possibilidade de se recusar a responder a qualquer momento, desde que assim o deseje sem qualquer contrapartida.
- Tem tempo para poder reflectir sobre o pedido de participação.
- Se tiver alguma dúvida podem contactar a investigadora: Aluna do VII Curso de Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina do Porto, Marlene Mendes Teixeira através de e-mail: mar.mt@clix.pt

Que este projecto foi submetido à aprovação da comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S.

João – E.P.E., bem como pela Administração Hospitalar onde o mesmo se realiza.

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Este documento tem como objectivo obter o consentimento informado dos participantes no estudo realizado pela enfermeira Marlene Mendes Teixeira, aluna do VII Mestrado em Bioética da Faculdade de Medicina do Porto. A necessidade de preenchimento de um formulário/questionário surge como parte integrante do trabalho de investigação, no âmbito do segundo ano do curso de Mestrado, estudo esse que tem como objectivo analisar a perspectiva ética da atribuição de ajudas técnicas aos idosos doentes com dependência funcional. Pelo que se informa os participantes idosos doentes com dependência funcional internados e ou seus cuidadores/familiares que:

- Este estudo tem como objectivo saber se as ajudas técnicas têm um impacto positivo ou não na qualidade de vida dos idosos /autonomia/ diminuição das limitações relacionadas com a dependência funcional, assim como dos prestadores de cuidados, e analisar a correlação com o nº de internamentos.

- Respondem ao questionário de livre e espontânea vontade, após terem sido esclarecidos acerca da investigação que se tenciona realizar, e para a qual é pedida a sua participação.

- Que podem esclarecer e colocar todas as questões que achar necessárias, e para as quais obtém resposta satisfatória.

- Toda a informação cedida será de carácter confidencial, pelo que o seu tratamento não será relevado a ninguém e não permitirá a identificação dos participantes.

- Que a sua participação ou não, no referido estudo, não afectará os serviços ou cuidados que necessite dos profissionais de saúde, nem envolve riscos ou prejuízos.

- Que para além de decidir livremente aceitar ou recusar no estudo tem a possibilidade de se recusar a responder a qualquer momento, desde que assim o deseje sem qualquer contrapartida.

- Tem tempo para poder reflectir sobre o pedido de participação.

- Se tiver alguma dúvida podem contactar a investigadora: mar.mt@clix.pt

Nestas circunstâncias decido dar meu consentimento, livre, informado e esclarecido para a participação neste projecto de investigação apresentado pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 2010

Assinatura do Participante (doente internado): _____

Assinatura do Cuidador/Familiar do doente: _____

Assinatura da Investigadora Responsável: _____

ANEXO 6

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso

1. ISOLAMENTO/ COMUNICAÇÃO AFECTIVA

- Sem comunicação ☐ 0
- Comunicação centrada no domicílio ☐ 2
- Comunicação centrada na envolvente habitacional ☐ 5
- Comunicação alargada ao mundo exterior ☐ 7

2. MOBILIDADE

- Sem mobilidade ☐ 0
- Mobilidade através da ajuda de outros ☐ 2
- Mobilidade através de ajudas técnicas ☐ 4
- Mobilidade sem ajuda ☐ 7

3. ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

- Sem actividade ☐ 0
- Actividades com ajuda de outros ☐ 2
- Actividades através de ajudas técnicas ☐ 5
- Actividades sem ajuda ☐ 7

4. ACTIVIDADE OCUPACIONAL

- Sem actividade ☐ 1
- Com actividade esporádica ☐ 4
- Com actividade regular ☐ 6
- Actividade ocupacional remunerada ☐ 1

5. ACTIVIDADE LÚDICA

- Sem actividade ☐ 0
- Com actividade regular ☐ 5
- Com actividade que dê resposta aos seus anseios ☐ 7

6. RELAÇÃO FAMILIAR

- Sem relação familiar ☐ 1
- Com participação familiar ☐ 4
- Com integração familiar funcional ☐ 8

7. RECURSOS ECONÓMICOS

- Insuficientes ☐ 1
- Suficientes para as necessidades básicas ☐ 4
- Para além das necessidades básicas ☐ 7

Total _____

Adaptado da Circular Normativa do Ministério da Saúde - nº 1/ CSI/DSA - 13/1/93 - Cálculo do Índice de QVI

QUALIDADE DE VIDA - Percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

1. ISOLAMENTO - Ausência de comunicação.

COMUNICAÇÃO AFECTIVA - Relações afectivas que se estabelecem e desenvolvem entre o idoso e os elementos da família, amigos ou vizinhos.

