U.PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços

ROGÉRIO MANUEL CLEMENTE RODRIGUES

Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em

Ciências de Enfermagem, submetida ao

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Orientadora: Professora Doutora Zaida de Aguiar Sá Azeredo
Professora Auxiliar Convidada
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

Co-orientador: Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes Ferreira
Professor Associado
Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra

2007

A meu pai…

Este estudo não teria sido possível sem a colaboração da população de Eiras, em Coimbra, e em especial dos mais de duzentos idosos e seus familiares que cederam parte do seu tempo colaborando nas entrevistas de recolha dos dados.

Igualmente importante a colaboração dos enfermeiros, e outros profissionais, do Centro de Saúde de Eiras, em Coimbra, ao facilitarem o contacto com os seus utentes transformando-me num elemento da equipa e não num estranho que lhes surgia do nada fazendo perguntas indiscretas.

O trabalho agora apresentado integra-se num percurso iniciado há cerca de oito anos com a tese de mestrado em que nos lançámos no estudo e projecto de criação da versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services Program – Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ)*. Presente desde o início o Prof. Pedro Ferreira que com o seu apoio, colaboração e orientação tem mostrado empenho no desenvolvimento e aperfeiçoamento deste instrumento e da metodologia que lhe está subjacente.

À Prof.ª Zaida Azeredo, um especial agradecimento por todo o empenho, carinho, apoio e orientações recebidas, principalmente nos momentos mais difíceis por que passei ao longo de todo este processo.

Por fim ao Diogo, e ele sabe porquê…

Siglas e abreviaturas

AVC	–	Acidente Vascular Cerebral
AVD	–	Actividades de Vida Diária
AVDf	–	Actividades de Vida Diária Físicas
AVDi	–	Actividades de Vida Diária Instrumentais
CGA	–	Comprehensive Geriatric Assessment
DGS	–	Direcção Geral de Saúde
EC	–	European Commission
E.U.A.	–	Estados Unidos da América
FI	–	Frailty Índex
INE	–	Instituto Nacional de Estatística
MOS SF-36	–	Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey
OARS	–	Older Americans Resources and Services
OARS-MFAQ	–	Multidimensional Functional Assessment Questionnaire
OARS-SAQ	–	Services Assessment Questionnaire
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
p.	–	Pergunta
PAI	–	Pontuação Acumulada de Incapacidade
PIF	–	Pontuação de Incapacidade Funcional
SNS	–	Serviço Nacional de Saúde
SNC	–	Sistema Nervoso Central
SPES	–	Short Psyquiatric Evaluation Schedule
SPMSQ	–	Short Portable Mental Status Questionnaire
WHO	–	World Health Organization

Resumo

A evolução demográfica verificada nas sociedades ocidentais, com aumento da longevidade e baixa na natalidade, tem conduzido a uma estrutura etária que se caracteriza por envelhecimento demográfico.

O presente estudo centrando-se no grupo mais idoso da nossa população (os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos), procura avaliar duas componentes essenciais para o planeamento da prestação de cuidados de saúde e para a alocação de serviços: o estado funcional e a utilização e necessidade sentida de serviços.

Partindo da população idosa inscrita num Centro de Saúde e recorrendo ao Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services*) avaliamos o estado funcional nas cinco áreas determinantes para a qualidade de vida dos idosos: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária; e a utilização e necessidade sentida de 23 serviços.

A amostra, constituída por 202 idosos, resulta de uma população de 808, e foi obtida de forma aleatória e probabilística a partir dos ficheiros dos utentes inscritos no Centro de Saúde. A recolha de dados foi efectuada pelo autor do estudo.

A avaliação funcional foi efectuada recorrendo à pontuação atribuída pelo entrevistador (seguindo os critérios estabelecidos no instrumento de colheita de dados) e com a utilização de programa informático construído com base no modelo de pontuação OARS. A apresentação dos resultados é efectuada distribuindo a amostra por sexo e grupos etários.

Como principais resultados apontamos, para o estado funcional, a situação de uma pior classificação, no grupo etário de 85 e mais anos, nas áreas de saúde física, saúde mental, actividades de vida diária e recursos económicos. A área de recursos sociais apresenta pior classificação no grupo etário de 75-84 anos.

Para o total da amostra a diferença entre sexos é significativa nas áreas de saúde mental e recursos sociais, sendo pior classificadas as mulheres. Em todas as áreas funcionais a diferença entre grupos etários se mostra significativa.

Os serviços com maior utilização encontram-se no grupo de serviços de apoio económico (ajuda económica em geral) e de saúde (consultas médicas). Os de maior necessidade sentida surgem no grupo de serviços gerais de apoio (serviços de monitorização, serviços domésticos e serviços administrativos).

Como síntese e conclusões do estudo, realçamos o facto das mulheres e dos mais idosos, globalmente, surgirem como os que apresentam maiores incapacidades funcionais e serem maiores utilizadores de serviços. Uma análise mais pormenorizada aponta não só para diferenças entre sexos mas também para uma atenção particular a dar ao grupo etário em que o idoso se situa já que surgem diferenças quer para a pontuação funcional quer para a utilização e necessidade sentida de serviços.

O instrumento de avaliação demonstrou as suas capacidades para a recolha de um grande volume de informação mas fica patente neste trabalho que em estudos populacionais a sua utilização deveria contar, na avaliação das áreas funcionais, com a classificação segundo o modelo de pontuação OARS dadas as divergências verificadas com a avaliação efectuada pelo entrevistador. Só assim se poderão comparar, de forma segura, resultados de avaliações e possíveis intervenções.

As diversas áreas que intervêm na qualidade de vida do idoso, e a diversidade de técnicos e serviços envolvidos, recomendam a sua intervenção coordenada, surgindo o Centro de Saúde, e os enfermeiros, como entidade capaz de gerar e dinamizar uma efectiva intervenção que maximize e promova a afectação de recursos.

Abstract

The demographic evolution verified in western societies, with the increase of longevity and lower birth-rate, its leading to an age structure that is characterized by a demographic aging.

This study is centred in the older group of our population (the individuals with an age equal or over 65 years), and it aims to evaluate two main components for the planning of the health care and to the distribution of services: the functional status and the use and the need felted of services.

Starting from the elderly population enrolled in a Health Centre and using the multidimensional functional elderly evaluation questionnaire (Portuguese version of the *Older Americans Resources and Services*), we evaluate the functional status in the five determining areas for the elderly quality of life: social resources, economic resources, mental health, physical health and activities of day living; and the need felted of 23 services.

The sample, constituted of 202 elderly, is taken from a population of 808, and was gotten in a randomized and probabilistic trial, from the users files of the Health Centre. The collecting of data was made by the author of this study.

The functional evaluation was made by using the score given by the interviewer (following the established criteria in the tool of data gathering) and with the use of the computer software based on the score model of OARS. The presentation of results is made dividing the sample by gender and age groups.

As main results we point out, the functional state, the situation of a worst classification, in the age group of 85 and older, in the areas of physical health, mental health, daily activities and economic resources. The social resources area presents the worst results in the age group 75-84 years of age.

For the whole of the sample the gender differences is greater in mental health and social resources, being worst scored the women. In all functional areas the age group differences are significant.

The services with greater use are focused in the economic support (economic help in general) and health (medical consultations). The most needed ones appear in the general support services (monitoring services, domestic services and administrative services).

As a synthesis and conclusion of the study, we point out the fact those women and the elderly, in general, appearing as the ones that present greater functional incapacities and are the main users of services. A closer analysis points not only for a difference in genders but also for a special attention to the age group where the elder are, because not only appear differences in the functional score but also in the use and felted needs of services.

The evaluation tool showed its capabilities to collect a great volume of information, but it is clear in this study, that in populational studies its use should count, in the evaluation of functional areas, with the classification according to the score model of OARS, because of the divergences verified with the evaluation realized by the interviewer. Only by this way we can compare, safely, results of evaluations and possible interventions.

The diverse areas that are implied in the quality of life of the elder, and the diversity of technicians and services involved, suggest an coordinated intervention, appearing the Health Centre, and the nurses, as the entities capable of generating and promoting an effective intervention that maximize and promotes the resources distribution.

Résumé

L'évolution démographique vérifiée dans les sociétés occidentales, avec l'augmentation de la longévité et bas de natalité, a pour mener à une structure d'âge qui se caractérise pour un vieillissement démographique.

Le présente étude se centre dans le groupe plus âgé de notre population (les individus avec l'âge égal ou supérieur à 65 années), il recherche pour évaluer deux éléments essentiels pour la planification de prestation des soins de santé et pour l'allocation de services: l'état fonctionnel et la utilisation et nécessité aperçue de services.

À partir de la population âgée inscrite à un centre de santé et de faire appel au questionnaire d'évaluation fonctionnelle multidimensionnelle des âgée (version portugaise du *Older Americans Resources and Services - OARS*) nous évaluons l'état fonctionnel dans les cinq secteurs déterminants pour la qualité de vie des âgées: ressources sociales, ressources économiques, santé mentale, santé physique et activités de vie quotidienne; e l'utilisation et la nécessité aperçue de 23 services.

L'échantillon, se compose de 202 personnes, ceux résultants d'une population de 808, et a été obtenu de forme aléatoire et probabiliste des archives d'usagers inscrits au centre de santé. La récolte des données était effectuée par l'auteur de l'étude.

L'évaluation fonctionnelle était réalisée appelant à la ponctuation attribuée pour l'interviewer (suivant les critères établis par l'instrument de la récolte des données) et avec l'utilisation du programme informatique construite sur la base du modèle des ponctuations des OARS. La présentation des résultats est faite distribuant l'échantillon pour des groupes de sexe et des groups d'âge.

Comme principal résultats nous indiqué, pour l'état fonctionnel, la situation d'une plus mauvaise classification, dans le groupe d'âge de 85 et plus d'années, dans les secteurs de la santé physique, santé mentale, activités de vie quotidienne et ressources économiques. Le domaine d'une plus mauvaise classification de ressources sociales se présent dans le groupe d'âge de 75-84 ans.

Pour le total de l'échantillon la différence entre les sexes est significative dans les secteurs de la santé mentale et les ressources sociales, étant les plus mauvaises classifications pour les femmes. Dans tous secteurs fonctionnels la différence entre les groupes d'âge se révèle significatif.

Les services avec une plus grande utilisation sont les du groupe de services d'appui économique (aide économique en général) et de santé (consultations médicales). Les services d'une plus grande nécessité apparaissent dans le groupe de services généraux de l'appui (les services de monitorization, des travaux de maison et des services administratifs).

Comme synthèse et conclusions de l'étude, nous renforçons le fait de que pour les femmes et les plus âgées, globalement, est évident qu´ils ont plus d'incapacités fonctionnelles et sont les plus grands utilisateurs des services. Une analyse plus détaillé indique non seulement ce qui concerne des différences entre les sexes mais également une attention particulière à donner au groupe plus âgé puisque les différences apparaissent veut à l'utilisation et à la nécessité aperçue de services.

L'instrument d'évaluation a démontré ses capacités pour la récolte d'un grand volume d'information mais il est clair dans ce travail que dans des études de population l'utilisation devrait compter, dans l'évaluation des secteurs fonctionnels, avec le modèle de classification des ponctuations de l' OARS selon donné les divergences vérifiées avec l'évaluation réalisé par l'interviewer. Ainsi si elles pourront seulement comparer, de la forme sûre, les résultats des évaluations et des possibles interventions.

Les secteurs divers que interviennent de la qualité de la vie de âgée, et la diversité de techniciens et des services, recommande pour une intervention coordonnée, semblant le centre de santé, et les infirmières, comme entité capable se constituer et dynamisée une intervention efficace qui maximise et favorise l'affectation des ressources.

Índice

INTRODUÇÃO 21

– Parte I –

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO 29
2. DETERMINANTES NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO 33
    2.1. RECURSOS SOCIAIS 40
    2.2. RECURSOS ECONÓMICOS 58
    2.3. SAÚDE MENTAL 66
    2.4. SAÚDE FÍSICA 78
    2.5. ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA 99
    2.6. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS 114
3. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL 137

– Parte II –

ESTUDO EMPÍRICO

1. OBJECTIVOS DO ESTUDO 156
2. FINALIDADES DO ESTUDO 157
3. HIPÓTESES 158
4. MATERIAL E MÉTODOS 161
    4.1. MODELO DE AVALIAÇÃO OARS 161
        4.1.1. Versão portuguesa do OARS 162
        4.1.2. Variáveis e escalas de medida 169
        4.1.3. Pontuação de incapacidade funcional 177
        4.1.4. Perfis funcionais 177
    4.2. POPULAÇÃO 178
    4.3. AMOSTRA 179
    4.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS 180
    4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS NA RECOLHA DE DADOS 180
    4.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS 181
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 182
    5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA 183
    5.2. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO INDÍVIDUO 185
        5.2.1. Funcionalidade biológica 185
        5.2.2. Funcionalidade mental 198
        5.2.3. Actividades de vida diária 206

5.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO INDIVÍDUO INTEGRADO NO SEU MEIO 218
5.3.1. Recursos sociais 218
5.3.2. Recursos económicos 230
5.4. UTILIZAÇÃO E NECESSIDADE SENTIDA DE SERVIÇOS 238
5.4.1. Serviços gerais de apoio 238
5.4.2. Serviços sociais e recreativos 244
5.4.3. Serviços de saúde 248
5.4.4. Serviços de apoio económico 252
5.4.5. Serviços de apoio, avaliação e coordenação 254
5.4.6. Serviços não classificados 255
5.5. HIPÓTESES ESTUDADAS 260

– Parte III –

CONCLUSÕES

1. A SUBJECTIVIDADE E A OBJECTIVIDADE NA AVALIAÇÃO GLOBAL DO INDIVÍDUO 270
2. PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO ESTUDO 273
3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS 283

BIBLIOGRAFIA 287

APÊNDICES 331
APÊNDICE I – Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos
APÊNDICE II – Tabelas

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização geral da amostra nas variáveis socio-demográficas por grupo etário e sexo AII.1
Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos por frequência das doenças referidas AII.2
Tabela 3 – Distribuição segundo as doenças referidas, grau de limitação que estas provocam nas actividades e consumo de medicamentos com ela relacionados AII.3
Tabela 4 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de ajuda técnica AII.4
Tabela 5 – Distribuição segundo a indicação médica de redução do consumo de bebidas alcoólicas AII.5
Tabela 6 – Distribuição segundo a auto avaliação de saúde física AII.6
Tabela 7 – Distribuição segundo a PIF na área de saúde física AII.7
Tabela 8 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de saúde física AII.8
Tabela 9 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de saúde física 196
Tabela 10 – Distribuição segundo o número de erros no SPMSQ AII.9
Tabela 11 – Distribuição segundo a resposta de sentido negativo aos itens do SPES AII.10
Tabela 12 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação para a existência de sintomas psiquiátricos AII.11
Tabela 13 – Distribuição segundo a auto avaliação de saúde mental AII.12
Tabela 14 – Distribuição segundo a PIF na área de saúde mental AII.13
Tabela 15 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de saúde mental AII.14
Tabela 16 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de saúde mental 205
Tabela 17 – Distribuição segundo a capacidade de realizar as AVD instrumentais sem ajuda AII.15
Tabela 18 – Distribuição segundo a capacidade de realizar as AVD físicas sem ajuda AII.16
Tabela 19 – Distribuição segundo a existência de algum grau de incontinência AII.17
Tabela 20 – Distribuição segundo a PIF na área de AVD AII.18
Tabela 21 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de AVD AII.19

Tabela 22 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de actividades de vida diária..... 215
Tabela 23 – Distribuição segundo a pessoa com quem vive AII.20
Tabela 24 – Distribuição segundo a auto avaliação de recursos sociais AII.21
Tabela 25 – Distribuição segundo a pessoa disponível para a prestação de cuidados em caso de doença ou incapacidade AII.22
Tabela 26 – Distribuição segundo a PIF na área de recursos sociais.....AII.23
Tabela 27 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de recursos sociais AII.24
Tabela 28 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de recursos sociais..... 228
Tabela 29 – Distribuição segundo a situação laboral AII.25
Tabela 30 – Distribuição segundo a auto avaliação de recursos económicos AII.26
Tabela 31 – Distribuição segundo a PIF na área de recursos económicos.....AII.27
Tabela 32 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de recursos económicos.....AII.28
Tabela 33 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de recursos económicos..... 236
Tabela 34 – Pontuações de limitação grave e total, segundo o modelo OARS de pontuação, nas cinco áreas funcionais.....AII.29
Tabela 35 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços gerais de apoio.....AII.30
Tabela 36 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços sociais e recreativos AII.31
Tabela 37 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde AII.32
Tabela 38 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio económico AII.33
Tabela 39 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio, avaliação e coordenação.....AII.34
Tabela 40 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços não classificados AII.35

Índice de Quadros

Quadro 1 – Avaliação da comorbilidade por sistemas 95
Quadro 2 – Comparação do agrupamento factorial dos itens subjectivos do OARS. 164
Quadro 3 – Correlação de Pearson para a aplicação do OARS em dois tempos diferentes. 165
Quadro 4 – Estrutura factorial em OARS-PT.....167
Quadro 5 – Correlação entre os índices do SF-36 e os do OARS 168
Quadro 6 – Critérios de classificação na área de recursos sociais 171
Quadro 7 – Critérios de classificação na área de recursos económicos 172
Quadro 8 – Critérios de classificação na área de saúde mental 173
Quadro 9 – Critérios de classificação na área de saúde física.....174
Quadro 10 – Critérios de classificação na área de actividades de vida diária 175
Quadro 11 – Serviços inseridos no OARS-SAQ.....176
Quadro 12 – Sistema dos 32 perfis funcionais 178
Quadro 13 – Resumo dos resultados mais relevantes de acordo com a PIF 260
Quadro 14 – Resumo dos resultados mais relevantes de acordo com as avaliações do modelo OARS 261
Quadro 15 – Resumo dos resultados mais relevantes da utilização de serviços.....263
Quadro 16 – Resumo dos resultados mais relevantes da necessidade sentida de serviços 265

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo do processo de envelhecimento saudável e factores determinantes 38
Figura 2 – Modelo explicativo da comunidade promotora do idoso 51
Figura 3 – Sistema de apoio auto administrado 64
Figura 4 – O impacto das doenças crónicas decorrentes do envelhecimento 80
Figura 5 – A comorbilidade na interface entre a fisiopatologia e os resultados de saúde. 81
Figura 6 – Modelo teórico do processo de declínio funcional 100
Figura 7 – Dimensão funcional e social da intervenção na incapacidade 115
Figura 8 – Modelo comportamental de utilização de serviços 116
Figura 9 – Modelo comportamental da utilização de serviços de saúde 118
Figura 10 – Factores e áreas funcionais intervenientes no processo de envelhecimento 151

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento, individual ou de uma população, provoca nos indivíduos e sociedades alterações que exigem dos serviços de saúde e sociais respostas para uma satisfatória adaptação dos idosos às alterações físicas, psíquicas e sociais daí decorrentes.

Se as respostas em termos de saúde são as mais evidentes e aquelas que mais atenções têm recebido, é manifesto que não são as únicas a interferir num bem sucedido envelhecimento.

Torna-se clara a importância de factores que vão além da situação de saúde como a inserção e participação sociais, os aspectos económicos e a disponibilidade de serviços de apoio em resposta às incapacidades que vão surgindo.

O presente estudo intitulado *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*, pretende ser mais um contributo no estudo e compreensão do processo de envelhecimento centrado numa abordagem de avaliação multidimensional conjugando dados relativos não só ao estado de saúde (saúde física e mental) mas também nas implicações que esta situação determina no dia a dia e no desempenho das actividades de vida diária. Só por si estas componentes de saúde não permitem conhecer e compreender a adaptação e as necessidades dos idosos a esta nova realidade do seu processo e desenvolvimento de vida. Os recursos familiares e sociais de que dispõem na sua comunidade podem revelar-se factores promotores de qualidade de vida colmatando e respondendo às situações que colocam em causa a autonomia e a manutenção da sua integração social. Igualmente importantes os recursos económicos sabendo-se do agravamento dos custos com a saúde como resposta a maior procura de serviços de saúde e serviços de apoio que permitam a resposta às necessidades resultantes de uma menor autonomia.

A multiplicidade de factores intervenientes na qualidade de vida dos idosos aconselha, assim, uma abordagem que, não menosprezando os aspectos de saúde física e mental, vá além da análise clínica e incorpore o conhecimento da realidade social e económica em que estes se encontram integrados. Passamos a olhar o idoso não apenas como mero portador de incapacidades inerentes ao seu processo de envelhecimento mas como uma pessoa integrada num meio social e económico facilitador ou limitador da adaptação a novas circunstâncias de vida.

Os técnicos e os serviços de saúde, não sendo os únicos parceiros implicados nos problemas e necessidades da população idosa, podem apresentar-se como dinamizadores e promotores de uma avaliação que permita, em conjunto com serviços e entidades de cariz social, dar uma resposta mais eficaz às necessidades e anseios deste crescente grupo etário.

Para o desenvolvimento deste estudo recorremos inicialmente (Parte I) a um enquadramento teórico centrado nas dimensões com participação na qualidade de vida dos idosos e que englobam, para além da saúde física e mental, as actividades de vida diária, os recursos sociais e os recursos económicos. Não menos importante o papel desempenhado pela disponibilidade, necessidade sentida e possibilidade de acesso a serviços.

A Parte II (Estudo empírico) inicia-se com a definição da metodologia a desenvolver.

A população em estudo corresponde ao grupo etário com idade igual ou superior a 65 anos inscrita num Centro de Saúde, da qual foi obtida amostra aleatória e probabilística.

A colheita de dados foi efectuada com a utilização de instrumento de avaliação de idosos, o *Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos*, versão portuguesa do *Older Americans Resources and Services*. Este instrumento apresenta-se como ferramenta, e metodologia, que permite conjugar num só questionário de avaliação a recolha de dados respeitante a duas componentes: capacidade funcional e utilização e necessidade sentida de serviços. A primeira parte, de avaliação funcional, centra-se nas áreas de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária. A segunda parte, na avaliação da utilização e necessidade sentida de um conjunto de vinte e três serviços.

Para a análise e discussão dos resultados os dados são organizados e apresentados distribuindo a amostra por sexo e grupos etários, na tentativa de uma avaliação que tenha em conta não apenas a globalidade da população mas também as particularidades e especificidades inerentes ao sexo e grupo etário em que se situam os elementos da amostra. A apresentação dos dados desenvolve-se com o estudo de cada uma das áreas funcionais seguindo-se os respeitantes à componente de serviços.

Tendo sido utilizadas duas formas de avaliação dos inquiridos (uma efectuada pelo entrevistador seguindo os critérios de pontuação definidos no questionário e outra mais elaborada realizada com base em programa informático que incorpora o modelo OARS de pontuação) e mostrando-se estas com algumas diferenças, é este problema discutido em capítulo autónomo.

Completando o presente relatório é apresentada uma síntese conclusiva revelando as possíveis implicações do estudo para a prática dos cuidados dirigidos aos idosos, não apenas pelos serviços de saúde, mas também do papel que os enfermeiros devem desempenhar.

– Parte I –

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Parte I deste trabalho dedica-se ao enquadramento teórico do estudo. Pretende delimitar os principais conceitos do processo do envelhecimento e das necessidades e recursos que lhes estão associados. Está dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo efectuamos uma abordagem genérica sobre envelhecimento demográfico considerando as actuais tendências demográficas.

No segundo capítulo incidimos sobre os determinantes no processo de envelhecimento. Encontra-se dividido em seis sub capítulos.

No primeiro subcapítulo referimo-nos aos aspectos mais relevantes dos recursos sociais, como a rede social de apoio do idoso, desde o meio familiar ao meio envolvente comunitário.

No segundo subcapítulo reflectimos sobre as questões dos recursos económicos. É efectuada uma abordagem dos problemas financeiros mais comuns na população idosa e suas consequências no seu quotidiano. Termina com uma possibilidade de intervenção económica de acordo com o sistema de sustentação auto administrado.

No terceiro subcapítulo, introduzimos os aspectos da saúde mental no contexto do processo de envelhecimento. São mencionadas as repercussões da depressão no idoso bem como das demências e exemplos da forma como intervir minimizando-as.

No quarto subcapítulo remetemo-nos para as questões da saúde física, atendendo à coexistência da diversidade de factores que acompanham o processo de envelhecimento e o aparecimento da comorbidade associado a um aumento da vulnerabilidade na população idosa.