COMUNICAÇÃO SOCIAL - Relações não afectivas com pessoas, lugares ou acontecimentos, quer por contacto directo quer através dos meios de comunicação social.

DOMICÍLIO - Local actual de residência.

ENVOLVENTE HABITACIONAL - Ambiente arquitectónico e social que circunda o domicílio.

MUNDO EXTERIOR - Tudo o que fica para além da envolvente habitacional.

2. MOBILIDADE - Capacidade de mudança da posição corporal e de deslocação de um lado para o outro.

AJUDA TÉCNICA - Qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência, especialmente produto ou disponível, que previne, compensa, atenua ou neutraliza a incapacidade.

3. ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - Todas as acções quotidianas que são necessárias para realizar e satisfazer as necessidades humanas básicas.

NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS - As necessidades vitais que são comuns a todos os seres humanos e que são essenciais à manutenção da vida e ao alcance do bem-estar do indivíduo.

4. ACTIVIDADE OCUPACIONAL - Tarefas ou actividades de natureza profissional.

5. ACTIVIDADE LÚDICA - Actividade cultural, recreativa ou de lazer que proporciona divertimento, distracção ou passatempo.

6. FAMÍLIA - Conjunto de pessoas que coabitam, independentemente da existência de parentesco.

RELAÇÃO FAMILIAR - Relação afectiva e social entre o idoso e os elementos da família.²⁵

PARTICIPAÇÃO FAMILIAR - Ligação afectiva e social implicando relação de ajuda entre os elementos da família e o idoso.

INTEGRAÇÃO FAMILIAR FUNCIONAL - Inserção do idoso num núcleo familiar da qual resultam laços familiares gratificantes.

7. RECURSOS ECONÓMICOS INSUFICIENTES - O quantitativo monetário mensal fixo não satisfaz facilmente as necessidades básicas.

RECURSOS ECONÓMICOS SUFICIENTES - O quantitativo monetário mensal fixo satisfaz facilmente as necessidades básicas

**Adaptado da: Circular Normativa do Ministério da Saúde - nº 1/ CSI/DSA - 13/1/93:
Cálculo do Índice de QVI**

ANEXO 7

AUTORIZAÇÃO DO DIRECTOR DE SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA

Exmo. Senhor

Prof. Paulo Bettencourt – Director do Serviço de
Medicina Interna do Hospital de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: MARLENE MENDES TEIXEIRA

Título do projecto de investigação:

PERSPECTIVA ÉTICA DA ATRIBUIÇÃO DA AJUDAS TÉCNICAS/TECNOLOGIAS DE APOIO A
DOENTES IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de MEDICINA INTERNA B HOMENS E MULHERES do Hospital de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação. Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 1 / FEVEREIRO/ 2010

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Marlene Mendes Teixeira

Ante a
região de saúde
Paulo Bettencourt
11. 2. 2010

Director do Serviço
de Medicina Interna
Prof. Dr. Paulo Bettencourt

ANEXO 8

AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRO CHEFE DO INTERNAMENTO
MEDICINA B – MULHERES ENFERMEIRO LUIS SILVA

Exmo. Senhor

Enfermeiro Chefe do Serviço de Medicina Interna B – Mulheres,

Piso 4. Enf. Luís Silva

Hospital de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: MARLENE MENDES TEIXEIRA

Título do projecto de investigação:

PERSPECTIVA ÉTICA DA ATRIBUIÇÃO DA AJUDAS TÉCNICAS/TECNOLOGIAS DE APOIO A DOENTES IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de MEDICINA INTERNA B HOMENS E MULHERES do Hospital de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação. Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 26 / MARÇO/ 2010

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Marlene Mendes Teixeira

*Não se intervendo
inconvenientes Perspectiva
seja para o Serviço, seja para
o utente intervenido, autoriza-se
a realização do projecto em
epígrafe.*