No quinto subcapítulo referimo-nos aos principais aspectos relacionados com as actividades de vida diária. Iniciamos com a referência à vulnerabilidade/fragilidade no idoso e o consequente risco de incapacidade e dificuldade no desempenho autónomo de certas actividades de vida diária instrumentais e físicas. Completamos com o enquadramento conceptual do modelo teórico do processo de declínio funcional e a possibilidade de intervenção para a avaliação da capacidade funcional do indivíduo idoso.

No sexto subcapítulo delimitamos a dimensão da necessidade de utilização de serviços. Faz-se referência a um modelo conceptual adequado para a compreensão dos factores determinantes da utilização de serviços de saúde pela população idosa.

O terceiro e último capítulo da Parte I, diz respeito à avaliação geriátrica multidimensional. Iniciamos com uma breve abordagem ao seu aparecimento e desenvolvimento tendo em conta os trabalhos desenvolvidos no âmbito da qualidade de vida do idoso. Finalizamos com menção às diferentes intervenções que abrange e que permitem a avaliação das diferentes áreas funcionais tendo em conta as necessidades sentidas da utilização de serviços pelos idosos.

1. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

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

A actual estrutura demográfica da Europa caracteriza-se por dois factores que concorrem para um progressivo envelhecimento da sua população: o declínio da fertilidade (com taxas abaixo de valores que permitem a substituição de gerações) e o aumento da esperança de vida. A juntar a estes factos verifica-se o aproximar da entrada na população idosa da cohorte nascida após a II Guerra Mundial, que pela sua importância numérica ficou conhecida como geração do “baby boom” (Walker, 2005).

Avanços na prática clínica, modificações nas políticas de saúde pública, valorização da medicina preventiva e melhoria das condições sociais e económicas, têm vindo a contribuir para o progressivo aumento da longevidade, com implicações sociais e económicas.

Ao crescimento, em números absolutos e percentuais, do grupo de idosos está associado um aumento das doenças crónicas e incapacidades, com consequente crescimento da procura de cuidados de saúde e sociais.

Nas quatro décadas seguintes a 1960 o grupo etário de 65 e mais anos passou de 11 para 16 por cento do total da população da União Europeia. Este processo de evolução da estrutura populacional continuará no mesmo sentido, sendo esperado que entre 2005 e 2020 esse mesmo grupo aumentará para 22 por cento. A proporção entre mulheres e homens manterá o *ratio*, já hoje aproximado, de três para dois. Em países como a Irlanda, Luxemburgo, Holanda e Finlândia a proporção de idosos ultrapassará os 30 por cento, enquanto na Bélgica, Reino Unido, Espanha e Portugal ficará abaixo dos 20 por cento. Particular atenção merecem os muito idosos, aqueles com 80 e mais anos, que nos próximos 15 anos representarão cerca de 50 por cento (European Commission, 2003) do total de idosos, com um predomínio das mulheres, num ratio superior a dois para um. Estes valores, associados a maiores incapacidades e consequente aumento da procura de serviços sociais e de saúde representarão um desafio em termos de resposta a essas necessidades.

A preocupação com este fenómeno tem levado à procura de respostas que permitem manter e prolongar a qualidade de vida deste grupo populacional. O interesse pela qualidade de vida no processo de envelhecimento, e a procura da manutenção da independência nos idosos tem, como base principal a preocupação na redução de gastos públicos, que se prevêem crescentes, com pensões e serviços, respondendo, ainda, às expectativas da sociedade de se manter e prolongar uma vida activa comprimindo a morbilidade e incapacidade num curto período do final da vida (Bowling, 2005).

Existe a nível internacional, mais concretamente nos países ocidentais, grande dificuldade na afectação de recursos financeiros para responder às necessidades de cuidados resultantes do envelhecimento populacional. Este problema é comum a todos os países e centra-se no esforço de conciliar a resposta às necessidades dos idosos a nível individual mantendo a responsabilidade social pela justiça distributiva (Thorsell, Nordström, Nyberg & Sivberg, 2006).

As necessidades de cuidados dos idosos encontram, frequentemente, como primeira abordagem, respostas institucionais. Mas este tipo de resposta, retirando do seu contexto social e da sua residência, pessoas que aí pretendiam permanecer, acarreta, para além de custos humanos e sociais, custos financeiros para o próprio e para a sociedade. Existirão, assim, forças económicas e humanitárias trabalhando no sentido de tornar os cuidados e serviços prestados na comunidade e no local de residência dos idosos, como a alternativa de menores custos (Cox, 2005).

Como resposta a esta situação os prestadores de cuidados, em diferentes áreas têm procurado avaliar sistematicamente os aspectos de saúde e sociais, como forma de definirem objectivos específicos de cuidados e implementarem as mais efectivas intervenções (Sousa, Magalhães & Teixeira-Salmela, 2006). Prova desta preocupação tem sido a introdução e utilização na prática clínica do conceito de escalas de medida, abandonando avaliações subjectivas baseadas em julgamentos individuais.

Neste cenário de transição demográfica, com implicações em todas as áreas da vida social, mas em que ao mesmo tempo parece assumir-se como dever ético reduzir as desigualdades de acesso a bens e serviços, procuramos contribuir para o conhecimento da população idosa colaborando no esforço de adequar as respostas de cuidados e serviços às suas necessidades e expectativas.

O aumento da esperança de vida é um resultado de sucesso com implicações na prestação de cuidados que mantenham a saúde e diminuam incapacidades (McMurdo, 2000).

Em 1982 ocorreu a primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento, em Viena, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) e ao tempo já se reflectia sobre a preocupação da conjunção entre os dados demográficos referentes à diminuição da taxa de nascimentos com o aumento da taxa da esperança de vida ao nascer que se traduzia na mudança em termos da pirâmide demográfica dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Bosch, 2002).

A segunda Assembleia, sobre o mesmo tema, que decorreu no ano de 2002, em Madrid, sublinhou o facto do aumento do número de idosos de 600 milhões para quase 2 biliões até 2050. As implicações demográficas serão de que, pela primeira vez, haverá mais pessoas idosas com idade superior a 60 anos do que jovens com 15 anos e 80% dos idosos estarão em países desenvolvidos. As consequências sociais e políticos reflectir-se-ão, no aumento nos gastos por pessoa por ano. Neste sentido, sem a mudança das prioridades e estrutura do actual sistema de saúde, a probabilidade é de que os custos totais com a saúde dos idosos cresçam rapidamente (Bosch, 2002).

O relatório sobre o estado da população idosa realizado em 32 países avança com três mensagens chave para os políticos responsáveis pela saúde: "direitos iguais para os cidadãos idosos, uma partilha adequada dos recursos nacionais e internacionais e a inclusão nas tomadas de decisão e na sociedade civil" (Ashraf, 2002, p. 1321).

Neste sentido, é de salientar o que é referido no programa da Organização Mundial de Saúde sobre o ciclo de vida e o envelhecimento, em que se sublinha que a incapacidade e saúde fragilizada – muitas vezes associadas à idade avançada – são as situações que mais penalizam os custos em cuidados de saúde. A manutenção da saúde na população idosa poupa recursos económicos que podem ser utilizados para outras necessidades. Deste modo, a promoção do envelhecimento saudável deve ser a componente central do desenvolvimento das políticas de saúde (Ashraf, 2002).

Tonks (1999) reflecte sobre a importância da mudança de mentalidades especialmente no sector da medicina no que diz respeito aos idosos, com a finalidade de acabar com a discriminação deste grupo etário. Sugere medidas, a terem início nos métodos modernos de ensino onde os jovens estudantes da área da saúde se entusiasmem com os problemas dos idosos, bem como outras que dizem respeito à passagem por um estágio de especialidade geriátrica. Reflecte também questões sobre recursos económicos e gastos com a saúde dos idosos com especial pertinência para o encontrar de consensos no que respeita à questão delicada que afecta muitos idosos sem recursos económicos de forma a evitar a discriminação etária na sociedade actual.

O declínio funcional é comum nas pessoas idosas, surgindo aproximadamente em 12% dos idosos com idade superior ou igual a 75 anos. Também o risco de mortalidade neste grupo é triplo. Com o declínio funcional a qualidade de vida é reduzida sendo também responsável por uma grande porção de gastos em cuidados de saúde. Apenas um terço dos idosos com declínio funcional recuperarão a sua autonomia perdida, o que justifica a sua avaliação, tratamento e programas de reabilitação. Uma abordagem preventiva baseada no rastreio daqueles que estão em risco, em conjunto com intervenções precoces deveria prevenir e atrasar o aparecimento do declínio funcional bem como reduzir as suas consequências. Estratégias efectivas para a prevenção e reabilitação do declínio funcional ajudarão a diminuir a incidência e agravamento das incapacidades e reduzirão o período de dependência próximo do fim da vida. Estes são os pré-requisitos absolutos para controlar os gastos em saúde e sociais e, de maior importância, para alcançar uma idade avançada saudável e independente (Hébert, 1997).

O panorama para Portugal também apresenta o mesmo cenário. Segundo os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 1999), entre 1960 e 1998 o envelhecimento da população portuguesa traduziu-se num decréscimo de 35,1% na população jovem (entre os 0 e os 14 anos) e um incremento de 114,4% da população idosa (65 anos ou mais). De salientar que o crescimento não é homogéneo dentro da própria população idosa, pois é o grupo dos 75 e mais anos que cresce a um ritmo mais acelerado. Deste modo, em 1998 existiriam perto de 600 milhares de pessoas com 75 ou mais anos e cerca de 1.500 milhares com 65 anos ou mais.

As projecções da população, assentes numa ligeira diminuição da fecundidade, num aumento moderado da esperança de vida e com um saldo migratório positivo, indiciam uma estrutura etária envelhecida. Os idosos não cessarão de aumentar em valor absoluto e em importância relativa, estimando-se que ultrapassem os jovens entre os anos 2010 e 2015. A carga dos idosos atingirá os 18,1% em 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para os 16,1%. Paralelamente assistir-se-á ao aumento da proporção da população com 75 anos ou mais que se elevará a 7,7% em 2020 (em 1995 era de 5,6%).

Tal como sucede na generalidade dos países a população idosa tem, igualmente, em Portugal um rosto feminino. As estimativas de 1998 do INE indicavam que na população com 65 ou mais anos (total: 1.519.000), 59,1% eram mulheres (homens: 621.860; mulheres: 897.150). A esperança de vida no sexo feminino é superior, vivendo as mulheres com 65 anos em média mais 3 anos e meio que os homens.

2. DETERMINANTES NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Conhecer e compreender o papel dos determinantes para a utilização de serviços torna--se importante pelo aumento do número de idosos na população e pela necessidade de orientar políticas que permitam a manutenção nas suas residências, actuando nos preditores passíveis de intervenção.

Na revisão da literatura dá-se conta de duas correntes de teorização à volta do processo de envelhecimento. A primeira defende que o envelhecimento corresponde a um processo de declínio, vulnerabilidade, fraqueza e ocorrência de doença; a segunda argumenta que o processo de envelhecimento deve ser compreendido como um processo de desenvolvimento contínuo do indivíduo.

O processo de envelhecimento é inevitavelmente delimitado à idade cronológica, e às condições ambientais onde o(s) indivíduo(s) vive(m) (Birren, 1985). A dinâmica subjacente a este conceito está no movimento de um estádio anterior para o seguinte e pode ser compreendida em diferentes perspectivas.

Tendo em linha de conta a primeira corrente, Birren e Schroots (2001), entendem o envelhecer como um processo segundo o qual um organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e transforma-se fisicamente. Deste processo decorre a senescência, da qual resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte. Segundo esta óptica, o envelhecimento traduz-se por uma diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida, sendo estas, em parte, geneticamente determinadas, mas substancialmente influenciadas pelas condições de vida e ambiente.

De acordo com a segunda corrente, acima mencionada, Schulz e Heckhausen (1996), identificam o envelhecimento tendo em conta o pressuposto do processo de envelhecimento como um processo normal e não sob a óptica de um “modelo de doença”. Definem o envelhecimento saudável como o processo de envelhecimento que se desenvolve com sucesso. Descrevem este processo dentro da estrutura do curso do desenvolvimento da vida, perspectivando, juntamente com outros autores, o conceito de envelhecimento saudável como um processo de diminuição da morbilidade e um aumento na esperança de vida (Dychtwald, 1999; Ford et al., 2000; Bryant, Corbett & Kutner, 2001).

Para Paillat (1986) e Katz (2000), envelhecer, pressupõe um processo dinâmico, habitualmente lento e gradual, e variável de indivíduo para indivíduo.

Em continuidade com o processo biológico envelhecer integra o processo experiencial subjectivo, onde o indivíduo exerce a auto-regulação através de decisões e escolhas para a adaptação ao processo de envelhecimento. Interagindo com esta adaptação a dimensão social, a qual modela a situação vivencial das pessoas, tendo em conta a relação destas com o contexto social em que se encontram.

Costa (2002) sublinha o facto de que "embora o envelhecimento individual seja um fenómeno normal, natural, urge fazer a combinação Envelhecimento-Saúde, conscientes de que o indivíduo é demasiado complexo para ser reduzido a um quadro de indicadores de saúde" (p. 38).

Numa perspectiva mais abrangente, o envelhecimento saudável é entendido como a capacidade de continuar a funcionar física, mental, social e economicamente a par com o processo gradual de senescência do corpo (Hansen-Kyle, 2005). O envelhecimento saudável, como processo contínuo e dinâmico, tem sido definido tendo em conta as dimensões fisiológica, psicológica, social e cultural. Destas diferentes definições surgem perpectivas de abordagem de acordo com diversos focos: a perspectiva médica gerontológica, psicossocial e de enfermagem.

A investigação médica gerontológica no processo de envelhecimento saudável incide no declínio das capacidades e na capacidade de resposta às doenças crónicas que são comummente observadas na população idosa. A definição de envelhecimento saudável, nesta perspectiva, surge tendo por base a observação das mudanças fisiológicas (incluindo as neurofisiológicas) ao longo do tempo (Rowe & Kahn, 1987a, 1997b; Harris, Kovar, Suzman, Kleinman & Feldman, 1989; Bowling & Grund, 1997; Dychtwald, 1999; Gama et al., 2000; Morgan, Amstrong, Huppert, Bryane & Solomou, 2000; Thompson, Sierpina & Sierpina, 2001; Bell-McGinty, Podell, Franzen, Baird & Williams, 2002; Owsley, Sloane, McGwin & Ball, 2002; Gill, Allore, Hardy, Holford & Han, 2005).

Deste modo, segundo a perspectiva médica gerontológica, o processo de envelhecimento saudável é entendido sob a óptica de ausência de doenças crónicas, ou quando estas existam, na capacidade para ultrapassar as suas repercussões, ou a eliminação de factores de risco que possam conduzir ao seu aparecimento. Para ser bem sucedido no processo de envelhecimento saudável o indivíduo tem de manter adequados padrões de exercício físico, uma dieta adequada e um estilo de vida saudável (Fletcher, 1999; Ellingson & Conn, 2000).

Só muito recentemente a investigação médica gerontológica aprofundou o seu estudo tendo em conta a auto percepção dos idosos sobre o envelhecimento saudável. Destas investigações destacam-se como elementos de referência o facto dos idosos terem como entendimento de envelhecimento saudável a existência de recursos físicos, mentais, e financeiros para poderem gerir o seu dia-a-dia com significado, e o de se considerarem como seres humanos saudáveis e com vitalidade apesar da existência de doenças crónicas (Tyler & Schuller, 1991; Peake, 1998; Bryant et al., 2001; Roe, Whattam, Young & Dimond, 2001a, 2001b).

Na perspectiva psicossocial o envelhecimento saudável desenvolve-se com o ajustamento pessoal, autonomia, atitude, resiliência e um ambiente propício. De acordo com esta perspectiva, os termos saudável e bem sucedido são mutáveis de acordo com o modelo de relações existente entre os membros da sociedade e a relação destes com o contexto social em que as pessoas se encontram. Tyler e Schuller (1991) identificam o envelhecimento saudável como um processo aberto à mudança.

Enquanto Ford et al. (2000) incidiram o seu estudo na autonomia individual e relacionaram esta com a autonomia do manter-se saudável, e consequente envelhecimento saudável, outros autores constataram que a estabilidade mental, suporte social e interacção social, eram os elementos-chave para o envelhecimento saudável (Tirrito, Nathanson & Langer, 1996, Peake, 1989; Carpenter, Van Haitsma, Ruckdeschel, & Lawton, 2000). Acresce ainda que os ideais culturais e as expectativas face aos papéis sociais têm a sua parte no processo de envelhecimento saudável (Westerhoff, Katzko, Dittman-Kohli & Hayslip, 2001).

A investigação em enfermagem perspectivou o envelhecimento saudável tendo em conta o modelo médico e o psicossocial, no sentido de adequá-los ao paradigma do cuidar em enfermagem (Hansen-Kyle, 2005). Assim, na perspectiva da enfermagem e, tendo em conta os modelos de manutenção e promoção de saúde, o envelhecimento saudável compreende um adequado estado funcional, estruturas de suporte, ambiente propício, práticas de manutenção de saúde e bem-estar (Paier & Bowdish, 1995; Kresevic & Mezey, 1997; Ellingson & Conn, 2000; Congdon & Magilvy, 2001; Phillips, Brewer & Torres de Ardon, 2001).

Diversos factores estão associados com o processo de envelhecimento saudável. Estes factores estão divididos em três categorias: factores fisiológicos, factores de natureza cognitiva ou mental e factores de ordem social e ambiente envolvente.

A investigação relacionada com o estudo dos factores fisiológicos/físicos demonstrou que a capacidade física, a nutrição, e o estilo de vida são determinantes para o envelhecimento saudável (Harris et al., 1989; Guralnik & Kaplan, 1989; Bowling & Grund, 1997; Blain, Vuillemin, Teissier, Hanesse & Guillemin, 2000). A par com estes factores a genética, o exercício físico, e a ausência ou controle efectivo de doenças crónicas, joga, igualmente, um papel importante no envelhecimento saudável (Katz, 2000; Morgan et al., 2000).

Bowling e Grund (1997) sublinharam a importância da avaliação das actividades de vida diária nos idosos, como um meio rigoroso para determinar a saúde e o envelhecimento, indicando que a diminuição na capacidade de realizar estas tarefas diárias identifica os primeiros sinais de vulnerabilidade nos idosos. Contudo, a existência de diminuição da capacidade física em alguns idosos resulta compatível com a manutenção de vitalidade, estilo de vida activo sendo considerado o seu processo de envelhecimento saudável (Hansen-Kyle, 2005).

O envelhecimento saudável também está dependente dos factores cognitivos e mentais. O desenvolvimento das habilidades e capacidades mentais têm um papel importante no envelhecimento saudável. Estudos apontam para o facto de que a actividade mental mantém o indivíduo atento ao seu meio envolvente e saudável, em especial as suas habilidades cognitivas e de que o nível de educação e de conhecimento adquirido ao longo da vida apresentam uma correlação positiva com o processo de envelhecimento (Crabtree & Antrim, 1989; Barrett, 1993; Vaillant, 2002). Estes autores sublinham a importância de se incentivar os idosos a manterem uma interacção social activa para conservarem um elevado nível de integridade cognitivo.

Quanto à terceira categoria de factores que contribuem para o envelhecimento saudável, encontramos aqueles que estão relacionados com o apoio social. Neles se incluem as estruturas de suporte internas/informais e externas/formais. O meio ambiente, a família e a comunidade representam aspectos relevantes na promoção do envelhecimento saudável (Boyle & Counts, 1988; Beckingham & DuGas, 1993; Ebersole & Hess, 1994; Clark & Dellasega, 1998; Elovainio & Kivimaki, 2000; Lieberman, 2001; Siegal, 2001).

A visão que o idoso tem sobre o envelhecimento resulta do culminar das perspectivas sociais e culturais da sociedade de que faz parte. Se estes se mantêm activos e com sentimento de utilidade na comunidade, não se isolando no seu processo de envelhecimento, sentindo este processo como natural e fazendo parte da estrutura social na qual eles se inserem, este processo será bem sucedido. O apoio social tem aqui uma grande

influência na adaptação do idoso às limitações físicas e cognitivas (Miller, 1991; Farquahar, 1995; Buono, Urciulio & De Leo, 1998; Peake, 1998; Perrig-Chiello, Perrig & Stahelin, 1999; Carpenter et al., 2000; Bryant et al., 2001; Phillips et al., 2001; Roe et al., 2001a, 2001b).

Tendo em conta todos estes factores, e todos os aspectos relevantes identificados em estudos, sobre a influência destes no envelhecimento, Hansen-Kyle (2005, p.52) conceptualizou uma definição multidimensional sobre o envelhecimento saudável baseada nos antecedentes de adaptação, compensação e resiliência no idoso. Deste modo, o envelhecimento saudável é definido por esta autora como *"o processo de abrandamento físico e cognitivo que acontece enquanto ocorre uma adaptação resiliente e de compensação, de forma a optimizar as capacidades funcionais que permitam ao indivíduo participar em todas as áreas da sua vida (física, cognitiva, social, e espiritual)."*

Hansen-Kyle (2005) sublinha neste conceito a questão do declínio gradual e contínuo que ocorre ao longo do tempo de vida de uma pessoa. Realça como elementos-chave do equilíbrio entre os factores físicos, mentais e sociais, e as suas repercussões no processo de envelhecimento, a adaptação, a compensação e a resiliência do indivíduo. Daqui resulta um modelo que pretende mostrar as inter-relações entre os diferentes componentes, ao qual acrescentamos os factores determinantes como é ilustrado pela Figura 1.

Figura 1 – Modelo do processo de envelhecimento saudável e factores determinantes

Fonte: Adaptado de Hansen-Kyle (2005)

Os dois primeiros componentes conduzem à resiliência. Estes, no global, são os antecedentes do processo de envelhecimento saudável, que levam o indivíduo idoso a avaliar de forma independente e autónoma as suas capacidades físicas, cognitivas e o apoio social, de modo a compensá-las quando diminuídas, atingindo deste modo um envelhecimento bem sucedido.

Nesta perspectiva a adaptação refere-se à capacidade que uma pessoa tem para se redefinir em termos de independência e autonomia. Compensação é aqui entendida

como a capacidade do indivíduo modificar o seu estilo de vida de forma a se ajustar às alterações físicas que ocorreram.

A resiliência representa a capacidade de mudar, de voltar atrás, de se adaptar perante as diferentes situações ou circunstâncias de vida. Como sublinha Hansen-Kyle (2005) a resiliência é necessária para que ocorra um processo de envelhecimento saudável mas por si só não implica que seja como tal. A resiliência é patente nos idosos com doenças crónicas que se mantém autónomos no seu controle e com elevada auto-estima (Ebersole & Hess, 1994; Haight, Barba, Tesh & Courts, 2002; Schulz & Heckhausen, 1996; Vaillant, 2002).

A independência e autonomia referem-se à capacidade de se auto cuidar e de realizar actividades de vida diária de forma autónoma e independente (Guralnik & Kaplan, 1989; Bowling & Grund, 1997; Kresevic & Mezey, 1997; Golczewski, 1998; Gama et al., 2000).

A independência do indivíduo idoso reporta-se, igualmente, à manutenção da sua capacidade de tomada de decisão por si próprio, e pela sua vida, tendo em consideração o seu estilo de vida e necessidade de cuidados. Esta capacidade de autonomia está associada com o envelhecimento saudável (Schulz & Heckhausen, 1996; Tirrito et al., 1996; Perrig-Chiello et al., 1999; Carpenter et al., 2000; Lieberman, 2001; Roe et al., 2001a, 2001b).

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

Por último, o conceito de envelhecimento bem sucedido surge neste modelo como o esforço activo para atingir o objectivo específico de envelhecimento com saúde, e é consequência do processo de envelhecimento saudável. Reforçando esta noção Ford et al. (2000), referem-se ao envelhecimento bem sucedido como o alcançar do objectivo de manutenção da autonomia pessoal. Sendo este aspecto considerado crucial para os idosos, outras capacidades, físicas e sociais, eram referenciadas como secundárias à autonomia (Bowling & Grund, 1997; Golczewski, 1998; Rowe & Kahn, 1997b; Gama et al., 2000; Cassel, 2001; Bowling, 2005).

Esta definição de envelhecimento saudável permite ao enfermeiro, ou a outro técnico de saúde, não só compreender os factores condicionantes do estado de saúde nas diferentes dimensões física, psicológica, social, cultural e individual; mas também planear e promover actividades que se direccionem para a manutenção da saúde em idosos residentes na comunidade.

Nesta perspectiva, abordamos de seguida as diferentes dimensões: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária que condicionam per si e no seu conjunto a funcionalidade no dia-a-dia do idoso à utilização de serviços.

Para cada uma delas são discutidos os modelos conceptuais que subjazem à respectiva medição, assim como alguns resultados que a relacionam com as características pessoais dos indivíduos.

2.1. RECURSOS SOCIAIS

Na actualidade assiste-se a uma melhoria das condições de vida na sociedade em geral, e no grupo de idosos em particular. Contudo, apesar da maioria das pessoas idosas ser saudável e independente, com o avançar da idade aumenta a probabilidade de se desenvolverem, em simultâneo, diversas patologias, crónicas e degenerativas, que se potenciam entre si, dando origem, com o passar do tempo, à instalação de alguma dependência de ordem física, mental ou social.

As tendências de saúde relativas ao grupo populacional com crescimento mais rápido (os idosos mais velhos) têm recebido particular atenção devido ao aumento dos custos com a saúde. Parker e Thorslund (2007) deram conta de que apesar das avaliações de incapacidade frequentemente revelarem melhorias, existe contudo, em simultâneo, um aumento do número de doenças crónicas e incapacidades funcionais, consideradas no âmbito da componente saúde, e que provocam aumento na procura de recursos na área de cuidados de saúde. Isto é, a acompanhar a redução da incapacidade está a expansão de outros problemas de saúde. Por conseguinte, o conceito da morbilidade em geral não é suficiente quando se discutem as tendências de saúde e a necessidade de serviços de saúde na população idosa.

Estes autores salientam que esta situação se torna generalizada nos países ocidentais. A prevalência de doenças crónicas, e as limitações funcionais, estão em expansão ao mesmo tempo que a invalidez/incapacidade está a diminuir, o que sugere necessidade de mudança de estratégia na disponibilidade de recursos para a saúde. As limitações funcionais implicam medidas de reabilitação e compensatórias enquanto a incapacidade entre os idosos frequentemente requer necessidades de serviços sociais e/ou de cuidados continuados (*long-term care*). A título de exemplo, a projecção demográfica realizada na Suécia, com um cenário optimista, aponta para um aumento de 25% das necessidades em cuidados de saúde continuados no grupo de população idosa mais velha entre o período de 2000 a 2030 (Lagergren, 2005). Estes resultados apontam para que num futuro próximo a necessidade de cuidados de saúde seja maior do que a estimada simplesmente pelas extrapolações demográficas (Parker & Thorslund, 2007).

Neste contexto é de suma importância uma intervenção integrada de vários sectores da sociedade, entre os quais se salienta o papel dos serviços de saúde como promotores do desenvolvimento de parcerias potenciadoras da sua abrangência. Este ponto exige o aumento da proporção de idosos dependentes que usufruam de apoio domiciliário integrado e uma medicina familiar de qualidade, como a forma mais adequada para responder à diversidade dos seus problemas, assim como promover o desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados integrados na área de reabilitação.

A revisão da literatura dá conta da associação entre o envelhecimento e um certo grau de vulnerabilidade, que se apresenta como um sistema complexo de deterioração das capacidades funcionais.

A sobrevivência na velhice avançada implica a existência de factores relativamente favoráveis ao estado de saúde e qualidade de vida na fase inicial do envelhecimento. Entre outros salientam-se: estado marital, género, agregado familiar e seu tamanho, grau de instrução e recursos económicos. Estes factores reflectem o contexto social das pessoas e, em conjunto, podem ser parcialmente considerados preditores de risco de vulnerabilidade nos idosos (Frankish, Milligan & Reid, 1998; Manor, Eisenbach, Israeli & Freidlander, 2000; Pizzetti, Manfredini & Lucchetti, 2005).

A literatura sugere que o papel das relações sociais no processo de incapacidade é complexo e que uma melhor compreensão desse papel requer atenção específica às várias facetas que caracterizam essas relações. Importa distinguir (Mendes de Leon, Gold, Glass, Kaplan & George, 2001) dois componentes das relações sociais: o estrutural, relativo às características da rede social como o número e frequência de contactos;

e o funcional, relativo à actual troca de recursos entre elementos da rede ou apoio social. Assim, apoio social, refere-se apenas aos aspectos funcionais das relações sociais.

Os aspectos sociais (recursos sociais e económicos) têm implicações no estado de saúde e o seu impacto, ainda que indirecto, na saúde mental e física, aponta para que o seu estudo não seja desligado destas componentes. A evidência dos efeitos, sobre a saúde, da funcionalidade social e dos recursos sociais são escassos, raramente avaliados e ainda pouco compreendidos (Thomson et al., 2004).

As determinantes sociais que estão associadas a esta vulnerabilidade foram estudadas por Woo, Goggins, Sham e Ho (2005), observando-se o aumento dessa vulnerabilidade nos homens que não tinham ocupação dos tempos de lazer, com abstinência alcoólica, sem prática de exercício físico, com poucos familiares ou vizinhos e sem a prática frequente de actividades de ajuda aos outros membros da comunidade. Quanto às mulheres foi referido o pouco ou nenhum contacto com familiares (em vez do número de familiares) e a ausência de participação em actividades religiosas ou comunitárias.

O agregado familiar representa um cenário importante para o desenvolvimento das relações sociais e para o papel social de todos os envolvidos e em especial para os idosos, e a sua composição tem uma forte associação com o estado de saúde destes (Pizzetti et al., 2005).

Estudos realizados em idosos casados ou com relação marital estável observaram que estes tinham um risco de mortalidade mais baixo do que aqueles que não o eram devido ao seu estilo de vida mais saudável, maior suporte emocional, moral e social, recursos económicos mais elevados assim como uma integração mais elevada na sociedade (Kallan, 1997; Jonhson, Backlund, Sorlie & Loveness, 2000; Manor et al., 2000; Wu & Hart, 2002; Pizzetti et al., 2005).

Ao contrário, foi verificado elevadas taxas de mortalidade entre as pessoas viúvas do que nas pessoas casadas em estudos desenvolvidos em países com elevada média de esperança de vida (Bowling, 1987; Martikainen & Valkonen, 1996; Manor & Eisenbach, 2003). Apontando-se como factores desse aumento da taxa de mortalidade, a alteração do estado económico e a influência do luto no estado de saúde do elemento do casal sobrevivente. Outros estudos revelaram que a taxa de mortalidade era mais elevada nos homens idosos viúvos do que nas mulheres idosas viúvas, estabelecendo uma relação com maior stress psicológico e situação de maior vulnerabilidade (Bowling, 1987; Martikainen & Valkonen, 1996; Chipperfield & Havens, 2001; Mineau, Smith & Bean, 1997; van den Brink et al., 2004; Pizzetti et al., 2005).

Decorrente desta problemática existe, actualmente, um consenso de que a qualidade de cuidados ao idoso com vulnerabilidade deve ser definida em termos dos cuidados centrados no doente e na família. O envolvimento dos membros da família é crucial pois é sobre estes que recai o apoio emocional e físico e a assistência na procura e na recepção de cuidados de saúde. Os cuidadores informais estão numa posição privilegiada para avaliar esses cuidados mas também estão sujeitos a uma carga emocional ao cuidar dos seus idosos no dia-a-dia. Rose et al. (2007) avaliaram essa carga emocional nos cuidadores informais de idosos vulneráveis a residirem na comunidade e destacam a necessidade destes cuidadores em serem ajudados a manterem a sua saúde física e mental pela equipa de cuidados de saúde primários numa perspectiva de continuidade de cuidados.

A rede social de apoio do idoso tende a variar em número e composição ao longo do tempo. Vários estudos apontam para a associação entre a rede social de apoio e o estado de saúde física e mental do indivíduo (Litwin, 1998; Litwin, 2001; Melchior, Berkman, Niedhammer, Chea & Goldberg, 2003; Fiori, Antonucci & Cortina, 2006; Shaw, Krause, Liang & Bennett, 2007), reduzindo a mortalidade (Walter-Ginzburg, Blumstein, Chetrit & Modan, 2002), uma vez que esta variável entre outras tem um factor protector na sobrevivência do indivíduo (Bisschop et al, 2003; Keller, Magnuson, Cernin, Stoner & Potter, 2003; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006) e na utilização de serviços de saúde e sociais (Wenger, 1997; Litwin, 2004).

Neste sentido, a estrutura da rede social e o apoio que esta proporciona correlaciona-se com diversos aspectos do estado de saúde. Estudos de diferentes contextos culturais, dão-nos a indicação, de que ter uma rede sólida de amigos está associada a uma adequada auto-percepção de saúde (Zunzunegui et al., 2004), e de que a existência de uma forte rede social reduz o risco de desenvolver incapacidades (Avlund, Lund, Holstein & Due, 2004).

Outros estudos também mostram as variações significativas como os diferentes grupos culturais utilizam a rede social para melhorar a saúde e prolongar a qualidade de vida. Assim, por exemplo para os idosos americanos o estatuto marital e a participação em organizações formais e de voluntariado são preditivas de longevidade. Contudo, para os suecos o principal factor preditivo é o contacto de proximidade com os filhos (Eriksson, Hessler, Sundh & Steen 1999). No estudo desenvolvido em Israel constatou-se que os idosos com um sentimento de integração na comunidade onde residem (isto é sentirem-se num clã) bem como com o apoio de amigos apresentavam menor risco de

mortalidade comparado com aqueles que tinham uma rede social mais restrita (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006).

Um estudo prospectivo dinamarquês realizado a idosos gémeos com 75 anos de idade confirmou a relação entre o efeito dos laços sociais e a mortalidade com o controlo da variável de auto percepção de saúde. No grupo masculino aqueles que tinham o apoio da esposa/companheira eram os que apresentavam maior taxa de sobrevivência. Nas mulheres a sobrevivência associava-se mais à frequência de interacção com o grupo de amigos. Um estudo similar foi realizado na Suíça, tendo-se verificado que a presença de esposa não estava tão associada à sobrevivência do indivíduo idoso mas mais relacionado com a presença de irmãos e amigos próximos. Este estudo também sublinhou a importância maior do laço social do que da frequência de contacto social como efeito protector das relações sociais significativas nos idosos (Guilley et al., 2005).

A população idosa é predominantemente feminina (as tendências demográficas assim o comprovam, com a maior esperança de vida associada ao sexo feminino) estando por isso mais sujeitas a enfrentar problemas de saúde sem a ajuda do seu cônjuge (Grunfeld, Glosop, McDowell & Danbrook, 1997).

De acordo com um estudo sobre as condições do agregado familiar e sua relação com a mortalidade nos idosos realizado em Parma, Itália, conduzido por Pizzetti et al. (2005) a partir da população residente na referida localidade (constituída por 57.830 de idosos com idade igual ou superior a 65 anos) constatou-se, à semelhança doutros países ocidentais com condições socioeconómicas idênticas, que as mulheres idosas, tendencialmente, viviam mais tempo sozinhas do que os homens idosos, tendo em conta a sua maior longevidade. Somente 10% dos homens idosos residiam sozinhos, comparados com 32% para as mulheres idosas. Verificaram que as mulheres com idade superior a 80 anos e que viviam sozinhas experienciavam uma baixa de mortalidade relativamente àquelas que viviam com o marido. Estes autores também constataram a partir da análise de regressão, que os resultados sugerem que estar casado providencia um papel protector somente para os homens contra a mortalidade na idade avançada. Este papel não se verificou para as mulheres idosas casadas pela possibilidade de não terem tempo para cuidarem delas próprias em detrimento de outros familiares que têm a seu cargo para cuidarem, revelando maiores níveis de stresse de coabitação em termos emocionais, sociais e económicos ao contrário das mulheres que vivem sozinhas.

De forma mais abrangente verificou-se que a qualidade de vida de idosos com idades compreendidas entre os 75-99 anos era mais elevada nos idosos que viviam em suas

casas, acompanhados, e que estes apresentavam poucas queixas relativamente àqueles que conseguiam viver sozinhos (Hellström & Hallberg, 2004).

Outra situação diz respeito à importância do ambiente de casa, e o meio que a rodeia, enquanto espaços mais comuns para os idosos, onde estes desenvolvem as suas actividades diárias, e onde gastam a maior parte do seu tempo, criando igualmente um significado importante no processo de envelhecimento do indivíduo (Rubinstein & De Medeiros, 2004). Na investigação relacionada com a habitação e o envelhecimento são comuns conceitos como a acessibilidade, utilidade e o significado afectivo da casa/habitação. A acessibilidade é entendida como a relação entre a capacidade funcional da pessoa e a prevalência de barreiras físicas no meio envolvente doméstico (Iwarsson & Ståhl, 2003). A utilidade compreende a noção da relação entre o desempenho das actividades da pessoa e as condições habitacionais para as realizar, este conceito é baseado na percepção individual (Fänge & Iwarsson, 2003). Quanto ao significado da casa este envolve um conjunto de valores, objectivos, emoções que uma pessoa desenvolve como ligação à sua casa e que a transformam num espaço social e físico afectivamente significativo para esta (Altman & Low, 1992; Rowles & Watkins, 2003).

A habitação representa para os idosos a identificação do seu espaço de independência, de um contexto de relações sociais que lhes são significativas no seu percurso de vida tendo um significado de envolvência emocional e de bem-estar.

As condições habitacionais são reconhecidas como determinantes para a saúde dos indivíduos em geral, e dos idosos em particular, pois o estado de saúde dos idosos pode ser afectado pela falta de condições habitacionais (Fear et al., 2004).

À medida que as pessoas envelhecem as suas casas e o meio que a rodeia tornam-se mais significativos para estas criando laços afectivos e em consequência, envelhecer no seu espaço habitacional prevenindo o internamento em instituições é uma das maiores necessidades dos idosos e das suas famílias (Gitlin, 2003). Por outro lado, o sentimento de pertença, de ter algo como a sua casa, é importante para os idosos e quando estes têm descendentes é uma forma de deixar uma herança e de ter recursos para assegurar e financiar os últimos anos de suas vidas (Fisher, Johnson, Marchand, Smeeding & Torrey, 2007).

A importância do meio envolvente doméstico (ambiente de casa) para um envelhecimento saudável foi estudada num projecto europeu com a designação de *"Enabling Autonomy, Participation, and Well-being in Old Age: The Home Environment as a Determinant for Healthy Aging"* (ENABLE-AGE) (Iwarsson et al., 2007). Foi realizado em

cinco países europeus (Alemanha, Hungria, Inglaterra, Letónia, Suécia), com uma amostra de 1.918 idosos com idades compreendidas entre os 75 e os 89 anos. Foram avaliados problemas relacionados com a acessibilidade, barreiras do meio envolvente, e ainda a percepção sobre a habitação, significado da casa e satisfação com a habitação. Como principais resultados destacaram a magnitude de problemas relacionados com a acessibilidade, em vez do número de barreiras físicas do meio envolvente, como associado com os aspectos percepcionados com as actividades realizadas no dia-a-dia na habitação. Isto é, os idosos que vivem em habitações com maiores acessibilidades percepcionam as suas casas como mais utilitárias e significativas em relação às suas rotinas quotidianas, estando menos dependentes de factores externos em relação à sua habitação. Os padrões dessas relações foram similares nas amostras dos cinco países.

As condições habitacionais foram relacionadas com a associação de défices na performance das actividades de vida diária, demonstrando que elevada dependência na realização das actividades diárias estavam também significativamente relacionadas com a baixa acessibilidade da casa (por exemplo com barreiras físicas) elucidando para a importância da relação entre o ambiente de casa e a autonomia e independência do idoso (Olbrich & Diegritz, 1995; Iwarsson & Ståhl, 2003; Iwarsson, 2005).

Um estudo de Hellström, Persson e Hallberg (2004) efectuado com 1.248 idosos (448 com ajuda e 793 sem ajuda) que residiam em casa própria, com a finalidade de avaliar a qualidade de vida e a presença de sintomas de doenças confirmou estes dados. Neste estudo destacam-se como principais resultados as seguintes características preditoras de baixo nível de qualidade de vida do grupo que recebeu ajuda: idades mais avançadas; maior percentagem de mulheres; eram mais as pessoas viúvas vivendo sozinhas; tinham mais filhos; apresentavam um número elevado de sintomas relacionados com doenças; e uma maior incapacidade para permanecer sozinhos em casa. O sentimento de solidão, disposição depressiva e dores abdominais foram relatados em ambos os grupos e relacionados com valores mais baixos de qualidade de vida. O viver sozinho, o não conseguir estar em casa sozinho sem ter ajuda, e a fadiga foram também factores preditores de baixo nível de qualidade de vida entre aqueles que receberam ajuda. A dificuldade em dormir e presença de sintomas de doenças surgiram naqueles que não dispunham de ajuda.

Os recursos da rede social têm um impacto positivo nas diferentes dimensões relativas ao bem-estar geral, à saúde e desenvolvimento social e económico deste grupo na comunidade (Bouchard, Gilbert, Landry & Deveau, 2006). Os laços sociais promovidos

por essa rede proporcionam aos idosos um suporte social, cognitivo e emocional que lhes é favorável na manutenção da sua auto-estima e sentido de desenvolvimento pessoal.

O apoio social de amigos, resultante em apoio emocional e instrumental, tem benefícios na saúde mental dos idosos, apresentando estes maior satisfação na qualidade de vida e um maior auto domínio (Okabayashi, Mizuno & Kobori, 2004). A percepção deste apoio social, (Lyles, King, Given & Given, 1990), é ainda influenciada pelo contacto telefónico dos familiares e amigos, e a frequência semanal das suas visitas.

Béland, Zunzunegui, Alvarado, Otero e Ser (2005) estudaram a influência das relações sociais na trajectória do declínio cognitivo no idoso e constataram que a integração social com a realização de actividades lúdicas na comunidade, manutenção de laços familiares com consequente manutenção de convívio familiar, se correlacionava positivamente com o retardamento desse declínio. Evidenciaram que para o grupo feminino a presença de amigos também era importante e significativa.

As actividades sociais e lúdicas nos idosos que se encontram isolados na comunidade aumentam a sua actividade cognitiva, assim como o sentimento de auto-estima, de identidade de grupo, e de bem-estar psíquico e físico, apesar das limitações funcionais, diminuindo os sintomas de vulnerabilidade emocional e de depressão (Greaves & Farbus, 2006).

Similar a este estudo, Cohen et al. (2006) desenvolveram um projecto com um programa cultural com actividades físicas, sociais e mentais a um grupo de idosos, com idade igual ou superior a 65 anos. Os resultados evidenciaram efeitos positivos no grupo, desde a melhoria na condição física, diminuição na necessidade de consultas médicas, diminuição de medicação, redução de quedas, diminuição do isolamento social e elevação do estado geral dos idosos.

No contexto do apoio social, o apoio dos vizinhos é referenciado como elemento protector entre os idosos sugerindo que o efeito da proximidade entre estes se reflecte positivamente no seu estado de saúde (Subramanian, Kubzansky, Berkman, Fay & Kawachi, 2006).

O contexto socioeconómico de vizinhança influencia a saúde em geral, e a função cognitiva em particular. Para os idosos, em especial devido às circunstâncias naturais que envolvem o processo de envelhecimento, as condições do espaço ambiental e de vizinhança têm um impacto maior pois estes estão mais susceptíveis e potencialmente limitados nas suas capacidades funcionais que ameaçam a sua autonomia. Desta forma

num estudo desenvolvido para verificar a relação entre função cognitiva e influencia do espaço de vizinhança nos idosos constatou-se que os idosos que vivem em zonas residências com baixo nível educacional têm um menor desempenho cognitivo do que aqueles que habitam em áreas residenciais com alto nível de educação (Wight et al., 2006).

A coesão social existente entre vizinhos pode ser observada como efeito modificador entre saúde mental do indivíduo e a perda de recursos de acessibilidade da área de residência. Isto é, áreas de residência com elevado número de pessoas com incapacidades terão menores níveis de coesão social, devidas às dificuldades de envolvimento social resultantes das doenças crónicas e incapacitantes, e este efeito tem maiores repercussões nos grupos de pessoas idosas mais velhas, nomeadamente no seu estado de saúde mental (Fone, Lloyd & Dunstan, 2007).

Outros estudos sugerem a modesta correlação entre os efeitos contextuais do meio socioeconómico da zona de residência nos resultados de saúde na população idosa (Cagney, Browning & Wen, 2005), na função cognitiva (Wight et al., 2006) e na função física (Balfour & Kaplan, 2002).

No que diz respeito ao efeito da vizinhança na depressão nos idosos, o estudo de Aneshensel et al. (2007) aponta noutra direcção, demonstrando que a estabilidade residencial urbana pode não ser benéfica para os idosos residentes sugerindo que a presença de sintomas depressivos está relacionada com esta variável, especialmente nas zonas residenciais sobrepovoadas das áreas suburbanas.

As características das zonas residenciais com pobres recursos socioeconómicos estão associadas a fraco estado de saúde, declínio funcional, e elevada incidência e prevalência de condições crónicas tais como a diabetes, doenças cardiovasculares e cancro (Yen & Kaplan, 1999; Balfour & Kaplan, 2002; Winkleby & Cubbin, 2003; Morenoff & Lynch, 2004; Brown, Ang & Pebley, 2007).

As zonas residenciais com pobre qualidade de habitação, transportes públicos limitados, baixa coesão e apoio social, reflecte um meio envolvente e social de pobre qualidade que contribui no seu todo para um estado de saúde baixo, em especial na população residente idosa (Macintyre, Maciver & Sooman, 1993; Steptoe & Feldman, 2001; Roberts, 2006; Brown et al., 2007).

Outras situações reportam-se às características das áreas locais de residência, tais como disponibilidade e acessibilidade limitadas aos serviços de saúde, agentes ambientais

agressivos, privação de infra-estruturas, e interacções sociais que não promovem estilos de vida saudáveis (Diez-Roux, 1998; Ellen, Mijanovich & Dillman, 2001; Picket & Pearl, 2001; Brown et al., 2007).

A exclusão social na velhice é também determinada por acontecimentos do percurso de vida como a viuvez, o ajustamento resultante de ter de viver sozinho e a perda de familiares, amigos e vizinhos. Outros acontecimentos como as rupturas nos relacionamentos familiares, a instalação de doenças crónicas, a saída do mercado de trabalho, também são relevantes (Scharf, Philipson & Smith, 2005). Segundo Jonhson (2002) o tipo de estrutura familiar, ambiente familiar de proximidade e as relações sociais, têm uma significativa influência na manutenção do bem-estar dos idosos.

A relação entre fraca qualidade de vida e exclusão social (onde se inclui o abuso/ /maus-tratos a idosos) foi moderadamente associada a baixos recursos económicos e pobres condições de vizinhança. Para aqueles que relataram boa qualidade de vida, a capacidade de se manter independente na realização das actividades de vida diária, quer nas instrumentais quer nas físicas era de suma importância (Scharf et al., 2005).

O abuso/ maus-tratos a idosos é um fenómeno complexo que diz respeito à saúde pública. Estima-se que cerca de 700 a 1.2 milhões de idosos nos Estados Unidos da América são vítimas de abuso/ maus-tratos e abandono, e que só 1 em cada 10 casos é que são identificados (Fulmer, 2003).

Em termos do seu conceito não existe uma uniformização na literatura. Contudo, Neno e Neno (2005) apontam a possibilidade de abuso no idoso, vulnerável, quando este necessite ou venha a necessitar de cuidados da comunidade por motivos de incapacidade mental ou outra, doença ou idade avançada e que esteja ou venha a estar incapacitado para cuidar de si próprio. Eastman e Harris (2004) delimitam o conceito de abuso/ maus-tratos no idoso no contexto de cidadania, onde os idosos deveriam ser vistos como elementos activos da sociedade em vez de elementos frágeis e passivos, onde a existência de abuso é vista como uma violação dos seus direitos como cidadãos.

O Movimento associativo *"Action on Elder Abuse"* (AEA), citado por Neno e Neno (2005, p.43) definiu, já em 1993, a situação de abuso ao idoso como *"um acto isolado ou repetido ou falta de acção apropriada que ocorra em qualquer relação que pressuponha expectativa de confiança mútua, e que conduza a efeitos nefastos ou indutores de angústia, sofrimento e até de perigo de vida na pessoa idosa"*. Apesar dos sinais mais evidentes de abuso se reportarem aos aspectos físicos, os mesmos autores apontam cinco categorias de abuso: físico (maus tratos físicos com acções agressivas como bater,

espancar, queimar, e administração de medicação excessiva ou não administração de medicação); psicológico (acções que envolvam um discurso de ameaça, culpabilização, amedrontamento, de humilhação e de ignorar a pessoa); financeiro (a utilização ilegal e não autorizada de propriedades da pessoa, do seu dinheiro, pensão social ou outros valores); sexual (acções que forcem a pessoa a tomar parte de actividades sexuais sem o seu consentimento e vontade); negligência (acções de descuido, com privação de alimentação, de cuidados de higiene e conforto, de habitação ou medicação essencial.