Luís Silva
ENF.º CHEFE
N.º ORDEM: 4-E-26533

ANEXO 9

**AUTORIZAÇÃO DO ENFERMEIRA CHEFE DO INTERNAMENTO
MEDICINA B – HOMENS ENFERMEIRA GRAÇA SILVA**

Exma. Senhora

Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Interna B – Homens,

Piso 4. Enf.(a) Graça Silva

Hospital de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: MARLENE MENDES TEIXEIRA

Título do projecto de investigação:

PERSPECTIVA ÉTICA DA ATRIBUIÇÃO DA AJUDAS TÉCNICAS/TECNOLOGIAS DE APOIO A
DOENTES IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de MEDICINA INTERNA B HOMENS E MULHERES do Hospital de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Hospital de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 26 / MARÇO/ 2010

autorizo o projecto:

Graça Silva

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Marlene Mendes Teixeira

ANEXO 10

**AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE S. JOÃO-EPE
E APROVAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**



Exma. Sra.

Enf.^a Marlene Mendes Teixeira

Serviço de Medicina Interna

ASSUNTO: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – *“Perspectiva ética da atribuição de ajudas técnicas/tecnologias de apoio a doentes idosos com dependência funcional”*

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como cópia da autorização do Conselho de Administração para poder dar início ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 7 de Abril de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Pedro Brito



AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - REUNIÃO DE		01 ABR. 2010	
Prof. Doutor António Mendes			
Presidente do Conselho de Administração			
Dr. João Oliveira	Dr. Ana Luísa Cardoso	Dr. António Oliveira e Silva	Enfermeira Bunka Portela
Administrador Executivo	Administradora Executiva	Director Clínico	Enfermeira Diretora

13/04/10
31/3/10

António Oliveira e Silva
Director Clínico

Exmo. Sr.

Dr. António Oliveira e Silva

Director Clínico

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – “*Perspectiva ética da atribuição de ajudas técnicas/tecnologias de apoio a doentes idosos com dependência funcional*”

Investigadora Principal: Enf.^a Marlene Mendes Teixeira

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 30 de Março de 2010

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

Comissão de Ética para a Saúde do HSJ
Parecer

Projecto de Investigação: "Perspectiva Ética da Atribuição de Ajudas Técnicas/Tecnologias de Apoio a Doentes Idosos com Dependência Funcional" – Enf.ª Marlene Mendes Teixeira.

Concepção e pertinência do estudo:

Trata-se de um estudo, que se integra no âmbito Mestrado em Bioética, da Faculdade de Medicina da Universidade Porto, sob orientação da Prof. Doutora Guilhermina Rego, cuja Declaração anexa.

O estudo apresentado tem como objectivos:

- Caracterizar os idosos com dependência funcional no que diz respeito aos tipos de ajudas técnicas;
- Determinar se existe alguma relação entre as ajudas técnicas e o número de internamentos;
- Determinar se existe relação entre as ajudas técnicas e a qualidade de vida dos idosos
- *Analisar a relação entre causa dos internamentos, se relacionados ou não com limitação da dependência funcional como internamentos por úlceras de pressão, exaustão do cuidador;*

Como estratégias e para dar resposta aos objectivos formulados a investigadora, numa primeira fase e de modo a poder constituir a amostra do estudo (idosos com mais de 65 anos com dependência funcional) irá aplicar duas escalas:

- Escala de Barthel, para avaliar o grau de dependência nas actividades de vida diária (anexa);
- Escala de Lawton e Brody, para avaliar o grau de dependência nas actividades instrumentais de Vida Diária (anexa).

Numa segunda fase serão aplicados:

- Formulário para a caracterização sociodemográfica da amostra (anexo).
- Grelha de avaliação da qualidade de vida (anexa)

A recolha de dados terá início após o parecer positivo da CES, obedecendo ao cumprimento do CI, da privacidade e confidencialidade dos dados. A aplicação dos instrumentos será feita pela investigadora. A autora dispõe de competências técnico-científicas para a realização do estudo, sendo este pertinente e estando a sua concepção adequada aos objectivos delineados.

A amostra será constituída por doentes idosos com mais de 65 anos com dependência funcional, internados no Serviço de Medicina Interna B mulheres e Homens do Hospital de S. João, tendo autorização do Exmo. Director de Serviço Prof. Doutor Paulo Bettencourt. Apesar da investigadora, exercer a actividade profissional num dos Serviços, deverá apresentar autorização dos Srs. Enfs. Chefe dos Serviços.

CrITÉRIOS de inclusão:

- Estão definidos e não levantam questões de foro ético.

Como critérios de exclusão.

- Doentes idosos com mais de 65 anos sem grau de dependência.

Benefício / Risco:

Com a participação neste estudo não se prevêem quaisquer benefícios.

Não se prevê causar dano ou incómodo assinalável a não ser a disponibilidade para responderem ao formulário.

Respeito pela liberdade e autonomia:

Está devidamente acautelada pela Declaração de Consentimento (mod. da investigadora), e adequada informação ao participante.

Confidencialidade dos dados:

A proposta apresentada garante o anonimato dos formulários e o tratamento codificado dos mesmos.

Indemnização por danos

Não aplicável

Continuação do tratamento

Não aplicável.

Propriedade dos dados:

Não aplicável.

Conclusão:

Face à análise efectuada, propõe-se a sua aprovação pela CES do HSJ desde que apresente os documentos assinalados.

Porto, 26 de Março de 2010

O relator,

T. Guerreiro
Teresa Guerreiro

Concordo com a autorização por ser de interesse público e de saúde da comunidade, e não há risco de danos para os participantes. 2010.03.30

Prof. Doutor Filipe Almeida

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, MARLENE MENDES TEIXEIRA, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsinquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 11 / Fevereiro / 2010

2010.0326

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

[Assinatura]
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

[Assinatura]
Marlene Mendes Teixeira

Marlene Mendes Teixeira

O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de

*Considerando as informações do parecer
pelo investigador*

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

2010.03.27

[Assinatura]
Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

ANEXO 11

DOENÇAS CRÓNICAS DOS IDOSOS EM ESTUDO

Doenças Crônicas dos Idosos em Estudo

Doenças Crônicas da Amostra	n
Hipertensão Arterial	37
Diabete Mellitus	29
Acidente Vascular Cerebral	23
Insuficiência Cardíaca	16
Insuficiência Renal Crônica	12
Doenças Reumáticas/Osteoarticulares	8
Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva	7
Alzheimer	7
Demência	7
Fratura Colo Fémur	5
Epilepsia	3
Enfarte Agudo Miocárdio	3
Anemia	3
Insuficiência Venosa	2
Cancro Mama	2
Doença Arterial Periférica	2
Parkinson	2
Cancro Próstata	2
Mieloma Múltiplo	1
Bronquite	1
Cancro Recto	1
Rinite	1
Cancro Útero	1
Insuficiência Renal Aguda	1
Prostatismo	1
Doença Hepática Crônica	1
Úlcera Gástrica	1

ANEXO 12

DOENÇAS CRÓNICAS DOS IDOSOS COM AJUDAS TÉCNICAS

Doenças crónicas dos Idosos com Ajudas Técnicas

Doenças crónicas dos Idosos com Ajudas Técnicas

Doenças crónicas dos Idosos com Ajudas Técnicas	n
Hipertensão Arterial	24
Diabetes Mellitus	21
Insuficiência Cardíaca	15
Acidente Vascular Cerebral	14
Insuficiência Renal Crónica	9
Doenças Reumáticas/ Osteoarticulares	7
Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva	5
Fractura Colo Fémur	4
Alzheimer	3
Demência	3
Insuficiência Venosa	2
Epilepsia	2
Doença Arterial Periférica	2
Enfarte Agudo Miocárdio	2
Anemia	2
Cancro Mama	1
Bronquite	1
Cancro Recto	1
Cancro Útero	1
Insuficiência Renal Aguda	1
Parkinson	1
Prostatismo	1
Doença Hepática Crónica	1
Úlcera Gástrica	1