O estudo internacional realizado pela OMS (2001) concluiu que os idosos percepcionam o abuso como: negligência, incluindo o isolamento, abandono e exclusão social; violação dos direitos humanos em cuidados médicos e legais, e a privação de tomada de decisão, escolhas, estado financeiro e respeito.

Por estes motivos serem muitas vezes encobertos, a avaliação geriátrica compreensiva deve ter em conta estes aspectos de forma a se poderem detectar a tempo e realizar o devido encaminhamento e acompanhamento dos idosos em situações de risco e/ou existência de abuso/ maus-tratos.

Neste sentido, Fulmer (2003) refere a necessidade de utilização de instrumentos de avaliação que ao ser aplicados em qualquer situação clínica, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados diferenciados, identifiquem situações de risco de abuso/maus-tratos no idoso. Uma vez que põe em evidência queixas subjectivas pelo idoso de maus-tratos, abandono, exploração ou negligência que não se traduzem por evidências clínicas suficientemente claras, o que se torna numa mais valia nos cuidados compreensivos geriátricos.

Outra perspectiva comunitária abrange o desenvolvimento de iniciativas que incentivem a participação activa dos idosos, que vivem em suas casas, em actividades de promoção da saúde e de bem-estar que resulta num desafio à comunidade na resposta às necessidades e desejos deste grupo populacional.

Com este propósito, Feldman e Oberlink (2003) em estudo com uma interacção de *focus group* no qual questionaram os idosos participantes sobre os atributos que eram necessários para se considerar uma comunidade como promotora e protectora para os idosos residirem e envelhecerem. Os resultados apontam como características significativas a ajuda aos idosos na manutenção de uma participação activa na comunidade, a promoção da sua independência e a redução do risco de isolamento. Com base nestes dados desenvolveram o modelo explicativo apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Modelo explicativo da comunidade promotora do idoso

Fonte: Adaptado de Feldman e Oberlink (2003)

Neste estudo os participantes identificaram também os seguintes factores como sendo os necessários para envelhecer em casa de forma bem sucedida: segurança financeira, cuidados de saúde acessíveis na zona de residência, contactos sociais, manutenção das capacidades para as tarefas domésticas, existência e utilização de serviços de apoio, acessibilidade de transporte e segurança.

Este modelo de intervenção de uma comunidade promotora e acolhedora para os idosos identifica quatro áreas de intervenção: (1) referenciação das necessidades básicas dos idosos; (2) optimização da saúde mental, física e bem-estar; (3) promoção do compromisso social e cívico; (4) maximização da autonomia independentemente do seu nível de incapacidade, desenvolvendo, para cada área, actividades de acordo com as necessidades e capacidades dos idosos.

Deste modo, fica patente que a intervenção comunitária em resposta às solicitações dos idosos, pressupõe uma avaliação integrada com abordagens não só dos aspectos de saúde mental e física, mas também da rede de apoio social (Clarkson, Venables, Hughes, Burns & Challis, 2006), com vista a uma mais efectiva afectação de serviços.

O envolvimento em actividades sociais mantendo relações sociais e um elevado nível de participação em actividades sociais tem vindo a ser observado como factor que previne o declínio cognitivo nos idosos (Bassuk, Glass & Berkman, 1999). São definidos seis indicadores de envolvimento social: presença de cônjuge, contacto visual/pessoal com familiares ou amigos próximos, contacto telefónico ou por carta com familiares e amigos, participação regular em serviços religiosos, membro de outros grupos e participação em actividades sociais e recreativas (Bassuk et al., 1999).

A associação entre idade e as mudanças nas relações sociais varia de acordo com as diferentes dimensões e diferenças interpessoais ao longo da trajectória de vida da pessoa. Shaw, Krause, Liang e Bennett (2007) verificaram, no estudo das mudanças sociais ao longo da vida que o apoio emocional era uma variável que se mantinha estável. Já outros tipos de apoio como o suporte informal, aumentavam com a idade enquanto os níveis de ajuda oferecida diminuíam. Os resultados ainda evidenciaram uma diminuição nos contactos com amigos, na satisfação do apoio prestado e no apoio antecipatório. Ocorreram diferenças por género e nível socioeconómico, sendo que os homens idosos recebem e dão menos apoio que as mulheres idosas, mas os homens sentem-se mais satisfeitos com as mudanças de apoio. Por seu lado, os idosos com baixas habilitações académicas experienciam desvantagens ao longo do tempo em relação ao nível de contacto social com os amigos e apoio recebido, em comparação com aqueles que possuíam habilitações académicas mais elevadas.

A teoria da continuidade é uma das teorias da gerontologia social bem desenvolvida que providencia bases conceptuais para compreender a importância da participação em grupos como factor protector do bem-estar psicológico nos adultos e para evitar os

efeitos psicológicos negativos resultantes do desenvolvimento das limitações funcionais que ocorrem com o avançar da idade (Atchley, 1989, 1993).

Esta teoria sugere que à medida que as pessoas vão experienciando as mudanças significativas, resultantes do seu percurso de vida, vão desenvolvendo estratégias mentais e comportamentais que os ajudam a manter um sentido de estabilidade em termos pessoais e do meio social envolvente. Como tal, sugere que para os adultos, à medida que transitam para um estado de saúde com disfunções no percurso da sua vida, (isto é, uma mudança significativa da vida) a participação em actividades que se relacionam com um trabalho de continuidade, como é o caso de grupos de voluntariado, os ajuda a manterem níveis de bem-estar elevados, pois estas actividades proporcionam-lhes uma adaptação de forma mais benéfica a essas mudanças.

Neste contexto, tendo por base conceptual esta teoria de continuidade, Greenfield e Marks (2007) desenvolveram uma investigação longitudinal com participantes de idades entre os 35-92 anos que reportaram não terem limitações funcionais à data do primeiro tempo de aplicação dos instrumentos de recolha de informação. Os resultados vieram ao encontro dos já encontrados em prévios estudos, os quais sugeriam que o aparecimento de limitações funcionais está associado a uma diminuição do bem-estar psicológico ao longo do tempo (Kunzmann, Little & Smith, 2000; Taylor & Lynch, 2004). Também se constatou que as mudanças negativas do bem-estar psicológico associadas à limitação funcional não ocorrem de forma uniforme em todos os adultos que experienciam essas limitações. O aumento dos sintomas depressivos associado a essas limitações era menos severo entre os homens que continuavam a participar em grupos recreativos, não se encontrando associação entre as limitações funcionais naqueles respondentes que continuavam a participar em grupos religiosos. Estes resultados reafirmam a importância da participação contínua em actividades de voluntariado ou recreativas, ajudando a moderar os efeitos problemáticos do envolvimento das limitações funcionais no bem-estar psicológico.

Com uma crescente ênfase nos problemas crónicos e sintomas, os actuais cuidados de saúde primários não estão adequados a uma perspectiva de cuidados geriátricos compreensivos resultantes de uma avaliação multidimensional (Bodenheimer, Wagner & Grumbach, 2002). Neste sentido, Levine, Phelan, Balderson e Wagner (2006) e Parker (2006), sugerem a integração de uma equipa geriátrica no contexto dos cuidados de saúde primários, assente na abordagem geriátrica compreensiva o que permitiria optimizar a comunicação entre os doentes e a família e a sua equipa clínica. Desta forma estabelecer-se-iam prioridades com o desenvolvimento de intervenções quer formais,

quer informais, para os idosos com múltiplas situações crónicas, melhorando os cuidados prestados.

Alguns exemplos, a nível internacional, vão dando conta do que pode ser desenvolvido neste campo. O programa "*Program of All-Inclusive Care for the Elderly*" (PACE), nos E.U.A. é um modelo inovador na área dos cuidados continuados que permite aos idosos vulneráveis manterem-se em suas casas. Este modelo demonstra como um sistema integrado de altas planeadas dos serviços diferenciados pode oferecer uma alta qualidade de cuidados aos idosos vulneráveis, e com complexidade na manutenção da saúde em termos médicos, funcionais e de necessidades sociais, ajudando-os a manterem-se na comunidade. Os idosos que integrem este programa têm que ter pelo menos 55 anos de idade e serem certificados de que estão dentro dos critérios para a admissão a cuidados domiciliários de acordo com a avaliação realizada pela agência do referido programa. O modelo implica a existência de uma equipa multidisciplinar, e para além da prestação de serviços de enfermagem e médicos ao domicílio, este programa também inclui um centro de dia para idosos. Um serviço integrado de transporte permite a deslocação dos idosos aos centros de dia, a consultas médicas, ou providencia a entrega de alimentos, medicação ou até mesmo refeições na sua residência. Serviços com esta mobilidade e apoio permitem que um maior número de idosos possa continuar a residir em suas casas apesar das suas limitações funcionais (Trice, 2006).

Outro programa de saúde inovador está a ser promovido no Canadá. Neste país os cuidados de saúde domiciliários cresceram rapidamente tendo em conta o grupo de idosos com vulnerabilidades que se mantêm em casa, estando estes serviços integrados no sistema de saúde canadiano. A introdução de um sistema de informação de saúde integrado que providencia apoio nas necessidades de cuidados de saúde aos idosos com vulnerabilidades, está a ser posto em prática desde Maio de 2006. Este programa assenta na avaliação geriátrica compreensiva, interligada com informação multidimensional, para uma adequada previsão de cuidados em resposta às necessidades do idoso, de forma a organizar as respostas dos serviços de acordo com as incapacidades encontradas (Hirdes, 2006).

As mudanças na política social, no que diz respeito à segurança social, são prioritárias face à emergência do grupo populacional dos idosos e às suas carências, relacionadas com as incapacidades, a pobreza decorrente dos baixos rendimentos e pensões de sobrevivência. Decorrente desta preocupação Svihula e Estes (2007) analisaram os diferentes valores dominantes e ideologias relativas à segurança social, nos países ocidentais e deram conta que a tendência actual da visão de mercado, em detrimento da

visão com uma perspectiva social, poderá trazer consequências altamente condicionantes para o futuro da segurança social e para o público em geral.

As tendências no estado de saúde, estudadas na população norte americana no período entre 1982 a 2003 por Martin, Schoeni, Freedman e Andreski (2007), poderão dar indicações para os outros países ocidentais. Dos principais resultados realçam-se os seguintes: a proporção de pessoas idosas com idade superior a 70 anos que referem incapacidade diminuiu em 1,38% em cada ano e a proporção de pessoas idosas com idade superior a 70 anos que referiram pobre/baixo estado de saúde diminui em cerca de 1,85% por ano. As tendências no grupo populacional entre os 18-69 anos mostraram uma maior disparidade por rendimentos estando esta relacionada com a etnicidade e lacunas educacionais. Na população idosa, não foram observadas mudanças especialmente nos grupos etário dos 80-84 anos e de idade igual ou superior a 85 anos, tendo persistido o hiato em termos étnicos; os rendimentos e grau de instrução diferenciaram-se amplamente ao longo do tempo.

Ao longo das últimas décadas, através da informação dada pelos idosos sobre o estado pobre/baixo de saúde e incapacidade tem-se observado que esta tem sofrido um declínio na sua proporção. Apesar da população mais nova não experienciar tal progresso, a análise realizada, pelos referidos autores, com os dados das duas últimas décadas aponta para diminuição da prevalência do nível de saúde pobre/baixa entre os idosos. Como maior preocupação apresenta-se o crescimento da disparidade socioeconómica na saúde, quer para as populações mais novas quer para as populações mais velhas.

Com idênticos objectivos Wolf, Mendes de Leon e Glass (2007) realizaram uma análise com base nos estudos epidemiológicos da população idosa (dados entre 1982-1994) e com a aplicação de três instrumentos para avaliar o estado de incapacidade, evidenciaram os seguintes aspectos da tendência relacionada com o início da descida da incapacidade nos idosos nas datas referenciadas acima: apesar da prevalência do declínio de incapacidades entre os idosos como referência das actuais tendências, o actual estudo apresenta um movimento descendente na probabilidade da recuperação dos idosos acometidos por essas incapacidades. Sublinhando, no entanto, que estas indicações têm que ser entendidas com as devidas cautelas pois se o primeiro panorama sugere por si próprio uma melhoria do estado de saúde da população, este segundo, isoladamente, implicaria uma noção inversa.

Uma outra análise sugere que esta tendência seja o resultado das mudanças que se verificam na população não institucionalizada, com o número de facilidades na realização

de actividades de vida diária que leva os idosos com incapacidades a poderem estar a viver em suas casas, o que em tempos anteriores, os teria levado a mudar para lares.

Estes autores concluem que os resultados do seu estudo são consistentes com a prevalência do declínio do nível de incapacidade da população apenas quando ocorre um movimento descendente da tendência inicial que prevalece sobre a tendência da diminuição da recuperação das incapacidades. Estes resultados também ressaltam a tendência para problemas com incapacidades mais severas entre a população idosa com invalidez.

Outro modelo inovador prende-se com o programa de cuidados de transição e foi desenhado para garantir a coordenação e continuidade de cuidados assim que os doentes são transferidos para diferentes localidades e/ou serviços. Este programa envolve uma cooperação entre o doente, a equipa de saúde, o sistema e as políticas de saúde. Permite não só ao doente ter um papel mais activo; mas também haver colaboração entre os diferentes técnicos de saúde; e o desenvolvimento de uma rede de sistema de informação para partilhar a informação clínica, resultando em cuidados mais integradores e as políticas de são implementadas para assegurarem que as transferências são conduzidas em segurança (Chalmers & Coleman, 2006).

Neste contexto, Cheek et al. (2006) desenvolveram um estudo exploratório descritivo sobre os factores relacionados com os cuidados de transição na perspectiva dos idosos e dos seus cuidadores. Estes autores salientam como temas centrais da utilidade destes cuidados os seguintes: mudança no estado de saúde; a tomada de decisão com uma abordagem multifacetada; a independência e a importância de estar em casa; sentimento de estar a trabalhar com o sistema de cuidados; acessibilidade de informação; avaliação dos cuidados e necessidades.

Na revisão da literatura existem poucos estudos que indicam que é relativamente comum para os homens idosos tornarem-se cuidadores informais (em particular das suas esposas), o que consequentemente, confronta a assumpção sociocultural de que o papel de cuidador informal é quase exclusivamente feminino (Jeppsson-Grassman & Svedberg, 1999 citado por Sandberg & Eriksson, 2007; Kramer & Thompson, 2002; Ducharme et al., 2006; Sandberg & Eriksson, 2007).

Numa perspectiva de género constatou-se que os homens enquanto cuidadores informais cuidam de forma mais intensiva das suas esposas, enquanto as mulheres como cuidadoras informais relatam queixas de tensão e do peso que têm a seu cargo enquanto cuidadoras informais (Kramer & Kipnis, 1995; Ducharme et al., 2006).

Os homens idosos enquanto cuidadores informais revelaram este cuidado como uma actividade recíproca, com um grande empenhamento pessoal, uma manutenção e reforço dos laços afectivos com a sua esposa (Mays & Lund, 1999; Ducharme et al., 2006), por vezes com sentimento de isolamento social e diminuição do contacto social com os amigos (Carpenter & Miller, 2002; Ducharme et al., 2006), perda de companhia (Parsons, 1997), e uma necessidade de controlo e sentido de realização pessoal (Harris, 1993). Contudo, para estes homens apesar de o cuidar da esposa doente envolver dificuldades e sacrifícios pessoais, existe um sentimento de orgulho, de desenvolvimento pessoal e satisfação por cuidar da sua companheira (Archer & Maclean, 1993; Kramer, 1997; Harris, 1998).

Sandberg e Eriksson (2007) deram conta que os homens idosos enquanto cuidadores informais das suas esposas sentiam o isolamento social pelos vizinhos e amigos, porque estes não entendiam que o papel de cuidador deveria ser para eles, existindo o conflito entre a noção cultural tradicional de masculinidade e o papel de cuidador culturalmente assumido como feminino. Todavia, a mudança a que foram forçados pelas condições de fragilidade do estado de saúde de suas esposas, traduziu-se num grande empenhamento pessoal, tendo como principal objectivo cuidar de forma a evitar a que suas esposas necessitem de recorrer a lares, reforçando a relação dual com muito carinho e atenção e evitando desta forma o afastamento de ambos.

Com a emergência dos cuidados centrados no doente e família e o consequente aumento dos cuidados domiciliários, urge igualmente que seja feita uma avaliação dos mesmos e uma monitorização das necessidades daqueles que são os consumidores destes cuidados, os idosos vulneráveis a residirem na comunidade de forma a garantir eficácia nos cuidados e a promover a qualidade dos mesmos (Applebaum, Kunkel & Wilson, 2007).

Oldknow (2007) salienta que a avaliação dos cuidados de saúde deve envolver todos os implicados, os utilizadores, e os prestadores de cuidados. Particular atenção deve ser dada à população emergente de idosos, pelas dificuldades e limitações que a eles comummente estão associadas. Numa instituição de saúde mental uma das medidas implementadas com sucesso foi a identificação do enfermeiro de referência para aquele idoso e respectiva família e a possibilidade de contacto nas 24 horas com o serviço em questão.

À medida que a população envelhece e os padrões de doença vão mudando, a necessidade de cuidados paliativos de alta qualidade é uma realidade que aumenta a preocupação dos cuidados de saúde. Cada vez é maior o número de idosos com

doenças progressivas, fraco acesso a um controlo dos sintomas e com escasso apoio psicossocial assim que se aproximam do final da sua vida, o que em consequência leva a um aumento de admissões hospitalares e a mortes no hospital. Neste sentido, a existência de uma equipa especialista em cuidados paliativos de referência é fundamental como elo de ligação entre a equipa diferenciada e o idoso com necessidades especiais no final da sua vida, bem assim como a sua família, sendo que estes não deverão ser discriminados relativamente a outros grupos etários com necessidades especiais. Desta forma, a necessidade de uma abordagem multidimensional que garanta a provisão de cuidados paliativos de qualidade independentemente da idade, área geográfica e diagnóstico, deve ser uma realidade (Burt & Raine, 2006; Kite, 2006).

2.2. RECURSOS ECONÓMICOS

A questão dos recursos económicos é sensível para a maioria dos idosos, não como fim mas como meio para atingir um fim.

Uma das consequências dos problemas de saúde em idade avançada é a redução dos meios económicos do agregado familiar do idoso. Esta constatação é explicada pela teoria do ciclo de vida de consumo. O princípio fundamental desta teoria é que os idosos acumulam riqueza antes da reforma e gastam essa riqueza depois da reforma para financiar o consumo até ao resto da sua vida (Modigliani & Brumberg, 1954, citado por Kim & Lee, 2006).

Outros autores argumentam que este modelo não considera um factor importante que influencia a diminuição da riqueza: alterações inesperadas na economia do agregado familiar. Haider, Hurd, Reardon e Williamson (2000) propuseram que as actuais mudanças na economia do agregado familiar resultam das mudanças fortuitas resultantes de gastos inesperados em situações imprevistas, tais com estados de agudização de doenças ou acidentes. Outros exemplos de situações inesperadas resultam da viuvez com diminuição do rendimento disponível. Vários estudos (Smith, 1999; Haider et al., 2000; Hurd & Reardon, 2003) evidenciaram que as poupanças financeiras obtidas pelos idosos influenciam significativamente a sua situação económica. Esta situação é tanto mais importante quanto se constata que a capacidade financeira é menor nos idosos não casados (solteiros, divorciados ou viúvos) do que naqueles que estão casados (Diamond & Hausman, 1984; Haider et al., 2000; Kim & Lee, 2006).

Kim e Lee (2006) sugerem que algumas comorbilidades resultantes de problemas de saúde ameaçam mais a segurança financeira dos idosos não casados do que problemas inesperados de saúde que estes tenham de enfrentar. Contudo, esse impacto não foi observado nos idosos casados, mesmo depois de se avaliar o estado de saúde e utilização de serviços. Possíveis explicações são: os idosos que estão casados têm menos problemas de saúde e mais recursos, do que aqueles que estão solteiros. Estes autores constataram, ainda, que o estado de viuvez contribui em cerca de 9% para a redução de riqueza. McMgarry e Schoeni (2005) concluíram que a pobreza resultante da viuvez pode ser explicada, em parte, pelos gastos acrescidos em cuidados de saúde com o cônjuge sobrevivente.

Os estudos que investigaram sobre os problemas de saúde como uma explicação para a diminuição da riqueza do agregado familiar são poucos. Smith (1999) e Haider et al. (2000) demonstraram que qualquer novo problema de saúde resulta em novos encargos, agravando um ciclo de disponibilidade financeira. Esta redução da riqueza, associada com problemas de saúde, ocorre não só devido às despesas directas com os cuidados médicos mas também aos gastos com transportes, e às alterações do espaço habitacional que esses problemas implicaram. Esta situação é tanto mais grave quando se verifica em casais idosos em que é a mulher a adoecer já que os efeitos negativos na economia do agregado familiar são maiores do que quando sucede o contrário, (Wu 2003).

As evidências de vários estudos mostram que as doenças crónico-degenerativas causadoras de incapacidade geram gastos crescentes, cujo impacto na economia familiar se torna imprevisível. A necessidade de assistência permanente ao idoso dependente gera um custo elevado para com os familiares, uma vez que não existe nenhum sistema de saúde que proporcione uma oferta suficiente dos serviços necessários a um grupo populacional portador de dependências com um crescimento exponencial (Caldas, 2003).

Por sua vez, a auto avaliação do estado de saúde do idoso tem efeitos na comorbilidade e mortalidade. Esta variável subjectiva está mais fortemente associada às pessoas com pequenos períodos de *folow-up* do seu estado de saúde, naqueles sem alterações funcionais, e no grupo de idosos mais jovens. Contudo, as doenças e o estado funcional são os determinantes mais expressivos da auto percepção de saúde, bem como os factores psicológicos, sociais e económicos (Murata, Kondo, Tamakoski & Toyoshima, 2006).

Os factores económicos, tais como os rendimentos e posse de propriedades e casa própria, são condicionantes do declínio funcional nos idosos, evidenciando-se diferenças entre géneros: a falta de casa própria surge relacionada com o declínio funcional e morte nos homens, enquanto que nas mulheres o rendimento é o que mais se relaciona com o declínio funcional e morte (Avlund, Damsgaard & Osler, 2004).

A pobreza diminuiu nas últimas três décadas entre a população idosa no entanto a taxa de pobreza nas mulheres mantém-se no dobro relativamente à dos homens. Contribuem para esta diferença os benefícios da segurança social, a menor remuneração, a ruptura do núcleo familiar, menor número de anos despendidos na actividade laboral, a relativa maior esperança de vida, a baixa probabilidade de receber benefícios de pensão e baixos investimentos financeiros. Acresce a estes factores, o facto de maior número de mulheres idosas estarem viúvas ou divorciadas relativamente ao que se verifica nos homens (Bottomley, 2001; Rupp, Strand & Davies, 2003).

A população idosa mantém-se como o maior grupo de risco de exclusão social porque, no plano da definição de prioridades, não faz valer o seu peso demográfico nem reclama dos benefícios a que tem direito para a qualidade da sua vida quotidiana. Por vezes, esta situação ocorre porque os idosos não estão devidamente informados sobre os seus direitos ou porque se acomodaram aos baixos recursos e como tal não sentem necessidade de recursos extra. Outros ainda exprimem um sentimento de vergonha ou receio de que o pedir possa equivaler a uma audiência com as autoridades e que isso possa ser avaliado como uma incapacidade para lidar com as suas finanças (Davey, 2004).

Neste campo a percepção de uma inadequada satisfação das necessidades básicas demonstra ser um preditor significativo de mortalidade (Blazer, Sachs-Ericsson & Hybels 2005).

Nos idosos a segurança financeira é um factor fundamental devido ao facto de serem poucos os que têm possibilidades de continuarem a ter rendimentos que lhes permita fazer frente aos novos gastos. Desta forma, um rendimento seguro e adequado às necessidades acrescidas de serviços e cuidados de saúde nos idosos é aquele que consegue abranger não só os gastos da gestão diária mas também todas essas novas necessidades (Tinker, 1997).

Cook, Reed, Childs e Hall (2004), constataram que a maior preocupação dos idosos é relativamente ao facto de num futuro próximo dos seus recursos económicos não suportarem os custos relativos às necessidades mais prementes. De entre elas

salientam-se as relacionadas com o pagamento por cuidados de saúde e equipamento de apoio às actividades de vida diária, surgindo desta maneira um sentimento de insegurança financeira.

A questão dos insuficientes recursos económicos como preditores de baixa satisfação de qualidade de vida tem vindo a ser estudada e enfatizada por diversos autores. Estes salientam as implicações da situação sócioeconómica no estado funcional geral dos idosos, uma vez que os problemas financeiros provocam restrições na manutenção da independência na vida diária, na satisfação de necessidades de convívio social e na possibilidade de pagamento de serviços resultantes da diminuição da capacidade de auto-cuidado (Bowling & Windsor, 2001; Thumboo et al., 2003; Bowling, 2005; Borg, Hallberg & Blomquist, 2005; Coppin et al., 2006).

Brayne, Johnson e Bond (1999) extraíram dos resultados do estudo que realizaram sobre o impacto das disfunções cognitivas e incapacidades físicas, importantes questões em termos de política de saúde. Em primeiro lugar, o investimento de fundos financeiros para os cuidados de longa duração pode facilmente influenciar a escolha do espaço para residir, incentivando os idosos a permanecerem em suas casas, ainda que sozinhos, ou a procurar nova residência em lares. Em segundo lugar, o incentivo para que os adultos no activo façam fundos de investimento pessoal para futuros cuidados, levanta a questão da situação particular das mulheres (por serem em maior número, devido ao aumento de esperança de vida em relação aos homens) dada a falta de recursos que muitas destas têm e a preocupação de que quando chegarem a uma idade avançada possam não ter recursos necessários para financiar os cuidados de saúde que necessitem.

Samuelsson, McCamish-Svensson, Hagberg, Sundström e Dehlin (2005) evidenciaram ainda que o maior factor de risco para o desenvolvimento de depressão estava relacionado com a percepção dos problemas financeiros.

Blazer (2003) observou que os sintomas depressivos eram mais frequentes entre as pessoas com nível socioeconómico baixo. Macintyre (1994) reforçou este dado sublinhando o facto de que os factores socioeconómicos influenciavam profundamente a saúde mental e física.

O impacto do estado de saúde e dos recursos económicos determina na prática, os reajustamentos dos espaços da habitação assim como a utilização de equipamento para auxiliar na mobilidade e nas actividades de vida diárias. Mathieson, Kronenfeld e Keith (2002) constataram que nos idosos com recursos económicos médios e/ou elevados, o estado de saúde debilitado e com limitações físicas tinham um efeito positivo na

aplicação de adaptações funcionais que se impunham pela sua necessidade. Todavia, nos idosos com baixos recursos económicos, verificaram ausência dessas adaptações associada a elevadas incapacidades físicas com consequentes limitações nas actividades de vida diária (AVD).

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

A instabilidade financeira, problemas com o trabalho, assuntos relacionados com cuidados continuados, assuntos relativos ao papel parental enquanto avós, abuso, vitimização e problemas de saúde mental, são os assuntos contemporâneos relacionados com o envelhecimento (Dixon, Richard e Rollins, 2003) que na sua globalidade são comuns na população idosa dos países ocidentais desenvolvidos.

Relativamente aos problemas financeiros há estudos que sugerem que um número substancial de idosos não se preparou, adequadamente em termos financeiros para se poderem reformar (Stansky, 1997; Simon-Rusinowitz, 1999; Dixon et al., 2003). São apontados vários motivos para esta falta de preparação incluindo a instabilidade laboral, com frequente mudança de locais de trabalho e com períodos de inactividade entre estes, resultando também em contribuições inconstantes para a pensão da reforma.

Rubin, White-Means e Daniel (2000) e Thorson, (2000) reportam-se ao facto de que o número de idosos com condições para preparar planos de reforma é muito inferior ao daqueles que não têm um fundo adequado após a aposentação. Deste último grupo destacam-se, em particular, as mulheres e minorias étnicas com problemas sociais, que vivenciaram alguns constrangimentos ou barreiras específicas e que afectaram o desenvolvimento de um percurso profissional. Tradicionalmente, estes grupos têm empregos com menor remuneração, menos valorizado quando comparado com o trabalho masculino tradicional (Kerka, 1995; Rappaport, 1998; Smith, 1995; West, 1997). Em consequência, estão sob a dependência do apoio da segurança social como o único recurso aquando da reforma, apresentando a longo termo problemas económicos e sociais que se reflectem no seu estado geral (Darity, Builkey & Winfrey, 1996; Rappaport, 1998; Thorson, 2000).

Rautio, Heikkinen e Ebrahim (2005) em estudo longitudinal (*folow-up* aos 5 e 10 anos) para determinação da relação entre o nível socioeconómico e a capacidade física num

grupo de idosos com idade inicial, no estudo, de 75 anos verificaram que em geral, o nível de educação e o nível de rendimentos mais elevados correspondiam a uma melhor capacidade vital, sobressaindo os resultados para a variável rendimentos. No *folow-up* aos cinco anos e aos 10 anos observou-se, similarmente, um declínio na capacidade física na relação com as variáveis nível de educação e rendimentos. No entanto, aos idosos que apresentavam melhores rendimentos, mesmo com problemas de doenças crónicas e hábitos tabágicos, correspondia uma manutenção na capacidade física. Estes resultados indicam que os idosos com desvantagens socioeconómicas apresentam valores mais baixos em todos os domínios da capacidade física, mas a mudança da capacidade física ao longo do tempo não difere significativamente entre os diferentes níveis socioeconómicos.

Os idosos gastam uma proporção significativa dos seus rendimentos em despesas relacionados com os cuidados de saúde. Alguns estudos constataram que a proporção desses gastos, em relação ao que recebem mensalmente, aumenta com a idade e diminui com os rendimentos, isto é, os indivíduos com mais recursos económicos gastam uma proporção menor do que os indivíduos que se encontram no grupo de baixos rendimentos ou aqueles que vivem abaixo do nível de pobreza; estes últimos, gastam com cuidados de saúde 32% a 35% dos seus recursos económicos e, perto do final da vida, os idosos pobres gastam acima de 70% dos seus rendimentos nesses cuidados (Gross et al., 1999; Crystal, Johnson, Harman, Sambamoorthi & Kumar, 2000; McGarry & Schoeni, 2005).

Em termos económicos existe um interesse crescente a nível internacional sobre a ideia de que o sistema de segurança social beneficiaria com o sistema de apoio auto administrado (Figura 3), através do qual as pessoas controlam o seu próprio orçamento (orçamento este que se reporta ao capital previsto de gastos por pessoa pelo sistema de segurança social) para o seu próprio apoio. Enquanto existem evidências que esta abordagem traz benefícios para as pessoas com incapacidades ou pessoas idosas que necessitam de apoio, ainda continua a haver um debate activo acerca da eficiência e acessibilidade desta abordagem (Duffy, 2007).

Figura 3 – Sistema de apoio auto administrado

Fonte: Adaptado de Duffy (2007)

A eficiência económica desta abordagem resulta da aplicação dos princípios que lhe estão subjacentes. Daqui sobressai a ideia simples mas eficaz de que o nível certo de recursos deverá ser colocado sob controlo da pessoa certa. Nesta abordagem o nível

certo de recursos é estabelecido pelo sistema de alocação de recursos e a pessoa certa é determinada pelos princípios de tomada de decisão de apoio, o que significa ou a pessoa deficiente/incapacitada ou alguém que lhe é próximo (o que para algumas pessoas possa ser um profissional, incluindo advogados). A pessoa certa terá: a motivação elevada para obter os melhores resultados do seu orçamento; o melhor conhecimento sobre as suas necessidades, objectivos e sobre o contexto social; a melhor oportunidade de integrar o apoio pago com o apoio que qualquer dos membros da família e amigos estariam dispostos a providenciar; o sentido mais realístico de qualquer risco relevante e a melhor forma de se manter saudável e seguro. Desta forma, colocando a pessoa deficiente/incapacitada (ou o seu representante) em controlo dos seus recursos reduz os desperdícios através da promoção a qualidade do processo de tomada de decisão. Além do mais, se devidamente organizado, o sistema de sustentação auto administrado não só elimina os desperdícios mas acarreta, também, benefícios acrescidos.

Poll, Duffy, Hatton, Sanderson e Routledge, (2006) e Duffy (2007) desenvolveram um estudo piloto sobre a aplicabilidade do sistema de suporte/sustentação auto administrado em Inglaterra cujos resultados demonstraram que reforçou a coesão familiar, com um pequeno aumento (7%) no número de pessoas que escolheram viver na casa de família. Além do mais não ocorreu perda de apoio familiar que é o corolário usual para providenciar assistência social (Poll et al, 2006).

Também se constatou um aumento na gestão pessoal e procura do apoio necessário (53% do total) que foi reconhecido com vantajoso para os próprios; assim como o aumento do apoio da comunidade e diminuição significativa da utilização de serviços institucionais (lares). Por último os autores referem que esta abordagem também trouxe benefícios para as autoridades locais uma vez que estas descobriram que o sistema de suporte/sustentação auto administrado traz um melhor controlo financeiro e eficiência, com redução de custos.

Em suma, os meios financeiros e apoio social são determinantes importantes na auto percepção de saúde e comportamentos de saúde, estando a auto percepção de saúde e meios financeiros relacionadas entre si (Poortinga, 2006).

A aplicação de um sistema de sustentação auto administrado é um exemplo de como se pode adequar a alocação de recursos adequados às necessidades da pessoa o que não só elimina os desperdícios mas implica, também, benefícios acrescidos para o próprio, para a família e para a comunidade como se explicitou anteriormente.

2.3. SAÚDE MENTAL

A abordagem da saúde mental no contexto do processo de envelhecimento é complexa pelo impacto das repercussões provocadas por mudanças ao longo da vida de uma pessoa. Nas sociedades contemporâneas, e no contexto dos idosos em particular, esta abordagem ainda se tornou mais complexa.

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

No contexto da saúde mental vários são os estudos que apontam para uma diminuição do controlo pessoal global com o avançar da idade (Mirowsky, 1995; Krause, 2007). Este construto é uma das mais importantes variáveis definidas como fulcrais para um envelhecimento saudável, porque lhe está associado um melhor estado de saúde física e mental, assim como a adopção de comportamentos saudáveis (Rowe & Kahn, 1998).

Outro construto similar no grau de importância para um envelhecimento saudável é a eficácia na resolução de problemas. À medida que a pessoa envelhece, o ganho de experiências sócio emocionais e das estratégias utilizadas perante as dificuldades e os sucessos, tornam as pessoas idosas mais hábeis na resolução de problemas. É de reforçar a noção de que apesar do declínio cognitivo próprio do processo de envelhecimento este não se traduz numa dificuldade na eficácia na resolução de problemas. Em vez disso, estes duas trajectórias, complementam-se uma à outra (Blanchard-Fields, Mienaltowski & Seay, 2007).

O número de idosos com disfunção cognitiva que vivem na comunidade e que requerem cuidados e supervisão constantes é idêntico ao número de idosos residentes em lares alertando Melzer, Ely e Brayne (1997) para o impacto desta realidade em termos da adequação das políticas de saúde, em especial porque esta tendência é cada vez mais visível e mais acentuada nos idosos com idade igual ou superior a 85 anos. A par com o declínio da função cognitiva observa-se um aumento inicial dos distúrbios de humor que decresce com o passar do tempo, em sintonia com o acentuar do nível de demência, de moderado para severo. É igualmente constatada uma relação entre o aumento das

incapacidades na realização das actividades de vida diárias e os sintomas de alteração de humor e motivação (Forsell, Jorm & Winblad, 1994).

Com o avançar da idade surge a probabilidade de perda de memória. Na sua forma mais moderada, é caracterizada pela auto percepção de perda de memória e em testes de memória pelo declínio na execução de actividades que requerem a memória objectiva em comparação com adultos jovens. Cerca de 40% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos apresentam perda de memória associada à idade (Small, 2002).

A disfunção cognitiva moderada representa a forma mais severa de perda de memória, sendo definida por um défice de memória significativo sem disfunções funcionais. Isto é, os idosos com esta disfunção mantêm-se independentes na realização das suas actividades de vida diárias. Cerca de 10% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos têm disfunção cognitiva moderada, e destes cerca de 15% desenvolvem uma demência de Alzeimer (Small, 2002).

Os processos degenerativos relacionados com o envelhecimento, incluindo a arteriosclerose, mudanças endócrinas e imunitárias e os processos inflamatórios predispõem ao aumento da vulnerabilidade para a depressão no idoso. Associados a estes processos fisiopatológicos acrescem ainda os factores hereditários, e os factores adversos psicossociais (baixos recursos económicos, isolamento social, perda de ente querido, internamento em instituições, necessidade de apoio de domiciliário) contribuindo em conjunto para o aumento da susceptibilidade ou o desencadear de depressão no idoso (Alexopoulos, 2005).

A depressão afecta, maioritariamente, os idosos com doenças crónicas e disfunções cognitivas, causando sofrimento, rupturas familiares, diminuição da capacidade de realização das actividades de vida diária, aumento da incapacidade física, piora os efeitos de muitas doenças e aumenta a mortalidade (Kivelä & Pahkala, 2001; Alexopoulos, 2005; Cyr, 2007).

Em idosos com depressão o apoio social revela-se como elemento protector contra o declínio nas capacidades de realização das actividades de vida diária, nomeadamente, na preservação e estímulo das suas habilidades na execução das actividades básicas de vida diária. Uma possível explicação reside no facto do suporte social poder reduzir os sintomas da patologia, uma vez que a interacção social promove actividade física e mental, diminuindo desta forma a gravidade dos efeitos depressivos (Hays, Steffens, Flint, Bosworth & George, 2001).

A compreensão da saúde mental no idoso, terá de atender ao percurso feito pelo indivíduo ao longo da vida, e tal como o envelhecimento, deverá ser entendida como um processo de ordem física, psicológica e social, em que múltiplos factores intervêm (Silva, 2005).

A experiência subjectiva da falta de recursos é um factor preditivo da manutenção da saúde física e mental. Blazer, Sachs-Ericsson e Hybels, (2007) evidenciaram que a percepção de problemas relacionados com falta de recursos para satisfazer necessidades básicas tem um papel único na subsequente saúde em geral e na saúde mental dos idosos, nomeadamente no despoletar de sintomas depressivos e isolamento social dos idosos que residem na comunidade.

Reconhecer a depressão nos idosos exige uma avaliação atenta pois a maioria dos idosos não se queixa de distúrbios depressivos, ou tristeza, ou falta de interesse em participar em actividades (que muitas vezes são os pontos cardinais de sintomas depressivos) exibindo apenas sintomas somáticos como a fadiga, dores de cabeça e dores no corpo em geral, que podem ser confundidas com doenças físicas, ou uma lentificação dos seus movimentos e apatia que pode ser interpretado como início de uma demência (Drayer et al., 2005; Twedell, 2007).

A identificação de comportamentos também pode ser uma forma adequada de indicação de depressão no idoso. Afastamento social, sentimento de solidão, diminuição das actividades sociais, ou a falta de interesse em fazer coisas que a pessoa habitualmente fazia, deixar de participar em eventos sociais familiares e de amigos, ou deixar de participar em actividades que outrora lhe eram agradáveis. Ainda a evidência do consumo de álcool, sentimentos de inutilidade de culpa excessiva e de se sentir um peso para as pessoas que a rodeiam (Forsell et al., 1994; Barg et al., 2006; Twedell, 2007).

A depressão muitas vezes coexiste com outras doenças médicas e incapacidades, e pode ser potenciada por outras doenças que afectam o idoso tais como a diabetes mellitus, doença cardíaca, doenças vasculares cerebrais, doença de Alzheimer, doença de Parkinson e artrite (*National Institute of Mental Health*, 2003 citado por Twedell, 2007). Os aparentes sintomas e sinais de depressão também podem ser consequência de alguma medicação prescrita aos idosos (e.g., diazepan, triazolam; codeína, propoxyphene; indometacina; levadopa, bromocriptina; propanolol, digitálicos, reserpine, clonidine; cortisol, prednisolona, entre outros).

A coexistência de sintomas depressivos e disfunções cognitivas é evidenciado por Hang, McCuster, Abrahamowicz, Cole e Capek (2006), em idosos com idade igual e acima de

65 anos, em três momentos de avaliação com a aplicação de *Hamilton Depression Scale* (HDRS) e *Mini-Mental State Examination* (MMSE), confirmando-se que não existe uma relação de associação entre sintomas depressivos e declínio cognitivo, sendo estas duas concomitantes.

Por outro lado, existe relação com o aumento das limitações funcionais e o acentuar dos sintomas depressivos, em função do género, etnia e recursos económicos. Assim, em idosos com baixos recursos económicos, observa-se um aumento das suas limitações associado com o aumento da depressão entre homens e mulheres caucasianos; entre os idosos com elevados recursos económicos, o aumento das limitações estava associado com o aumento da depressão entre mulheres e homens afro-americanos, e homens caucasianos (Schieman & Plickert, 2007).

A depressão no idoso tende a uma maior duração e pode aumentar a causa de morte com o agravamento de doenças físicas, podendo também contribuir para o insucesso do tratamento médico de outras doenças (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000).

À medida que os indivíduos envelhecem ocorre um declínio cognitivo associado a perda de memória e lentidão de raciocínio (Singer, Verhaeghen, Ghisletta, Lindenberger & Baltes, 2003) que pode dificultar a realização das actividades instrumentais de vida diária nas pessoas idosas bem assim como em outras actividades que exijam tarefas com esforço cognitivo (Verhaeghen, Burchelt & Smith, 2003; Allain, Berrut, Etcharry-Bouyx, Barre, Dubas & Le Gall, 2007; Boron, Turiano, Willis & Schaie, 2007).

O raciocínio indutivo é uma importante habilidade da inteligência fluida que ao ser estudada pode contribuir para uma melhor compreensão do efeito de treino desta em pessoas idosas e das suas repercussões. Neste sentido, vários estudos reportaram melhorias significativas na performance cognitiva nos idosos a quem foi realizado uma breve intervenção cognitiva (Baltes, Dittman-Kholi & Kliegl, 1986; Willis, 1987; Ball et al., 2002). Outros estudos relataram um efeito positivo na função cognitiva com intervenções dirigidas para a capacidade de raciocínio indutivo (Schaie & Willis, 1986; Baltes, Sowarka & Kliegl, 1989; Willis & Nesselroade, 1990; Calero & Garcia-Berden, 1997; Ball et al., 2002; Saczynski, Willis & Schaie, 2002).

Foram também observados os efeitos benéficos acima mencionados do treino personalizado em casa conduzido por um treinador pessoal (Saczynski, Margrett & Willis, 2004). Mais recentemente, Boron et al. (2007) desenvolveram um estudo para identificar os efeitos do treino cognitivo na memória e no raciocínio indutivo, tendo em conta o estado cognitivo, o género, e a presença de algumas doenças crónicas como por exemplo

doenças cardíacas. Constataram na globalidade que todos os participantes tiveram ganhos na melhoria da capacidade de memória. Especificamente nas mulheres com declínio cognitivo mas sem doença cardíaca observaram um aumento elevado na sua capacidade de memória com a intervenção de treino cognitivo. As mulheres com doença cardíaca também demonstraram ganhos significativos na memória.

Particularmente motivador, nos idosos, é o sentimento de se sentir útil para com os outros referindo esta componente como importante para a manutenção do envelhecimento saudável (Ficher, 1991). Neste sentido, Gruenewald, Karlamangla, Greendale, Singre e Seeman (2007), desenvolveram um estudo sobre esta temática e concluíram que os idosos que raramente se sentiam úteis para a família e amigos evidenciavam um aumento na incapacidade e dificuldade na realização de actividades de vida diária, sugerindo estes dados que o sentimento de utilidade poderá mudar a trajectória da saúde dos idosos funcionando como um reforço positivo. No estudo realizado por Krause (2007) evidenciou-se que o suporte antecipatório, isto é saber que contar com a ajuda de terceiros quando necessária, está associado a um maior sentido de controlo ao longo do tempo, especialmente nos idosos com idade superior a 75 anos.

Ngoh, Lewis, & Connolly (2005) desenvolveram um estudo longitudinal (2 anos) com a aplicação de um programa de avaliação de gerontopsiquiatrica multidimensional em idosos com depressão. Este programa desenvolvia-se com actividades diárias tais como: exercício em grupo, dramatização, terapia ocupacional, reuniões em grupo, sessões de educação para a saúde, e plano de alta. Aplicaram testes antes e após o programa relacionados com avaliações cognitivas, afectivas e níveis funcionais, obtidas através do *Mini Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, Allen Cognitive and Level of Care Assessment* e o *Global Assessment of Function.* Os resultados revelaram uma significância estatística entre os scores de admissão e de alta com uma melhoria após 12 dias de estadia no hospital, nomeadamente na diminuição dos sintomas depressivos.

Reforçando os anteriores resultados, van Hooren et al. (2005) a partir de *folow-up* de 6 anos, a um grupo de idosos com idades compreendidas entre os 60-81 anos, sugerem que apesar da função física e psicológica estarem relacionadas com as medidas cognitivas mais severas, a segunda associava-se mais à perda de memória. As situações com estados depressivos e sintomatologia ansiosa estavam fortemente relacionadas com o declínio cognitivo tanto nas mulheres como nos homens.

Steen, Sonn, Hanson e Steen (2001) estudaram a relação entre função cognitiva e a capacidade para a realização de actividades de vida diária em dois grupos de idosos com

um intervalo de 10 anos de diferenças de idade, entre os 85 anos de idade e os 95 anos de idade sem diagnóstico de demência, com um desenho transversal. Como principais resultados destacaram a tendência generalizada, para ambos os sexos, da independência na realização das actividades de vida diária físicas e na sua maioria das actividades instrumentais de vida diária. No caso do grupo com idade de 95 anos a tendência verificou-se mais nas mulheres do que nos homens, mas nas mulheres com mais dependência, demonstraram resultados mais baixos nos testes cognitivos. No geral constatou-se que naqueles que se mostravam dependentes na realização das actividades de vida diária apresentavam mais disfunções cognitivas, fadiga, e diminuição de mobilidade em ambos os grupos, comparados com os que eram independentes na realização destas actividades.

A diferença entre sexos na função cognitiva, nos idosos mais velhos, relacionada com o grau de instrução, estudado por van Exel et al. (2001), indica que as mulheres apresentavam uma melhor função cognitiva do que os homens, independentemente do seu grau de instrução ser mais baixo. Este estudo suporta a ideia de que diferenças biológicas, como a presença de arteriosclerose, entre mulheres e homens poderão contar para a diferença entre sexos no declínio cognitivo.

A sensibilização da população idosa em risco de desenvolver esta disfunção é de extrema importância para o incrementar de programas de estimulação da actividade cognitiva com benefícios no retardamento dos seus efeitos negativos (Lingler et al., 2006).

Swain, O'Brien e Nightingale (1999), em estudo com idosos admitidos numa unidade hospitalar ao avaliarem o estado cognitivo destes aquando da admissão, constataram que a avaliação do estado mental com o *Abbreviated Mental Test* (AMT) e o *Mini Mental State Examination* (MMSE) é um procedimento que deve ser realizado a todos os idosos pois são instrumentos que dão informação útil sobre a função cognitiva e permitem discriminar as situações de disfunção do estado mental com benefícios para o acompanhamento destes idosos não só no internamento mas também na comunidade, após a alta.

Kwong e Kwan (2003) estudaram a forma como os idosos lidam com o stress, e concluíram que estes preferem ultrapassar as situações stressantes autonomamente, utilizando estratégias como participar em actividades agradáveis (86,3%), ter pensamentos positivos face a eventos negativos (78,8%), conversarem com outras pessoas, expressando as suas preocupações e sentimentos (51%) e apoio profissional (33%). Nas situações em que os idosos procuram a ajuda de terceiros, esta reporta-se mais à ajuda de familiares e amigos do que a profissionais.

Twamley et al. (2002) concluíram que a redução dos défices cognitivos e dos sintomas negativos em idosos doentes com psicoses (nomeadamente esquizofrenia) poderão melhorar as possibilidades destes doentes se manterem independentes na comunidade.

Mejia, Villa e Ostrossky-Solís (2004) ao estudarem a relação entre demência e estado cognitivo, estado funcional, e grau de instrução demonstraram que o grau de instrução tem um papel importante nas avaliações cognitiva e funcional, sendo que estas são tanto mais elevadas quanto maior for o número de anos de instrução.