ANEXO 13

**PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAMENTO DOS IDOSOS
INTERNADOS**

Principais Causas de Internamento dos Idosos Internados

Causas de Internamento	n	%
Acidente Vascular Isquêmico	10	12,3
Insuficiência Renal Crônica	8	9,9
Infecção do Tracto Urinário	6	7,4
Insuficiência Cardíaca Descompensada	6	7,4
Infecção Respiratória	6	7,4
Úlceras Pressão Infectadas	4	4,9
Pneumonia	4	4,9
Insuficiência Cardíaca Congestiva	3	3,7
Pneumonia Adquirida Na Comunidade	3	3,7
Insuficiência Respiratória	3	3,7
Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico	3	3,7
Hiponatremia	2	2,5
Hipoglicemia	2	2,5
Pielonefrite	2	2,5
Síndrome Coronário Agudo	2	2,5
Pneumonia Nosocomial	2	2,5
Infecção Cateter Hemodiálise	2	2,5
Caso Social	1	1,2
Alteração Consciência	1	1,2
Úlcera Perna	1	1,2
Massa Pulmonar	1	1,2
Doença Cérebro Vascular	1	1,2
Mucosite	1	1,2
Febre	1	1,2
Insuficiência Hepática Descompensada	1	1,2
Síncope Repetição	1	1,2
Mal Epilético	1	1,2
Acidose Respiratória	1	1,2
Edema Agudo Pulmão	1	1,2
Gastroenterite	1	1,2
TOTAL	81	100

ANEXO 14

**COMPARAÇÃO ENTRE AS DIFERENÇAS MÉDIAS DOS DIFERENTES
GRUPOS ETÁRIOS E OS VALORES DO ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA
DO IDOSO**

Comparação entre as diferenças médias dos diferentes grupos etários e os valores do Índice de Qualidade de Vida do Idoso

Comparações Múltiplas

Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso

Bonferroni

Idade dos Idosos(As)	Idade dos Idosos(As)	Diferença média	. Erro Padrão	p.	Intervalo Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
65-70	71-75	2,438	4,809	1,000	-12,24	17,11
	76-80	1,821	5,748	1,000	-15,72	19,36
	81-85	12,987	4,681	,109	-1,30	27,27
	86-90	19,886*	5,161	,004	4,14	35,63
	>90	12,750	5,553	,375	-4,19	29,69
71-75	65-70	-2,438	4,809	1,000	-17,11	12,24
	76-80	-,616	5,033	1,000	-15,97	14,74
	81-85	10,549	3,769	,102	-,95	22,05
	86-90	17,449*	4,350	,002	4,18	30,72
	>90	10,313	4,809	,538	-4,36	24,99
76-80	65-70	-1,821	5,748	1,000	-19,36	15,72
	71-75	,616	5,033	1,000	-14,74	15,97
	81-85	11,165	4,911	,396	-3,82	26,15
	86-90	18,065*	5,370	,020	1,68	34,45
	>90	10,929	5,748	,928	-6,61	28,47
81-85	65-70	-12,987	4,681	,109	-27,27	1,30
	71-75	-10,549	3,769	,102	-22,05	,95
	76-80	-11,165	4,911	,396	-26,15	3,82
	86-90	6,900	4,208	1,000	-5,94	19,74
	>90	-,237	4,681	1,000	-14,52	14,05
86-90	65-70	-19,886*	5,161	,004	-35,63	-4,14
	71-75	-17,449*	4,350	,002	-30,72	-4,18
	76-80	-18,065*	5,370	,020	-34,45	-1,68
	81-85	-6,900	4,208	1,000	-19,74	5,94
	>90	-7,136	5,161	1,000	-22,88	8,61
>90	65-70	-12,750	5,553	,375	-29,69	4,19
	71-75	-10,313	4,809	,538	-24,99	4,36
	76-80	-10,929	5,748	,928	-28,47	6,61
	81-85	,237	4,681	1,000	-14,05	14,52
	86-90	7,136	5,161	1,000	-8,61	22,88

*.. A diferença média é significativa até 0,05

ANOVA

Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3415,887	5	683,177	5,538	,000
Within Groups	7771,881	63	123,363		
Total	11187,768	68			

Group Statistics

Idade recodificada		N	Média	Std. Deviation	Std. Error Mean
Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso	65-85	50	23,28	12,911	1,826
	>85	19	12,37	8,757	2,009

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença média	Diferença erro padrão	Intervalo Confiança 95%	
Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso	Equal variances assumed	4,787	,032	3,392	67	,001	10,912	3,217	4,490	17,333
	Equal variances not assumed			4,019	47,989	,000	10,912	2,715	5,453	16,370