Outro aspecto regularmente referenciado como importante para lidar com as alterações resultantes do processo de envelhecimento é o suporte religioso. Krueger, Rober, Shah, Tang e Bennett (2006) avaliaram num grupo de idosos católicos praticantes sem incapacidades funcionais e demências, a relação entre o tipo de personalidade e o desenvolvimento de incapacidades. Os resultados do estudo sugerem que elevados níveis de extroversão e consciência moral (rectidão de carácter) poderão estar associados com risco reduzido de ocorrência de incapacidades durante o envelhecimento.

A preferência por rotinas, na vida diária dos idosos, tem uma associação positiva com níveis de ansiedade, depressão e alterações do domínio cognitivo. Bergua et al. (2006) observaram que associado a um declínio cognitivo geral estava um aumento do desejo por rotinas. Concluem os autores que a "rotinização" progressiva de comportamentos e actividades nas pessoas idosas é um aspecto a ter em consideração na avaliação da vulnerabilidade cognitiva e afectiva e deve ser entendida como um elemento de detecção precoce de dificuldades de adaptação neste grupo.

Ao analisar a relação entre o estado mental subsequente aos efeitos dos benefícios do treino cognitivo em idosos, com e sem demência, evidenciou-se que a habilidade e plasticidade para melhorar a reserva cognitiva como resultado do treino está associado com o risco de disfunções cognitivas. Estes dados sugerem que programas de treino cognitivo podem contribuir para a melhoria dos níveis de reserva cognitiva nos idosos porque estimula a actividade mental, e a actividade mental adicional proporcionada serve como factor protector nesses indivíduos com diagnóstico de pré declínio cognitivo (Boron, Willis & Schaie, 2007). Os mesmos autores indicam que as mulheres apresentam mais distúrbios no humor/disposição, no entanto nos homens observaram-se maiores motivos para a apresentação de distúrbios depressivos. Com o avançar da idade, em ambos os sexos, ocorre um aumento de sintomas de distúrbios de motivação, enquanto os sintomas de distúrbios de humor/disposição evidenciaram uma pequena diferença.

Bruce, Seeman, Merill e Blazer (1994) identificaram que elevados sintomas depressivos estavam associados a um aumento do risco de incapacidades físicas na realização das actividades de vida diárias tanto para os homens como para as mulheres. A sintomatologia depressiva representa um factor de risco para o aumento da incapacidade na realização das actividades de vida diária naqueles indivíduos que estão avaliados com um elevado estado funcional. Sugerem estes dados que o impacto dos factores de risco psicossociais, tais como sintomas depressivos, tenham um efeito mais marcante entre os indivíduos que estão a iniciar a experiência do efeito das doenças crónicas no seu quotidiano.

Aartsen, Smits, van Tilburg, Knipscheer e Deeg (2002), ao estudar o impacto de três tipos de actividade diária (social, experimental e desenvolvimental) em quatro funções cognitivas (memória imediata, aprendizagem, inteligência "fluida" e velocidade de processamento de informação) e um indicador global de função cognitiva durante um período de 6 anos em amostra com representatividade da população de indivíduos com 55 a 85 anos de idade demonstram que nenhuma das actividades revelou associação com a função cognitiva quando controladas para a idade, sexo, nível de educação, saúde assim como outras variáveis estranhas. Em contrapartida, uma das funções cognitivas (velocidade de processamento da informação) aparentemente afectaram a actividade desenvolvimental. Isto sugere que nenhuma actividade em particular, mas sim o estado socioeconómico com as quais as diversas actividades estão intimamente relacionadas, contribui para a manutenção das funções cognitivas.

Harris et al. (2003) para avaliar se as variáveis saúde física, incapacidade, apoio social, factores sócioeconómicos e *locus* de controlo de saúde, eram preditores de sintomas de depressão nas pessoas idosas, utilizaram a escala de depressão geriátrica. As conclusões sugerem que as pontuações elevadas de depressão estavam associadas a (1) disfunções de saúde física, nomeadamente em idosos com doenças cardíacas, diabetes, bronquite crónica e artrite; (2) apoio social, como nas situações de viver sozinho, falta de uma pessoa confidente, frequência de contacto com amigos, falta de contactos telefónicos, insatisfação com o apoio actual e conflitos nos relacionamentos; (3) recursos socioeconómicos, sendo que os idosos com pensões do trabalho com maiores pontuações e por último (4) *locus* controlo de saúde, com uma associação positiva baixa.

Ried e Planas (2002) ao investigar as diferenças entre os homens e as mulheres idosas com idades superiores ou iguais a 65 anos de idade, relativamente à idade, estado de saúde e presença de sintomas depressivos concluíram que com o envelhecimento tanto

as mulheres como os homens referem respostas similares aquando da presença de sintomas depressivos. No entanto, as mulheres relatam em maior percentagem essas queixas relativamente aos homens. Assim, com o envelhecimento as mulheres reportaram-se a um declínio no seu estado de saúde, os seus sintomas depressivos aumentam significativamente mas a um nível mais baixo do que nos homens. Os autores salientam o facto de que apesar do risco de depressão ser, globalmente, mais elevado para as mulheres idosas, é também um assunto de particular relevância a ser referenciado relativamente aos homens que apresentam um agravamento súbito no seu estado de saúde.

A depressão em idosos na idade de reforma tem impacto no desenvolvimento de incapacidades para a realização das actividades de vida diária (Dunlop, Manheim, Song, Lyons e Chang, 2005). Dos principais resultados apresentados por estes autores ressalta o facto de em cada cinco casos de incapacidade no desenvolvimento das actividades de vida diária, um estar associado com a depressão. Em cada 10 idosos deprimidos, um desenvolve dependência em uma ou mais AVD, no espaço de dois anos, estando esta dependência explicada também pela presença de doenças crónicas, limitações funcionais e incapacidade na realização de AVD instrumentais. A saúde mental surge associada à capacidade para as actividades de vida diária sendo determinante para o seu desempenho (Grigsby, Kaye, Baxter, Shetterly & Hamman, 1998).

Samuelsson et al. (2005) em estudo longitudinal para avaliação da incidência e determinação de factores de risco de depressão e distúrbios de ansiedade, destacaram os seguintes resultados: a taxa de incidência para a depressão e para a ansiedade era mais elevada no período entre os 67-81 anos de idade, considerando que uma das razões estava relacionada, neste período de transição, com a ocorrência do evento stressante da viuvez. Os idosos com baixos rendimentos estavam mais susceptíveis de desenvolverem um quadro depressivo, apesar de não existir factor de risco significativo para a ansiedade. Durante a realização do estudo cerca de 14% do grupo desenvolveu um quadro depressivo e ansiedade, com maior incidência nas mulheres do que nos homens.

Constata-se que as mulheres apresentam em maior número estados depressivos e que estes tendem a aumentar com o avançar da idade (Ambo et al., 2001). Outros estudos já tinham demonstrado que a depressão é mais comum nas mulheres (Macintyre, 1994; Murray Research Centre, 1994; Hybels, Blazer & Pieper, 2001; Minicuci, Maggi, Pavan, Enzi & Crepaldi, 2002; Ormel et al., 2002; Blazer, 2003). Uma possível explicação

sugerida para esta diferença de género poderá residir no facto das mulheres terem maior esperança de vida o que lhes atribui uma exposição maior a factores de risco.

Ambo et al. (2001) identificaram outros factores associados à presença de depressão no idoso tais como: o isolamento social, a debilidade física e diminuição das actividades de vida diária. Em contrapartida, identificam nos idosos, como factores protectores de depressão, o facto de residirem em casa própria, terem apoio da família, a presença de crianças e a actividade social.

Quando questionados sobre o que realmente importa na qualidade de vida, as respostas são similares tanto para as mulheres idosas como para os homens idosos, no entanto as mulheres que relatavam existência de estados depressivos apresentavam uma satisfação menor assim como os homens que se apresentavam viúvos (Berg, Hassing, McClearn & Johansson, 2006).

Vários são os estudos que referem a prevalência de depressão no idoso (Macdonald, 1997; Meldon, Emerman, Schubert, Moffa & Etheart, 1997; Lenze et al., 2000; Burns, Dening, & Baldwin 2001; Puskar & Bernado, 2002). Dentro do grupo com diagnóstico de depressão 35% tinham história anterior de pelo menos um distúrbio de ansiedade (Lenze, et al., 2000). Os distúrbios mais comuns diziam respeito a fobias específicas, fobia social e distúrbios de pânico. Os doentes idosos com percepção de saúde debilitada ou a viverem em lares estavam mais sujeitos a ficarem deprimidos (Puskar & Bernado, 2002).

Na crescente população idosa, com a emergência da depressão, e de outras incapacidades como as resultantes da demência, a integração de serviços de saúde mental no âmbito dos cuidados de saúde primários é uma medida que deve ser posta em prática, especialmente quando fica patente em relatórios recentes as necessidades dos idosos com problemas desse foro (Burns et al., 2001; Puskar & Bernado, 2002; Cyr, 2007).

O *deficit* cognitivo e os sintomas depressivos estão relacionados com o número de serviços utilizados e com a utilização específica de cada serviço social ou de saúde. Intervenções de carácter preventivo e de tratamento da depressão devem ser considerados para diminuir as necessidades de serviços em idosos vivendo na comunidade (Roelands, van Oyen, Depoorter, Baro & van Oost, 2003).

Deficits cognitivos e físicos (como obesidade) e redução da actividade física estão entre os mais importantes preditores da diminuição da qualidade de vida em idosos residentes na comunidade. Em idosos institucionalizados estes aspectos funcionais aparentam

menos importância dado tornar-se dominante o papel das doenças concomitantes (Borowiak & Kostka, 2004).

Ramirez e Lukenbill (2007) desenvolveram um instrumento para avaliação de medo em adultos com diminuição das capacidades mentais e concluíram que este instrumento é útil na avaliação das necessidades destas pessoas.

Um estudo epidemiológico recente realizado numa amostra representativa de idosos, a nível nacional nos Estados Unidos da América, residentes na comunidade e em lares estimou que existem aproximadamente 800.000 idosos com idade igual ou superior a 65 anos a residirem na comunidade que apresentam perda de memória ou estados de confusão, e cerca de 2,3 milhões de idosos mais velhos com limitação das suas actividades causada por demência ou senilidade. Quanto aos idosos residentes em lares estimaram que cerca de 632.000 idosos com idade igual ou superior a 65 anos apresentavam relatórios médicos com diagnóstico de demência (Bernstein & Remsburg, 2007).

A manutenção de um estilo de vida activo com o envolvimento de actividades educacionais que estimulam a capacidade mental e a memória nas primeiras décadas de vida do indivíduo tem um impacto positivo no funcionamento cognitivo ao longo da vida e é determinante como factor protector contra o declínio cognitivo no processo de envelhecimento (Fritsch, McClendon, Smyth, Lerner, Freidland & Larsen, 2007).

Outras investigações apontam para o efeito independente das actividades sociais e físicas ao nível da cognição e nos seus diferentes domínios (Richards & Deary, 2005; Wilson, Barnes, Krueger, Hoganson, Blenias & Benner, 2005) e que foram reforçadas pelo estudo de Fritsch et al. (2007) pois estes autores constataram que na idade avançada as actividades sociais e físicas providenciavam uma protecção menor relativamente às actividades mentais, sendo que nestas últimas foi observado um impacto na velocidade de processamento de informação a um elevado grau.

Alguns estudos demonstraram que ter poucos contactos sociais e uma rede social de apoio pobre estão associados a um elevado risco de declínio cognitivo e demência (Bassuk et al., 1999; Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan & Winblad, 2000; Wang, Karp, Winblad & Fratiglioni, 2002; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser & Otero, 2003). Outros trabalhos constataram a associação entre o estado marital e a função cognitiva, observando que tanto os homens como as mulheres casados, tinham um risco menor de vir a desenvolver demência ou doença de Alzheimer comparados com os que estavam viúvos, divorciados e separados (Helmer et al., 1999a, 1999b; Fratiglioni et al., 2000).

Outras investigações têm revelado que os homens e as mulheres que vivem sozinhos estão em maior risco de desenvolver demência do que aqueles que vivem com outras pessoas (com o cônjuge, crianças, e outros, ou até num lar) (Fratiglioni et al., 2000; Sibley et al., 2002). O efeito protector de estar casado ou de viver em coabitação, em relação ao declínio cognitivo, pode estar relacionado com a estimulação cognitiva entre companheiros, protegendo assim da deterioração mental. Por outro lado, a perda do cônjuge/companheiro pode causar mudanças no estilo de vida e precipitar situações de stress e depressão. Especialmente nos homens, a perda da companheira verificou-se estar associada com situações mais stressantes e maior risco de desenvolver depressão (Lee, DeMaris, Bavin & Sullivan, 2001).

van Gelder et al. (2006) realizaram um estudo multicultural (Finlândia, Itália, Holanda, conhecido como o estudo FINE – *Finland, Italy, the Netherlands Elderly*) numa amostra de homens idosos com idades compreendidas entre os 70-89 anos, casados e não casados. Os resultados mostraram que os homens viúvos, os que não estavam casados, ou aqueles que começaram a viver sozinhos, ou que viviam sozinhos há pelo menos cinco anos tinham duas vezes mais efeitos subsequentes ao declínio cognitivo em comparação com o grupo de homens que estavam casados ou que viviam acompanhados durante esse período de tempo.

Um estudo epidemiológico recente realizado com base nos dados de uma amostra representativa a nível nacional nos Estados Unidos da América a idosos que residem na comunidade e em lares estimou que existem aproximadamente 800.000 idosos com idade igual e superior a 65 anos a residirem na comunidade que apresentam perda de memória ou estados de confusão, e cerca de 2,3 milhões de idosos mais velhos com limitação das suas actividades causada por demência ou senilidade. Quanto aos idosos residentes em lares estimaram que cerca de 632.000 idosos com idade igual e superior a 65 anos apresentavam relatórios médicos com diagnóstico de demência (Bernstein & Remsburg, 2007).

Os idosos com problemas de saúde mental, em particular os idosos com sintomas depressivos e de demência, têm o direito a que lhes proporcionem o apoio devido para as suas necessidades ao nível dos cuidados de saúde primários. Neste sentido, é necessário reforçar o papel impar da equipa de saúde multidisciplinar no apoio ao idoso sensibilizando-o para os seus direitos e defendendo-o de situações de isolamento social, maus cuidados, abandono e abuso (Fulmer, 2003; Neno & Neno, 2005; Racic, Kusmuk, Kozomara, Debelnogic & Tepic, 2006; Tucker, Hughes, Scott, Challis & Burns 2007).

Outro desafio que se coloca para os profissionais de saúde mental na resolução destas necessidades da população idosa é a tendência que este grupo etário apresenta na relutância em procurar ajuda para estas necessidades, em particular os que se encontram a viver sozinhos por motivo de viuvez ou por pobreza, salientando os homens viúvos e as mulheres com baixos recursos económicos como os mais vulneráveis a apresentarem sintomas de depressão relacionados com o aumento do isolamento e diminuição da actividade social (Lagana, 1995; Thorson, 2000).

Neste contexto, Burns et al. (2001) e Harris et al. (2003) sublinham que os serviços para pessoas idosas com problemas de saúde mental requerem adequados recursos, uma abordagem multidisciplinar para avaliação, administração e integração de serviços, com relevo para os serviços de saúde e apoio social.

2.4. SAÚDE FÍSICA

A abordagem da saúde física na pessoa idosa remete-nos para a coexistência da diversidade de factores que acompanha o processo de envelhecimento e a possibilidade de diferentes interacções entre estes, associada a um aumento na vulnerabilidade para problemas crónicos de saúde.

Com o avançar da idade, decréscimos fisiológicos, doenças crónicas, e outros problemas de saúde tendem a acumular-se e a interferir no estado de saúde do indivíduo e na sua qualidade de vida. O diagnosticar crescente de problemas comuns acrescenta complexidade ao estado de saúde da pessoa idosa, que habitualmente é caracterizada com a preexistência de problemas de saúde, tornando a avaliação do estado geral de saúde da pessoa idosa extremamente desafiadora. As necessidades de saúde e a comorbilidade dos problemas de saúde das pessoas idosas apelam para um foco especial (Yancik et al., 2007).

Algumas das mudanças envolvem processos naturais e patológicos próprios do envelhecimento afectando a maioria dos idosos. Artrite, hipertensão, cancro, diabetes, osteoporose e doença de Alzheimer são os principais exemplos de doenças que ocorrem primariamente nos idosos. As doenças cardiovasculares, cerobrovasculares, e do sistema pulmonar são outras situações de saúde que se encontram também em pessoas

idosas. As incapacidades funcionais, e as síndromes geriátricas (incontinência, quedas, disfunções) estão comummente associadas com o envelhecimento.

O conceito de comorbilidade varia de acordo com os objectivos da prática e da investigação. O conceito aqui introduzido é definido tendo em conta o estado físico da pessoa e as suas necessidades de saúde. Neste sentido, a comorbilidade indica a co-ocorrência de situações de saúde pré-existentes e relacionadas com a idade (e.g., incapacidade, disfunções, anemia, incontinência urinária) ou doenças (e.g., diabetes, doença coronária, hipertensão).

Decorrente da revisão da literatura, identificamos duas bases conceptuais de comorbilidade, uma de Mandelblatt (Figura 4) e outra de Ferruci (Figura 5) citadas por Yancik et al. (2007).

A primeira, considera as abordagens, os mecanismos e as avaliações sub-clínicas como duas componentes separadas, mas complementares entre si. Em paralelo, a comorbilidade deveria ser desenvolvida para enumerar resultados específicos (e.g., mortalidade, qualidade de vida, incapacidade, utilização dos serviços de saúde). Neste quadro conceptual, a comorbilidade pode ser vista tendo em conta as diferentes áreas e identificar diferentes instrumentos para a avaliação de todos os aspectos referentes ao estado de saúde que são de domínios relevantes. O esquema de Mandelblatt, citado por Yancik et al. (2007) (Figura 4) providencia uma visão da complexidade da investigação, com um *continuum* desde os factores de risco aos sintomas pré-clínicos de doença até ao despoletar da doença, às limitações nas funções básicas, às disfunções na performance dos diferentes sistemas, aos sintomas, à complexidade do funcional como um todo, e finalmente às implicações na qualidade de vida e consequente dependência. Tendo em conta a natureza da investigação, estes elementos são essenciais na avaliação de múltiplas morbilidades.

Figura 4 – O impacto das doenças crónicas decorrentes do envelhecimento

Resultados: Incapacidade, sobrevivência, utilização dos serviços de saúde, qualidade de vida

Fonte: Adaptado de Yancik et al., 2007 (Modelo conceptual de Mandelblatt)

Na segunda base conceptual de Ferruci citado por Yancik, et al., (2007) (Figura 5) a comorbilidade é definida como um factor intermediário entre os processos fisiológicos e os resultados finais de saúde (e.g., estado funcional, estado de saúde).

Neste modelo, Ferruci, citado por Yancik et al. (2007), enfatiza as interacções entre a nosologia médica convencional e a abordagem geriátrica compreensiva ou multidimensional. Tem em conta uma perspectiva do envelhecimento em que se dá mais ênfase à acumulação das disfunções biológicas nos múltiplos sistemas que contribuem para o cenário clínico geral e suas consequências funcionais. As disfunções biológicas básicas que estão na base da fisiopatologia tais como o stress oxidativo, inflamação, hipoxia, apoptose, alterações hormonais, estão na base do aparecimento das diferentes doenças e disfunções. Por último, a combinação entre as disfunções fisiológicas e as doenças tem em conta com a relação destes com os resultados, que em geriatria são na sua maioria de natureza funcional (Yancik et al., 2007).

Figura 5 – A comorbilidade na interface entre a fisiopatologia e os resultados de saúde.

Fonte: Adaptado de Yancik et al., 2007 (Modelo conceptual de Ferruci)

Compreende-se assim, que a abordagem da comorbilidade decorrente do envelhecimento considera que o estado de saúde das pessoas idosas é condicionado em grande medida por um acumular de disfunções biológicas dos múltiplos sistemas, coadjuvado por outros determinantes de saúde (Boyd et al., 2007; Karlamangla, Tinetti, Studenski, Wetle & Reuben, 2007; Yancik et al., 2007).

As determinantes de saúde nos idosos são complexas, abrangendo as diversas dimensões: funcional, mental, social, económica e ambiental (Andrews, 2001).

O conhecimento dos determinantes da mudança do estado de saúde física ao longo do tempo é de elevada importância para a adequação dos cuidados de saúde focalizados no âmbito da promoção de saúde em particular na população adulta idosa (Wilson, Elliott, Eyles & Keller-Olaman, 2007). Daqui resulta a necessidade de se realizarem estudos sobre a avaliação do estado de saúde física da população idosa.

No contexto das sociedades contemporâneas, as causas de morbilidade e mortalidade mais comuns nos idosos são, a hipertensão, a insuficiência cardíaca, a diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares, as doenças neoplásicas e as alterações da acuidade visual e auditiva (Warshaw, 2006). De acordo com Anderson e Horvath (2004) cerca de 84% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos sofrem de pelo menos uma doença crónica, e 62% têm duas ou mais. Por exemplo a hipertensão existe de forma isolada

somente em 17% dos idosos, nos 83% restantes existe pelo menos outra condição crónica associada (Anderson & Horvath, 2004).

A hipertensão é uma condição com expressão na população idosa, existindo uma diferença entre sexos na sua prevalência, maior entre as mulheres, sendo a sua frequência superior a 75% nas mulheres de idade igual ou superior a 75 anos (Vasan et al., 2002 citado por Supiano, 2006).

A doença coronária é a maior causa de morte e incapacidade nas pessoas idosas (American Heart Association Statistics Committee, 2006 citado por Kraschnewski, Alexandre & Peterson, 2006). Segundo estes autores, a média de idade da ocorrência do primeiro enfarte agudo do miocárdio (E.A.M.) nos homens é de 65,8 anos e nas mulheres de 70,4 anos, com mais de 80% de mortes causadas por doença coronária em indivíduos com idade superior a 65 anos.

Num estudo relacionado com doentes que tiveram o primeiro enfarte agudo do miocárdio, nove factores de risco foram identificados como explicativos para mais de 90% dos riscos coronários dos sujeitos estudados e comparados com um grupo de controlo. Estes factores incluíam, hábitos tabágicos, colesterol elevado, hipertensão, diabetes mellitus, obesidade abdominal, estilo de vida sedentário, baixo consumo de frutas e vegetais e stress psicológico. Estes factores mantinham-se significativos independentemente da idade, género, grupo étnico e localização geográfica (Yusuf et al., 1994).

Muitos dos idosos com doença coronária evidenciaram vulnerabilidade no seu estado geral de saúde, independentemente da idade. Estes idosos têm piores resultados de saúde, incapacidade, dependência, risco de quedas e necessidade de cuidados continuados (Fried et al., 2004 citado por Kraschnewski, Alexandre & Peterson, 2006).

A hipertensão é a doença cardiovascular mais comum que leva os idosos ao hospital. É seguida da falência cardíaca, considerada a maior causa de incapacidade crónica, disfunção na tolerância ao exercício, redução da qualidade de vida, perda de independência, institucionalização e morte, entre a população idosa norte americana (Thomas & Rich, 2006).

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

Outra doença crónica com elevada incidência nos idosos é a diabetes mellitus que afecta mais de uma pessoa em cada cinco, e que compromete na globalidade o estado funcional destes (Sakharova & Inzucchi, 2005). A média de idade para o aparecimento desta doença é de 60 anos, a prevalência nas pessoas idosas com idade acima dos 65 anos é de 15 a 20%, com taxas mais elevadas a partir dos 75 anos de idade (Pompei, 2006).

As complicações multi-sistémicas decorrentes desta doença metabólica afectam adversamente a qualidade de vida dos idosos (risco de doença cardiovascular, retinopatia, falência renal, neuropatia), originando por sua vez, instabilidade emocional, depressão, dificuldades na marcha, risco de queda, incontinência urinária, dor e declínio cognitivo.

A osteoporose consiste na diminuição da qualidade óssea facilitando fracturas, espontâneas ou em consequência de pequenos traumatismos. Geralmente estes traumatismos estão associados a quedas por desequilíbrio ou simplesmente ao levantar da cama. Esta doença está a ter cada vez mais relevância como um problema de saúde pública pelas consequências que acarreta em termos de morbilidade, incapacidade e gastos em cuidados de saúde e sociais. A osteoporose não é exclusiva das mulheres idosas, mas é nestas que mais frequentemente ocorre. As mulheres idosas têm mais incidência de fractura da anca devido à aceleração da perda de tecido ósseo após a menopausa e uma taxa mais elevada de quedas. Comparando com os homens, estas vivem mais tempo o que aumenta bastante os riscos de fractura (Cummings & Melton, 2002).

Alteração na acuidade auditiva com perda de audição, sobretudo para determinados sons, é a terceira condição mais comum entre os idosos. Estima-se que esteja presente em cerca de 25%-40% de pessoas com idade acima dos 65 anos, 50% naquelas com idade superior a 75 anos, e em 80% daquelas com idade superior a 85 anos (Bance, 2007). A disfunção deste órgão dos sentidos tem repercussões na vivência da pessoa, pois a perda de audição altera todo o processamento mental, a saúde mental e emocional e as perspectivas educacionais e ocupacionais. Nos idosos esta perda tende a levá-los ao isolamento social, depressão, afastamento das actividades de vida diária e frustração com e entre os familiares e amigos (Wallhagen, Strawbridge, Shema, Kurata & Kaplan, 2001; Bance, 2007).

Num estudo similar, Campbell, Crews, Moriarty, Zack e Blackman (1999) verificaram numa amostra com 8.767 idosos com 65 ou mais anos de idade com doenças crónicas ou com disfunções relacionadas com o processo de envelhecimento, que 18% da população estudada referia diminuição da acuidade visual, 33,2% diminuição da acuidade auditiva. Os efeitos negativos destas disfunções afectaram o desempenho nas activida-

des de vida físicas. Aproximadamente 34% dos participantes mencionaram alterações no seu estado de saúde que influenciaram de forma negativa a sua qualidade de vida. Nos indivíduos com mais de 85 anos de idade, 61% referiram dificuldades em uma ou mais actividades de vida diárias relacionadas com disfunções sensoriais ou doenças crónicas que limitaram a sua função física, psicológica e social.

É conhecida a associação entre a gravidade de alteração de acuidade visual e auditiva e a mortalidade nos idosos (Lee et al., 2007). Estes autores concluíram que existe um aumento de risco de mortalidade nas mulheres com gravidade de alteração de acuidade visual e de acuidade auditiva. Foi igualmente identificado risco de mortalidade para os homens mas mais moderado. Estes autores sugerem a prevenção de disfunções da acuidade visual e auditiva como prioridades de saúde pública, dada a relevância deste assunto na população envelhecida.

Associado a todo o reportório de doenças crónicas está a dor crónica, definida como uma experiência subjectiva sensorial desagradável (Dodla & Lyons, 2006). Aproximadamente 25% a 50% dos idosos que vivem na comunidade e cerca de 45% a 80% dos que residem em lares sofrem de dores crónicas (American Geriatric Society Panel, 2002 citado por Dodla & Lyons, 2006).

A avaliação da dor no idoso numa perspectiva multidimensional deve ter em consideração não só as causas associadas a doenças crónicas comuns na idade avançada mas em particular a dor de origem neuropática e das suas implicações nas actividades de vida diárias nomeadamente no aumento das incapacidades e diminuição do nível de saúde do idoso que reside na comunidade. Aliada a esta avaliação está o controlo da dor com a prescrição adequada de analgésicos de acordo com as necessidades de cada idoso e ajustando às particularidades de cada um (Smith, Torrance, Bennett & Lee, 2007; Zyczkowska, Szczerbinska, Jantzi & Hirdes, 2007).

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

Acresce a esta situação a questão dos idosos não valorizarem tanto as dores crónicas em relação aos mais novos, pois consideram como uma decorrência normal do seu processo de envelhecimento (Bernabei et al., 1998). A avaliação da dor deve ser devidamente realizada, pois desta pode resultar o declínio da condição física, afectar a disposição geral, a vida social e acima de tudo o estado funcional da pessoa idosa.

Particular atenção deve ser dirigida para aqueles idosos com disfunções cognitivas moderadas a severas cuja avaliação deve ter em conta as observações dos familiares e cuidadores (Dodla & Lyons, 2006).

Doenças crónicas da boca e dentes também são um problema comum nos idosos, associados a problemas de gengivite, periodontites, cáries dentárias e falta de dentes, que têm como consequência dificuldades na mastigação. Acresce a esta situação a diminuição de saliva nos idosos e a dificuldade em realizar adequadamente a higiene oral pela diminuição da destreza manual (Shay, 2006).

Uma outra condição que é comum com o avançar da idade relaciona-se com as alterações do padrão do sono. Tipicamente, com o avançar da idade, existe uma tendência a alterar-se o ritmo de sono: os idosos tendem a deitar-se mais cedo e a levantar-se também mais cedo. Acordam mais vezes durante a noite e experienciam um sono mais fragmentado, em que as fases de sono profundo quase que desaparecem (Wolkove, Elkholy, Baltzan & Palayew, 2007).

As alterações do ritmo de sono-vigília podem decorrer de factores internos (alterações fisiológicas ou patológicos), de factores externos (como as condições ambientais de exposição à luz solar), ou estímulos sonoros e outros (Martin, Marler, Harker, Josephson & Alessi, 2007). Contudo, a maioria dos problemas relacionados com o sono nos idosos não são o resultado de problemas de mudança do biorritmo circadiano mas resultam antes dos efeitos secundários de medicação, de doenças crónicas, depressão, ansiedade e diminuição da mobilidade (Ohayon, Carskadon, Guilleminault & Vitiello, 2004; Lesage & Scharf, 2007).

Os idosos tendem a estar menos expostos à luz do que os mais novos, e requerem mais tempo de exposição para regular o seu ritmo (Martin et al., 2007). Neste contexto, a sonolência durante o dia está associada a alterações funcionais numa extensa série de actividades. A diminuição da funcionalidade no dia-a-dia dos idosos que apresentam este quadro de sonolência diurna tem implicações negativas nomeadamente: risco de quedas, diminuição do convívio social, alteração da função cognitiva e alterações cardiovasculares (Brassington, King & Bliwise, 2000; Gooneratne et al., 2003).

Associados aos distúrbios do sono estão as situações de acordar a meio da noite devido a necessidade de urinar, dores osteoarticulares e efeitos secundários de medicação (Hill, Cumming, Lewis, Carrigton & Couter, 2007).

As mulheres idosas tendem a relatar mais distúrbios do sono do que os homens, estando associados a estes as dificuldades em adormecer devido à diminuição dos estrogénios no período de perimenopausa e que se agravam com o avançar da idade (Hill et al., 2007).

Desta forma, a estimativa das condições de saúde nos idosos traduz-se no desenvolvimento de métodos de avaliação de custos efectivos na prevenção de incapacidades entre a população idosa. Neste sentido, Stuck, Elkuch, Dapp, Iliffe e Swift (2002) destacam a prevalência de factores de risco como: alimentação com excesso de gordura (25%-54%); falta de actividade social (15%-47%), baixa actividade física (28%-46%), diminuição da acuidade visual (17%-38%), diminuição da acuidade auditiva (23%-25%), e incontinência urinária (13%-37%).

Pedersen, Rothenberg e Maria (2002) em estudo sobre estilos de vida numa população de idosos com idades compreendidas entre os 75 anos e os 80 anos, tendo em conta a actividade física, hábitos tabágicos, consumo de álcool, alimentação saudável e as atitudes face a estes comportamentos, concluíram que as mulheres apresentaram estilos de vida mais saudáveis. Constataram ainda um decréscimo na implementação de medidas saudáveis nos idosos com idades entre os 75 e os 80 anos, mas não houve mudança na crença da importância do papel individual na manutenção da saúde. Apesar da actividade física ter sofrido um decréscimo, a atitude face a esta manteve-se. Na globalidade não se identificaram grandes diferenças, e apesar de ocorrer um decréscimo de atitudes para melhorar a saúde, os comportamentos saudáveis existentes apresentaram-se estáveis. No referido estudo, 60 a 70% do total dos idosos acreditava que os esforços pessoais para se manterem saudáveis eram importantes.

Laukkanen, Leskinen, Kauppinen, Sakari-Rantala e Heikkinen (2000) em estudo longitudinal de *folow-up* de 5 anos para identificação de factores preditores da manutenção dos idosos na comunidade, destacaram da análise multivariada os seguintes resultados: o aparecimento de doenças graves e sintomas de doenças em geral afectaram a população que residia na comunidade, sendo que aqueles com maior gravidade do estado de doença necessitaram de cuidados institucionais. O efeito também se observou nas limitações das performances físicas e capacidade cognitiva bem como na necessidade de ajuda na realização das actividades de vida diária. Os mesmos autores sugerem que os programas de prevenção, tratamento e reabilitação com a finalidade de promoverem a independência dos idosos na comunidade, devem ter em atenção o grau de gravidade das doenças, a performance funcional, e a capacidade de executar as actividades de vida diária em especial no grupo de idosos mais velhos.

Outro estudo similar, realizado por Leinonen, Heikkinen e Jylhä (2001), obteve os mesmos resultados, reforçando que a actividade física, a presença de um número reduzido de doenças crónicas e a manutenção da capacidade funcional eram os factores com importantes implicações directas nos níveis do estado de saúde entre os idosos.

A actividade física moderada tem demonstrado ter efeito protector no desencadear da incapacidade. Brach, Simonsick, Kritchevsky, Yaffe e Newman (2004) em estudo comparativo entre dois grupos de idosos, o primeiro com idosos que praticavam exercício físico e outro com idosos activos fisicamente (mas que não realizavam qualquer exercício físico), após o controle das variáveis demográficas, prevalência de doenças, estilo de vida, concluíram que os idosos com actividade física moderada, com duração de 20 a 30 minutos na maioria dos dias da semana, apresentaram melhor função física do que aqueles que estavam inactivos ou só activos nas actividades de vida diária. É importante a manutenção de actividade física no idoso pois garante protecção contra as limitações funcionais, contudo a realização de exercício físico regular confere melhores benefícios na capacidade física.

Wilson et al. (2007) concluíram que os factores chave que afectavam as mudanças do estado físico de saúde são compostos por factores de características individuais (ex. hábitos tabágicos, obesidade, insatisfação com o seu estado de saúde utilização de cuidados de saúde), seguidos de factores contextuais (ex. estado marital) ou colectivos (ex. vizinhança), sendo estes dois últimos de menor relevância. Ao contrário de outros estudos, não revelaram associações significativas entre a mudança do estado físico de saúde entre género e idade, salientando a influência do nível socioeconómico e estilo de vida como preditores da mudança do estado de saúde.

O crescente número de défices nos idosos, tal como a diminuição muscular a diminuição do equilíbrio ou alterações neuromusculares, resulta em disfunção que pode levar a dificuldades na realização das actividades de vida diária, bem como serem causa de quedas. A avaliação da mobilidade funcional permite aos profissionais de saúde terem uma noção objectiva das capacidades dos seus utentes idosos e determinarem em conjunto um programa diário de mobilidade que garanta a sua independência (Bischoff et al., 2003).

Shakari-Rantala, Avlund, Frändin e Era (2002) realizaram um estudo sobre incidência das restrições na mobilidade em dois países nórdicos com duas amostras de idosos (homens e mulheres) com idades igual ou superior a 75 anos de idade, em que os participantes foram questionados acerca da sua capacidade em se mobilizar ao levantar-se da cama

para a cadeira e vice-versa, sobre a mobilidade dentro de casa e fora de casa, e subir escadas. Neste estudo salientou-se a frequência de limitações relacionadas com a mobilidade fora de casa e o subir escadas (44%-60%); já a velocidade a andar e o subir escadas foram capacidades que se deterioram entre 4% a 36% dos participantes, dependendo no género e na localidade.

Fried, Bandeen-Roche Chaves e Johnson (2000) desenvolveram um estudo para avaliar os factores preditores de incapacidade na mobilidade em mulheres idosas numa fase inicial de avaliação da diminuição da capacidade num rastreio pré-clínico. O grupo foi constituído por 436 idosas a residir na comunidade, com idades compreendidas entre os 70 e os 80 anos, sem disfunção cognitiva, e sem referência a dificuldades e/ou limitações em qualquer área ou, quando existente, reportando-se à função física relacionada com a mobilidade. Salientaram que ao longo do estudo ocorreu diminuição da mobilidade em algumas mulheres, nomeadamente nas actividades físicas relacionadas com a dificuldade na deambulação, velocidade de marcha e subir escadas. As variáveis idade, viver sozinha, número de doenças crónicas, força nos joelhos, equilíbrio e sintomas depressivos não foram identificados como factores preditores na diminuição da capacidade de mobilidade nas mulheres idosas do grupo referenciado.

Acresce a esta dimensão da mobilidade funcional o risco de queda nos idosos, estando estimado que cerca de um terço deste grupo sofre de quedas em cada ano, colocando-os em risco de ferimentos, declínio funcional e utilização de serviços de saúde (Tinetti, Gordon, Sogolow, Lapin & Bradley, 2006).

O risco de quedas contribui para o declínio do estado funcional no idoso. Este está associado a alterações do equilíbrio, défices sensoriais, diminuição da força muscular, doenças neoplásicas, anemia, má nutrição e medicação (efeitos secundários de antidepressivos e hipnóticos) (Tinetti, Doucette, Claus & Marottoli, 1995; Tinetti, Gordon, Sogolow, Lapin & Bradley, 2006; Rubenstein, 2006). Com o intuito de estudar a relação entre a percepção do estado de saúde, estado funcional e risco de queda, Bergland Petersen e Laake (2000) desenvolveram um estudo numa amostra de 431 idosos noruegueses a residirem em casa e identificaram que o factor mais associado ao risco de queda nos idosos era a dificuldade em manter o equilíbrio durante a deambulação.

Associados ao risco de queda encontram-se as condições de alteração do equilíbrio, a forma de andar, cognição, acuidade visual e força muscular, utilização de medicação psicoactiva, sintomas depressivos, hipotensão postural e artrite e ainda os obstáculos do

meio envolvente, como a presença de escadas e passeios sem segurança (Tinetti, Speechley & Ginter, 1988; Sattin, 1992; Bergland & Wyller, 2004; Tinetti et al., 2006).

As condições são multifactoriais e apontam para uma estreita ligação entre o desempenho cognitivo e a condição física associados ao meio envolvente onde os idosos residem (Tinetti et al., 2006).

Neste contexto, surge reiterada a associação entre o estado cognitivo e a função física entre os adultos de meia-idade e os idosos. Diminuição da capacidade cognitiva foi considerada, de forma consistente, associada a declínios significativos na performance e condição física e com uma maior dependência nas actividades físicas e instrumentais de vida diária (Coppin et al., 2006).

Outra dimensão do estado físico refere-se à diminuição da habilidade manual com o avançar da idade em ambos os sexos, especialmente a partir dos 65 anos, com um declínio gradual. A deterioração da habilidade manual ocorre devido em particular à presença de alterações músculo esqueléticas, vasculares e nervosas e de doenças como osteoporose, osteoartrite e artrite reumatóide e doença de Parkinson. As repercussões são visíveis no padrão de preensão (agarrar e apertar com firmeza). A avaliação deste padrão e da funcionalidade manual são necessários para determinar tratamentos e utilização de utensílios adequados, no sentido de manter a independência nas actividades de vida diária que requerem a destreza manual (Carmeli, Patish & Coleman, 2003).

A saúde e o bem-estar dos idosos podem ser modificáveis, e ganhos substanciais podem ser realizados, através do investimento na promoção da saúde e condição física ao longo da vida. As determinantes da participação em actividades físicas nos idosos são diversos, abrangendo dimensões como: funcional, mental, social, económica e ambiental (Zalewski, 2007).

Actividades de promoção de saúde devem ter em conta os elementos psicológicos e sociais, estando comprovado que nos idosos a actividade física moderada regular associada a actividades sociais e ocupacionais (por exemplo: caminhar, dançar, jardinagem) trazem benefícios para a saúde dos idosos que as praticam (Andrews, 2001).

Bijnem, Feskens, Caspersen, Mosterd, e Kromhout (1998) em estudo longitudinal (10 anos) sobre as actividades físicas num grupo de homens idosos, concluíram que o tempo total despendido em actividades físicas diminui ao longo dos 10 anos. Alertam para que este decréscimo não seja explicado pelo declínio do estado funcional (que representa um

indicador da presença de incapacidade ou doença). Em vez disso, esta diminuição especialmente nas actividades de andar de bicicleta e jardinagem tem relação com os efeitos do processo de envelhecimento, enquanto que para a actividade de caminhar, o tempo despendido se manteve estável ao longo do *folow-up*.

A avaliação do perfil de actividade física, nos grupos de idosos com doenças crónicas como a presença de dor crónica e inflamatória, com alterações neurológicas, cardio respiratórias e renais, bem como em pessoas idosas saudáveis, deverá ser realizada, pois é um elemento importante para definição e adequação de um programa de acordo com as necessidades e possibilidades de cada indivíduo (Davidson & Morton, 2007).

O deficite auditivo tem elevada prevalência nos idosos e surge associado a incapacidade cognitiva e/ou depressão, com redução do status funcional. A resposta a este problema, negligenciado com frequência, pode ser factor de incapacidade cognitiva e promotor de menor qualidade de vida (Cacciatore et al., 1999).

As diferenças entre sexo e a percepção subjectiva do estado de saúde, cognição, depressão e incapacidade, têm revelado que para o grupo masculino a percepção subjectiva da saúde foi avaliada como preditor da mortalidade, independentemente das variáveis sócio demográficas, estado de saúde física, sintomatologia depressiva, função cognitiva e incapacidade. No caso do grupo feminino tal não se constatou, sendo esta medida mais indicada para a aplicação em grupos masculinos (Helmer, Barberger-Gateau, Letenneur & Dartigues, 1999).

Da revisão da literatura é evidenciado que relativamente à avaliação subjectiva sobre o estado de saúde, as mulheres, em geral, referem piores níveis de qualidade de vida do que os homens, para a maioria dos seus indicadores (estado de saúde físico, capacidade funcional, adequação de rendimentos, contactos sociais, stress psicológico e habilidade cognitiva). A particularidade que pode justificar estas diferenças na avaliação subjectiva do estado de saúde entre sexos, tem vindo a ser identificada com uma divergência na avaliação qualitativa de *"pobre"* e *"boa/excelent*e", diferentemente interpretada por homens ou por mulheres (Pragger, Walter-Ginzburg, Blumstein & Modan, 1999).

Bath (2003) realizou um estudo longitudinal para examinar as diferenças entre homens e mulheres relativamente a: (a) capacidade e auto avaliação do estado de saúde em predizerem a mortalidade; (b) efeitos dos diferentes *follow-up* na relação do estado de saúde com a mortalidade, e (c) importância relativa da auto avaliação do estado de saúde e da auto avaliação na mudança do estado de saúde em predizer as taxas de mortalidade. Nesse estudo foram identificados factores preditores para ambos os sexos; assim a

idade, relacionou-se tanto para as taxas de mortalidade feminina e masculina. As variáveis saúde física, saúde mental e actividade física também explicavam a relação das taxas de mortalidade entre as mulheres. As mudanças da auto percepção do estado de saúde em predizer as taxas de mortalidade verificaram-se para ambos os sexos, sendo explicada similarmente quanto à idade e saúde física. O envolvimento social foi um factor preditor independente entre as mulheres e os homens o que contraria outros estudos, justificando a necessidade de adequar os estudos em relação à sua duração e quanto ao género, aprofundando a questão dos benefícios das actividades física e social na redução da mortalidade entre os idosos.

Fone e Lundgren-Lindquist (2003), ao estudarem a relação entre o estado de saúde, capacidade funcional e o envelhecimento bem sucedido em idosos com idades compreendidas entre os 65-85 anos de idade, observaram que a maioria dos idosos avaliava a sua saúde como muito boa ou excelente para a sua idade, surgindo como condicionantes as situações relacionados com a toma de medicação para controlar doenças crónicas, ou casos de quedas no ano anterior à recolha de dados. Os homens apresentaram valores de maior actividade física do que as mulheres e o declínio físico foi mínimo a partir dos 75 anos de idade. Este estudo revelou que nos idosos o papel das actividades ocupacionais é particularmente importante para o envelhecimento bem sucedido, independentemente das limitações impostas por este processo.

A alteração do equilíbrio é um factor crítico determinante para a incidência das quedas em idosos vulneráveis, particularmente no sexo feminino. Karinkanta, Heinonen, Sievanen, Uusi-Rasi e Kannus (2005) avaliaram um conjunto de parâmetros, desde a qualidade de vida, equilíbrio dinâmico, equilíbrio postural, força muscular isométrica dos membros inferiores na realização de actividades de vida diária. Os resultados evidenciaram que 55% da população tinha actividade física regular sendo de preferência: o caminhar, a natação e a hidroginástica as actividades escolhidas; e 45% da população era sedentária. Naquelas mulheres que caminhavam regularmente, foi observado um melhor equilíbrio dinâmico, evidenciando-se este como um forte preditor da qualidade de vida. Demonstraram que a manutenção de uma adequada força muscular, a nível dos membros inferiores, é crucial para um adequado equilíbrio dinâmico nas mulheres que vivem na comunidade.

O efeito que a dor causa nas actividades diárias físicas e as suas repercussões psicológicas na população idosa não é devidamente entendido. Nesta medida, Scudds e Ostbye (2001) desenvolveram um estudo num grupo de idosos no sentido de descreverem a duração e relação da dor com a incapacidade e a sua interferência nas funções físicas e

psicológicas do dia-a-dia. Assim, aqueles idosos que reportaram dor, (maioritariamente mulheres) referiam que era mais a dor moderada que interferia nas suas capacidades físicas (movimentar-se, tarefas diárias, actividades recreativas, dormir) e na função psicológica (disposição, alegria de viver). A intensidade da dor e a presença de doenças crónicas também se mostraram significativamente relacionadas com a interferência nas actividades diárias quer físicas quer psicológicas. A dor e a relação entre a dor e incapacidade são significativamente referidas pelos idosos, apontando-se a avaliação da dor como um parâmetro a ser devidamente considerado no sentido de maximizar as funções físicas e psicológicas na população idosa.

Certas funções são mais sensíveis ao processo de envelhecimento do que outras. De entre os órgãos efectores o aparelho locomotor é aquele que é afectado mais precocemente e onde as performances diminuem de forma mais acentuada. Estas alterações resultam da existência de uma redução do número de fibras musculares que, por sua vez, ocasiona uma diminuição de massa magra do músculo, uma atrofia muscular (que se caracteriza por ser lenta e constante nos músculos do tronco e extremidades), tornando os músculos mais finos e flácidos. Para além disso o tónus de repouso evolui no mesmo sentido (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Reis, 1996).

A partir dos 30 anos, verifica-se uma diminuição de metade do peso dos músculos, provocada pela perda de fibras musculares e aumento da percentagem de tecido adiposo no interior dos tecidos musculares, demarcando-se aqui diferenças entre sexos (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A perda de elasticidade dos ligamentos tendões e membranas, como resultado da diminuição de depósitos de glicogénio, conduz a uma rigidez e leve flexão articular a nível dos membros superiores e inferiores e a coluna vertebral. Em consequência os movimentos articulares tornam-se menos amplos, agravados ainda por uma atrofia das articulações e diminuição da cartilagem, incitada pela calcificação dos ligamentos e erosão das superfícies cartilagíneas (Netto, 2000).

Quanto ao próprio esqueleto, a redução da densidade óssea que se iniciou a partir da terceira década de vida, em ambos os sexos, na mulher sofre uma aceleração após os 50 anos. A esta redução está associado o desequilíbrio do processo de reabsorção do cálcio, a desmineralização constante da massa e da densidade óssea e a menor capacidade de produzir material para a matriz óssea, fazendo com que haja uma diminuição da formação de tecido ósseo e maior porosidade e fragilidade do mesmo.

Esta perda avalia-se em cerca de 3% por década após os 40 anos no homem e em 8% na mulher (Filho, 2005; Spirduso, 2005).

A alteração do centro de gravidade, o aparecimento da cifose dorsal, aumento do diâmetro antero-posterior do tórax, diminuição do diâmetro transverso e diminuição da estatura, decorrem da acentuação da curva natural da coluna vertebral e uma diminuição do volume da caixa torácica.

Relativamente ao aparelho respiratório ocorrem mudanças na estrutura que diminuem a área de superfície, responsável pela progressiva diminuição da pressão parcial de oxigénio arterial (Filho, 2005).