ANEXO 15

**RELAÇÃO DE QUEM TEM AJUDAS TÉCNICAS E PRESENÇA DE ÚLCERAS
DE PRESSÃO**

Relação de Quem tem Ajudas Técnicas e Presença de Úlceras de Pressão

Tem ajudas técnicas * Se sim, tem úlceras de pressão Crosstabulation

		Se sim, tem úlceras de pressão		Total
		Sim	Não	
Tem ajudas técnicas	Sim n observado	4	18	22
	n esperado	10,4	11,6	22,0
	% within Tem ajudas técnicas	18,2%	81,8%	100,0%
	% within Se sim, tem úlceras de pressão	25,0%	100,0%	64,7%
	Não n observado	12	0	12
	n esperado	5,6	6,4	12,0
	% within Tem ajudas técnicas	100,0%	,0%	100,0%
	% within Se sim, tem úlceras de pressão	75,0%	,0%	35,3%
Total	n observado	16	18	34
	n esperado	16,0	18,0	34,0
	% within Tem ajudas técnicas	47,1%	52,9%	100,0%
	% within Se sim, tem úlceras de pressão	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	20,864 ^a	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^b	17,709	1	,000		
Likelihood Ratio	26,154	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	20,250	1	,000		
N of Valid Cases	34				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,65.

b. Computed only for a 2x2 table

ANEXO 16

**RELAÇÃO ENTRE AS MÉDIAS DOS IDOSOS ACAMADOS EM ANOS COM
E SEM PRESENÇA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Relação entre as médias dos Idosos Acamados em anos com e sem presença de úlceras de pressão.

Group Statistics

Se sim, tem úlceras de pressão		N	Média	Std. Deviation	Std. Error Mean
Há qt tempo está acamado	Sim	16	2,2188	1,16860	,29215
	Não	18	2,3517	2,14918	,50657

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Intervalo de Confiança 95%	
									Limite inferior	Limite superior
Há qt tempo está acamado	Equal variances assumed	,401	,531	-,220	32	,827	-,13292	,60437	-1,36397	1,09814
	Equal variances not assumed			-,227	26,826	,822	-,13292	,58478	-1,33314	1,06731

ANEXO 17

**RELAÇÃO DOS IDOSOS COM E SEM AJUDAS TÉCNICAS E O ÍNDICE DE
QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Relação dos idosos com e sem ajudas técnicas e o Índice de qualidade de vida do Idoso

Group Statistics					
Tem ajudas técnicas		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso	Sim	47	22,64	11,635	1,697
	Não	22	15,23	14,037	2,993

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
							Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
										Lower	Upper
Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso	Equal variances assumed	2,012	,161	2,307	67	,024	7,411	3,213	,998	13,824	
	Equal variances not assumed			2,154	35,024	,038	7,411	3,440	,427	14,395	

ANEXO 18

**RELAÇÃO ENTRE QUEM TEM AJUDAS TÉCNICAS E O N° DE
INTERNAMENTOS;
RELAÇÃO ENTRE OS IDOSOS ACAMADOS COM AJUDAS TÉCNICAS E O
N° DE INTERNAMENTOS**

Relação entre Quem tem Ajudas Técnicas e o nº de Internamentos

Tem ajudas técnicas * Internamentos recodificado Crosstabulation

			Internamentos recodificado		Total
			0-3 Internamentos	4 ou mais internamentos	
Tem ajudas técnicas	Sim	n observado	43	4	47
		n esperado	39,5	7,5	47,0
	Não	n observado	15	7	22
		n esperado	18,5	3,5	22,0
Total	n observado		58	11	69
	n esperado		58,0	11,0	69,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,075 ^a	1	,014	,029	,020
Continuity Correction ^b	4,460	1	,035		
Likelihood Ratio	5,660	1	,017		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	5,987	1	,014		
N of Valid Cases	69				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,51.

b. Computed only for a 2x2 table

Relação entre os Idosos Acamados com Ajudas técnicas e o Nº de Internamentos

Tem ajudas técnicas * Internamentos recodificado Crosstabulation

			Internamentos recodificado		Total
			0-3 internamentos	4 ou mais internamentos	
Tem ajudas técnicas	Sim	n observado	21	1	22
		n esperado	18,8	3,2	22,0
	Não	n observado	8	4	12
		n esperado	10,2	1,8	12,0
Total	n observado		29	5	34
	n esperado		29,0	5,0	34,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,130 ^a	1	,024	,042	,042
Continuity Correction ^b	3,092	1	,079		
Likelihood Ratio	4,983	1	,026		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	4,979	1	,026		
N of Valid Cases	34				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,76.

b. Computed only for a 2x2 table

ANEXO 19

RELAÇÃO ENTRE QUEM TEM AJUDAS TÉCNICAS E ESCOLARIDADE

Relação entre Quem tem Ajudas técnicas e Escolaridade

Tem ajudas técnicas * Escolaridade recodificada

			Escolaridade recodificada2		Total
			Escolaridade recodificada2		
			Analfabeto	Com escolaridade	
Tem ajudas técnicas	Sim	n observado	16	31	47
		n esperado	19,1	27,9	47,0
	Não	n observado	12	10	22
		n esperado	8,9	13,1	22,0
Total		n observado	28	41	69
		n esperado	28,0	41,0	69,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,613 ^a	1	,106	,122	,088
Continuity Correction ^b	1,831	1	,176		
Likelihood Ratio	2,590	1	,108		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	2,575	1	,109		
N of Valid Cases	69				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,93.

b. Computed only for a 2x2 table

ANEXO 20

**COMPARAÇÃO DA PONTUAÇÃO DO ÍNDICE DE BARTHEL EM FUNÇÃO
DO GRAU DE DEPENDÊNCIA SEGUNDO O QVI**

Comparação da pontuação do Índice de Barthel em função do grau de dependência segundo o QVI, utilizando ANOVA e Bonferroni

ANOVA

Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6957,466	2	3478,733	54,274	,000
Within Groups	4230,302	66	64,095		
Total	11187,768	68			

Multiple Comparisons

Cálculo do Índice de Qualidade de Vida do Idoso

Bonferroni

(I) Índice de Barthel	(J) Índice de Barthel	Diferença média(I-J)	Erro padrão	Sig. p	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Dependente moderado: 40-55pontos	Dependente grave:20-35 pontos	8,921	3,809	,067	-,44	18,28
	Dependente total: < 20 pontos	21,229*	2,038	,000	16,22	26,23
Dependente grave:20-35 pontos	Dependente moderado: 40-55pontos	-8,921	3,809	,067	-18,28	,44
	Dependente total: < 20 pontos	12,308*	3,910	,007	2,70	21,91
Dependente total: < 20 pontos	Dependente moderado: 40-55pontos	-21,229*	2,038	,000	-26,23	-16,22
	Dependente grave:20-35 pontos	-12,308*	3,910	,007	-21,91	-2,70

*. A diferença média é significativa até 0,05

ANEXO 21

**RELAÇÃO ENTRE A ENTIDADE QUE ATRIBUIU AS AJUDAS TÉCNICAS E
O NÍVEL DE RENDIMENTOS DOS IDOSOS**

Relação entre a entidade que atribuiu as ajudas técnicas e o nível de rendimentos dos idosos

Quem é que lhe atribuiu as ajudas técnicas * Rendimentos Crosstabulation

			Rendimentos			Total
			Superior ao salário mínimo nacional	Igual ao salário mínimo nacional	Inferior ao salário mínimo nacional	
Quem é que lhe atribuiu as ajudas técnicas	Centro de Saúde	n observado	1	0	2	3
		n esperado	,7	1,2	1,1	3,0
	Hospital	n observado	3	7	8	18
		n esperado	4,2	7,3	6,5	18,0
	Segurança Social	n observado	2	2	4	8
		n esperado	1,9	3,2	2,9	8,0
	Comprou	n observado	4	10	2	16
		n esperado	3,7	6,5	5,8	16,0
	Alugou	n observado	1	0	1	2
		n esperado	,5	,8	,7	2,0
Total		n observado	11	19	17	47
		n esperado	11,0	19,0	17,0	47,0

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)
Pearson Chi-Square	9,657 ^a	8	,290
Likelihood Ratio	11,959	8	,153
Linear-by-Linear Association	2,269	1	,132
N of Valid Cases	47		

a. 11 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,47.