A capacidade de ventilação diminui igualmente. A perda de elasticidade e permeabilidade dos tecidos que cercam os alvéolos, são responsáveis pela redução da taxa de absorção do oxigénio no sangue. Acresce ainda a rigidez da parede torácica, a calcificação da grelha costal e a atrofia dos músculos respiratórios que condicionam maior volume residual pulmonar, diminuição da capacidade vital (cerca de 17,5 cm3 por m2 de superfície corporal por ano, perda regular entre os 20 e os 80 anos), e ainda a redução da capacidade respiratória máxima. O volume residual aumenta 13 cm3/m2/ano e o espaço morto fisiológico aumenta também com a idade (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Reis, 1996).

O sistema circulatório sofre também algumas modificações com o envelhecimento: aumento da resistência periférica, diminuição da elasticidade da aorta e dos grandes vasos, devido à perda de componente elástico, acumulação de cálcio nas paredes, aumento das fibras de colagénio e diminuição da elasticidade dos vasos. Estas condicionantes explicam o aumento da pressão arterial sistólica e uma ligeira diminuição do débito cardíaco, com o aparecimento de cefaleias, edemas, insuficiência cardíaca e aumento do volume cardíaco (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Reis, 1996).

A involução fisiológica renal é frequente; paralelamente a uma redução progressiva do número de nefrónios, observa-se um declínio regular da taxa de filtração glomerular, da excreção tubular, das capacidades máximas de excreção e reabsorção tubulares, bem como do fluxo sanguíneo renal. A partir dos 30 anos há uma diminuição progressiva e linear da taxa de filtração glomerular (TFG) de 0,8ml/m/1,73m2/ano (Reis, 1996; Netto, 2000).

No que diz respeito ao sistema gastrointestinal constata-se uma diminuição do volume do suco gástrico secretado após uma refeição padrão, diminuição da acidez livre e total, bem como da concentração de pepsina, diminuição do conteúdo do suco pancreático em

enzimas proteolíticas, o que faz com que a digestão das proteínas se torne mais difícil à medida que a idade avança.

Ao nível da boca ocorre uma diminuição da dentina, possível fibrose e diminuição da polpa da raiz, retracção gengival e redução da densidade óssea no sulco alveolar. Os dentes, quando existem, tornam-se mais afiados, irregulares, desgastados e quebradiços, diminuindo a capacidade para mastigar e tornando as próteses (quando existentes) mal ajustadas. Ainda ao nível da boca parece ocorrer uma diminuição do número de papilas gustativas, diminuição da produção de saliva e a língua fica mais lisa e parcialmente desgastada (Berger & Mailloux-Poirier, 1995).

A capacidade do intestino não parece, alterar-se antes dos 50 anos, verificando-se uma diminuição da motilidade intestinal (peristaltismo mais lento), redução da perfusão intestinal (40 a 50%) e diminuição da capacidade de absorção das superfícies intestinais. Ocorre também diminuição do tónus do esfíncter (Berger & Mailloux-Poirier, 1995; Reis, 1996).

Quanto aos órgãos dos sentidos, ocorre uma diminuição da acuidade sendo o prejuízo maior na audição e visão. Quanto à primeira, a senescência auditiva não se inicia antes do fim da adolescência, evolui gradualmente, para se manifestar entre os 40 e os 50 anos com uma diminuição notável da percepção das frequências mais agudas, incapacidade de localizar sinais sonoros, de discriminar a origem dos sons e dificuldade em compreender o discurso de outras pessoas (Reis, 1996; Serra, 2006). Quanto à segunda o poder de acomodação do cristalino diminui quatro dioptrias aos 40 anos, para duas aos 50 anos e finalmente uma dioptria aos 60 anos. Resultando também, uma diminuição da sensibilidade ás cores e da percepção em profundidade, perda de sensibilidade ao movimento e hipersensibilidade à luz (Serra, 2006).

A nível da pele há uma diminuição da sensibilidade dos receptores tácteis das mãos, dificultando a capacidade para reconhecer objectos de textura lisa e áspera, o que pode aumentar o risco de feridas cutâneas (Serra, 2006).

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

dados há imenso tempo, encontrando-se preservada nos idosos que não sofrem de demências (Filho, 2005).

Reportamo-nos, assim, ao conjunto de modificações fisiológicas que decorrem do processo de envelhecimento, sendo umas mais marcadas que outras na sua globalidade evidenciando-se, em alguns casos, pelo surgir de disfunções e aparecimento de doenças.

Apesar da importância do significado atribuído ao estado de saúde e doença, a dimensão da saúde física no idoso é mais frequentemente referenciada com os níveis de saúde, estado geral de saúde, para os quais os indicadores habitualmente utilizados incluem as condições actuais, as doenças diagnosticadas, sintomas, a gravidade da doença, e utilização de serviços médicos (World Health Organization, 1998).

As doenças crónicas que parecem afectar mais as pessoas idosas, tornam-se as principais causas de morbilidade e mortalidade neste grupo populacional, com avultados custos individuais, familiares e sociais, pelas suas características frequentemente insidiosas e incapacitantes.

De acordo com Karlamangla et al. (2007), as doenças que causam comorbilidade podem ser avaliadas através do sistema utilizado pela *International Classification of Functioning, Disabity and Health* (ICF) da World Health Organization (2002) apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Avaliação da comorbilidade por sistemas

1. Funções mentais mentais
2. Funções sensoriais e dor
3. Funções da voz e da fala
4. Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório
5. Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino
6. Funções genitourinárias e reprodutivas
7. Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento
8. Funções da pele e estruturas relacionadas

Fonte: Adaptado de International Classification of Functioning, Disabity and Health (ICF) – WHO (2002); Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, OMS (2004)

Estes autores construíram um sistema compreensivo de classificação de funcionamento biológico intrínseco para ser utilizado como índice de comorbilidades. Nesta avaliação o reconhecimento de que o decréscimo no estado de saúde se inicia antes do quadro de sintomas de doença estar estabelecido, está explícito, assim como a interligação entre os diferentes sistemas, que por sua vez, são constituídos por múltiplos domínios nos quais o seu funcionamento deve ser avaliado (Karlamangla et al., 2007).

A variação das funções de cada domínio é conceptualizada como um *continuum* que vai desde o funcionamento até ao patológico. Em alguns domínios a progressão da disfunção pode ser representada por categorias distintas de acordo com o grau de gravidade. Isto é, este modelo de classificação assenta no princípio de que a comorbilidade é um processo dinâmico, dependente das diferentes interacções e sinergias entre os diferentes domínios tendo em conta o processo de envelhecimento e as características de cada indivíduo nas dimensões biológica, psicológica e funcional.

Atendendo a que a dependência funcional e os riscos de incapacidade aumentam com a idade, e de que a perda da independência é parcialmente relacionada com o decréscimo da actividade física, Frisard et al. (2007) desenvolveram um estudo comparativo entre um grupo de idosos com idade igual e superior a 90 anos e outros com idades compreendidas entre 60-74 anos que residem na comunidade para avaliar se existe relação entre a performance funcional e o nível de actividade física. Os resultados salientam que nos idosos nonagenários têm uma disfunção na performance física comparativamente aos mais novos e que esta está directamente associada à diminuição da actividade física. Estes resultados demonstram que, e tendo em conta o modelo de envelhecimento saudável, a existência de um certo grau de disfunção da performance física faz parte do natural processo de envelhecimento, mas a manutenção da actividade física ajuda a retardar este declínio funcional relacionado com o avançar da idade.

A actividade física regular tem como benefícios reduzir o risco de incapacidade física na idade avançada como também aumentar a esperança de vida (Leveille, Guralnik, Ferrucci & Langlois, 1999; Berk, Hubert & Fries, 2006). Os benefícios da actividade física são mediadores nas doenças crónicas como as doenças cardiovasculares e a depressão (Singh, Clements & Singh, 2001) ou com efeitos directos nas disfunções como a diminuição da força muscular (Rantanen, Era & Heikkinen, 1997; Miszko, Cress, Slade, Covey, Agrawal & Doerr, 2003; Pahor et al., 2006), diminuição do equilíbrio (Morgan, Virnig, Duque, Bdel-Moty & De Vito, 2004; Orr et al., 2006) e baixa capacidade cardiorespiratória (Huang et al., 1998).

A preservação da mobilidade é central para a manutenção dum nível elevado de qualidade de vida pois esta é necessária para a realização das actividades de vida diária e manutenção da independência. Logo, no contexto da promoção de um envelhecimento bem-sucedido, a implementação de programas de actividade física adequados especificamente aos idosos sedentários, pois são os que estão em alto risco de desenvolver incapacidade física, bem como aqueles com limitações por presença de doenças crónicas, diminuição de força muscular e défices funcionais, é uma medida estratégia benéfica que garante a diminuição do risco de incapacidade na mobilidade e aumenta a qualidade de vida dos idosos (Forrest, Zmuda & Cauley, 2006; Jerome et al., 2006; Pahor et al., 2006; Taylor-Piliae et al., 2006).

Neste domínio o envelhecimento fisiológico, uma vez iniciado, não evolui a um ritmo uniforme para todas as funções. No interior do organismo, o envelhecimento é sempre diferencial e de uma maneira geral, os órgãos denominados de efectores envelhecem mais rapidamente que os sistemas integradores, em particular aqueles que asseguram a homeostasia do organismo. A função destes últimos é de assegurar, em qualquer idade, a constância do meio interno, porém fazem-no com uma dificuldade crescente: no indivíduo idoso quando aqueles sistemas são sujeitos a um esforço, a uma sobrecarga ou a um stress de qualquer ordem, eles restabelecem mais gradualmente e com maior dificuldade a situação inicial (Reis, 1996).

O processo de envelhecimento é um fenómeno de amplitude temporal e multidimensional, implicando envelhecimento biológico e social, a que cada indivíduo se ajusta do ponto de vista psicológico.

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

Subjacente ao conceito de saúde no idoso está a compreensão da complexidade dos mecanismos comuns de todos os processos biológicos de diferenciação e crescimento normais e que constituem as etapas sucessivas do desenvolvimento de cada organismo. Os conceitos como declínio, involução funcional demonstram inequivocamente que associado ao envelhecimento está um processo de vulnerabilidade funcional. Esse processo emerge aliado à diminuição de inúmeras funções corporais e intelectuais, salientando-se

o facto de nem todas as funções biológicas diminuírem em simultâneo e variarem de indivíduo para indivíduo (Serra, 2006).

Neste sentido, a promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida nos idosos apresenta-se como um desafio no âmbito dos cuidados de saúde primários, pois nesta população existem múltiplos factores relacionados com o ambiente e com o processo de envelhecimento que as condicionam, por exemplo a presença de doenças crónicas que limitam o quotidiano destes idosos (Bailey, 2002).

As pessoas idosas estão particularmente em risco de se tornarem vulneráveis, por vezes devido a falta de apoio familiar, ou a baixos recursos económicos que não permitem sair de casa e que condicionam a sobrevivência no dia-a-dia com dificuldades acrescidas e isolamento, e quando têm possibilidade de recorrer aos serviços de saúde identificam-se como receptores passivos de serviços de saúde (Wieck, 2000).

A promoção da saúde tem um papel determinante em enfatizar o reconhecimento de plenos poderes das pessoas idosas em mobilizar os recursos individuais no dia-a-dia com vista à manutenção do estado de saúde. Esta visão é integrada com a prática dos cuidados centrados na pessoa, onde se tem em conta os significados que os idosos atribuem à saúde e à qualidade de vida, e às condicionantes que cada um apresenta (Nolan, 2001).

Neste sentido, a promoção de um envelhecimento saudável requer uma abordagem que combine actividades de promoção de saúde e estratégias de prevenção de doenças. Atendendo à distinção entre a promoção de um envelhecimento saudável ao longo da vida da promoção de saúde para aqueles idosos que já se encontram no grupo de 60 anos e mais. Isto é, ao mesmo tempo que se promove estilos de vida saudáveis nas pessoas idosas com ou sem comorbilidades, os serviços de saúde devem reforçar estes hábitos de vida saudáveis a pessoas com idades abaixo dos 60 anos com a finalidade de prevenir futuras situações de alteração do estado de saúde e com implicações nas actividades de vida diária (Shellman, 2000; Bailey, 2002).

2.5. ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

O envelhecimento populacional é um fenómeno que ocorre rapidamente nas sociedades contemporâneas, alterando o perfil de morbi-mortalidade da população, com consequente aumento das doenças crónicas não transmissíveis. Entre essas doenças estão inseridas as demências, que produzem grande impacto para os indivíduos acometidos, tanto no que diz respeito à funcionalidade e manutenção da independência, como também a necessidade, de auxílio de um cuidador para o desempenho das tarefas do quotidiano, afectadas pelo declínio cognitivo.

O envelhecimento é acompanhado por um declínio funcional progressivo que está associado a quadros de dependência responsáveis por cuidados específicos. A dependência em si constitui o maior receio dos idosos. Deste modo, é pertinente a realização de estudos que dêem a conhecer factores preditores do alcance das idades mais longevas com independência funcional assim como delinear as condições de vida e saúde dos idosos residentes no domicílio.

O processo de envelhecimento encontra-se estreitamente ligado ao conceito de capacidade funcional/autonomia funcional, sendo este último definido como a capacidade que uma pessoa tem para realizar as actividades necessárias que assegurem o seu bem-estar. Integra três domínios de funções: biológica, psicológica (cognitiva e afectiva), e social. Desta forma, a avaliação funcional é derivada do modelo onde se observa como é que a inter-relação destes diferentes domínios contribui para o comportamento e funcionamento em geral (WHO, 2002).

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

Neste âmbito, a saúde e a capacidade funcional são cruciais para a qualidade de vida social das pessoas. A capacidade funcional determina a área da comunidade na qual o indivíduo se mantém independente, coopera e participa em eventos, visita outras pessoas e utiliza os serviços existentes nas organizações da sociedade onde se integra, contribuindo para o enriquecimento da sua vida e daqueles que lhe estão mais próximos.

A avaliação da capacidade funcional/autonomia funcional ou competência funcional inclui a avaliação das capacidades do indivíduo em realizar as várias actividades de vida diária,

as actividades instrumentais de vida diária e actividades relacionadas com a mobilidade (WHO, 2002).

Nas pessoas idosas, as respostas adaptativas dos diferentes domínios a agentes adversos assumem uma importância crescente. Neste contexto, surge o modelo teórico do processo de declínio funcional de Hébert (1997) que enquadra os conceitos de disfunção, incapacidade e deficiência, e em paralelo as diferente áreas de intervenção (Figura 6).

Figura 6 – Modelo teórico do processo de declínio funcional

Fonte: Adaptado de Hébert (1997)

A compreensão deste modelo assenta no nível individual, abrangendo a noção do comprometimento da autonomia pela incapacidade que resultou da vulnerabilidade do processo de envelhecimento do indivíduo, quer a nível fisiológico quer a nível psicológico, e consequentes disfunções.

O conceito de incapacidade representa a consequência da(s) disfunção(ões) de um órgão ou sistema no estado funcional do indivíduo em termos de limitações de funções ou restrições de actividades.

A perspectiva do curso de vida na abordagem do processo de envelhecimento e do aparecimento da fragilidade associado a este, tendo em conta por um lado as capacidade físicas e cognitivas do indivíduo e, por outro as condições psicossociais e ambientais é uma abordagem multidisciplinar que permite identificar factores ao longo do curso de vida, desde o nível molecular ao nível societal, e além do mais permite, igualmente, compreender melhor o processo que condiciona a vulnerabilidade dos indivíduos para se tornarem frágeis na idade avançada e desta forma actuar precocemente de forma a impedi-la de surgir ou de retardar o seu aparecimento (Kuhn, 2007).

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

Decorrente desta problemática sobressai a concordância geral de que a característica central da fragilidade é o aumento da vulnerabilidade a agentes stressantes relacionada com disfunções dos múltiplos sistemas inter-relacionados entre si e que conduz ao declínio da reserva homeostática e da resiliência do indivíduo. A principal consequência é o aumento do risco para múltiplos resultados adversos relacionados com a saúde (Bergman et al., 2007).

Alguns estudos apontam para o facto de que algumas ou mesmo todas as manifestações de fragilidade são causadas por um processo subjacente separado do processo de envelhecimento, mas que se desenvolve e progride com o envelhecimento (Buchner & Wagner, 1992; Fried & Walston, 2003). Este processo envolve um mecanismo que leva à destruição multissistémica que se traduz num conjunto de disfunções que podem ser identificadas como parte de uma síndrome. Os elementos da síndrome estão ligados a uma cadeia fisiopatológica que origina uma espiral descendente, e serve igualmente

como critério para o seu diagnóstico. Segundo estes autores a identificação do processo subjacente à fragilidade oferece a oportunidade de intervir, alterando o seu curso.

Ao mesmo tempo, outros estudos sugerem que uma avaliação de fragilidade que inclua uma diversidade de défices incluindo limitações funcionais, morbilidade, estado psicossocial e capacidade cognitiva, é um melhor preditor de autonomia, institucionalização e mortalidade do que uma avaliação que avalia a fragilidade atendendo somente ao factor cronológico idade (Schuurmans, Steverink, Lindenberg, Frieswijk & Slaets, 2004; Rockwood, Mitnitski, Song, Steen, & Skoog, 2006; Rockwood & Mitnitski, 2007; Rockwood, Andrew & Mitnitski, 2007).

Destes estudos salientam-se os desenvolvidos por Rockwood e seus colaboradores que conceptualizaram uma abordagem de avaliação da fragilidade com a construção do *Frailty Índex* (FI) (Rockwood, Fox, Stolee, Robertson & Beattie, 1994; Rockwood, Stolee & McDowell, 1996; Rockwood, Stadnyk, MacKnight, McDowll, Hébert & Hogan, 1999) atendendo ao princípio de que a fragilidade é dinâmica e multifactorial e considerando a probabilidade de que "quanto mais situações estiverem mal, maior a probabilidade das pessoas se tornarem frágeis". A operacionalização desta variável é realizada tendo em conta a acumulação de défices (desde sintomas, sinais, incapacidades e valores laboratoriais, num total de 70 défices), que poderão estar associados à idade cronológica, ou não, uma vez que esta variável é considerada como contextual, e não determinante por si só, de uma avaliação geriátrica compreensiva (CGA) (Rockwood, Silvius & Fox, 1998). Os autores constataram com este Índex de que na população de idosos residentes na comunidade a fragilidade se correlaciona positivamente com a idade, e que as mulheres acumulam mais défices do que os homens. Nos idosos institucionalizados não existe diferenças entre género nem relativamente à idade pois apresentava-se elevada em todas as idades (Mitnitsky, Mogilner, MacKnight & Rockwood, 2002; Rockwood, Mogilner & Mitnitsky, 2004; Rockwood, Mitnitsky, Song, Steen & Skoog, 2006).

Na sua mais recente revisão Rockwood e seus colaboradores (Rockwood, Andrew & Mitnitsky, 2007) compararam a sua abordagem da fragilidade por acumulação de défices (utilizando o FI) com a abordagem da fragilidade tendo em conta o fenotipo cuja classificação se traduz em três níveis: robusto, pré-fragil e frágil (Fried e colaboradores citado por Rockwood, Andrew & Mitnitsky, 2007), concluíram que a classificação utilizando o fenotipo é clinicamente mais operacionalizável discriminando alguns níveis de risco. Contudo, o FI apesar de requerer uma tradução clínica adicional permite a identificação de resultados adversos com mais precisão e de longo termo, o que por sua vez proporciona uma avaliação multifactorial.

Bergman et al. (2007) salientam de todo o trabalho desenvolvido a questão da importância de uma definição operacional de fragilidade que nos permita compreender os aspectos biológicos e fisiopatológicos que lhes são subjacentes, assim como da relação dinâmica entre estes aspectos, as disfunções, as mudanças nas funções físicas ao longo do tempo, e os factores sociais, ambientais e comportamentais. Desta forma, o conceito de fragilidade representa uma abordagem baseada num conceito integrador de saúde e não estritamente baseado na doença, com uma compreensão da heterogeneidade de vulnerabilidade na população idosa com ênfase na avaliação da capacidade funcional na área de actividades de vida diárias, o que permitirá novas oportunidades de providenciar intervenções de promoção de saúde e melhorar os cuidados a este grupo populacional.

Desta forma, a nível biológico o processo de envelhecimento das células, tecidos e órgãos torna o organismo mais vulnerável (envelhecimento primário) mas também condiciona o aparecimento de disfunções (envelhecimento secundário).

Ao nível social, a autonomia do indivíduo é comprometida pela presença de deficiência (s), que é balanceada no equilíbrio entre a incapacidade física e mental do indivíduo e os recursos sociais e materiais de que dispõe.

Estes recursos são moderados pela vulnerabilidade associada ao envelhecimento, tais como o nível socioeconómico, as condições habitacionais e a rede social. A provisão dos recursos para manter a pessoa idosa na sua habitação representa a situação típica da autonomia social na qual o apoio da família e dos serviços da comunidade compensam a presença das incapacidades.

Deste modo, apesar de não existir uma definição consensual de vulnerabilidade física no idoso, é na generalidade aceite que as pessoas idosas têm dificuldades na realização de tarefas fundamentais como por exemplo: o vestir-se e despir-se, ir às compras, deambulação e arrumar a casa.

Na revisão da literatura compreende-se que a vulnerabilidade é a condição que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Esta condição é geralmente observada nas pessoas idosas com mais de 85 anos de idade ou naquelas mais novas que apresentam uma combinação de doenças crónicas ou limitações funcionais que reduzam a sua capacidade em se adaptar ao stress originado pelas doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco (Hazzard, Brerman, Blass, Ettinger & Halter, 1994).

A vulnerabilidade no idoso é uma condição que o coloca em risco de incapacidade e consequente dependência. É um conceito complexo, que tem por base as alterações biológicas de diversos sistemas, nomeadamente sistema endócrino, cardiovascular, músculoesquelético, imunológico e nervoso, associado a idade avançada. A vulnerabilidade resulta igualmente da interacção dos diferentes factores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais, de onde as capacidades físicas (em especial a função de motricidade) constituem um elemento central do fenómeno (Fried et al., 2001; Bergman et al., 2004; Classen, Mann, Wu & Tomita, 2004; Ávila-Funes, Gray-Donald & Payette, 2006).

Neste sentido, a vulnerabilidade física está relacionada com um número de factores, que incluem a diminuição da força muscular, perda da flexibilidade e coordenação de movimentos rápidos, lentificação dos movimentos, diminuição do equilíbrio, e diminuição da capacidade dinâmica cardiovascular.

A satisfação com a qualidade de vida em idosos com reduzida capacidade para se auto cuidarem é determinada por diversos factores, como aspectos sociais, físicos, mentais e financeiros que interagem entre si, em especial os sentimentos de solidão, degradação da capacidade para se auto-cuidar, pobre saúde em geral, sentimentos de preocupação e baixos recursos financeiros em relação às suas necessidades (Borg et al., 2006). Estes factores têm que ser considerados no cuidado a estes idosos para preservar ou promover a sua satisfação com a qualidade de vida.

A preferência por rotinas nas actividades e comportamentos dos idosos é um fenómeno complexo de resposta à incapacidade e à vulnerabilidade/fragilidade. O aumento das rotinas no seu quotidiano permite-lhes um aumento de sentimentos de controlo e previsibilidade, especialmente quando confrontados com vulnerabilidade/fragilidade quer física quer psicológica (Bouisson & Swendsen, 2003).

Rose et al. (2007) sublinham a importância da avaliação do estado de vulnerabilidade dos idosos numa perspectiva dos cuidados focalizada na família e centrada ao idoso. De acordo com estes autores, os elementos da família que prestam cuidados aos seus idosos estão numa posição única para avaliarem a necessidade de cuidados. Destacando o apoio nas actividades instrumentais de vida diária onde comummente os idosos apresentam maiores limitações.

Cox, Green, Seo, Inaba e Quillen (2006) identificaram quatro dimensões de natureza psicossocial e comportamental dos idosos que recebem ajuda e que pretendem autonomizar-se: percepção de dependência, aceitação de ajuda, desempenho no auto cuidado, desempenho relacionado com a qualidade de vida e relacionamento com os cuidadores.

As alterações e défices causados pela diminuição na cognição implicam diminuição e/ou perdas nas capacidades funcionais interferindo de forma significativa na realização das denominadas actividades de vida diária (AVD), ocorrendo assim um declínio funcional. As AVDs são actividades desenvolvidas no dia-a-dia relacionadas com o auto cuidado e com a participação social, e podem ser subdivididas em actividades de vida diária física (AVDf) e actividades de vida diária instrumentais (AVDi).

Para além da avaliação da capacidade para a realização das AVD, a avaliação do estado cognitivo é fundamental para adequar os cuidados aos idosos com dependência em algumas actividades de vida diária, uma vez que a dificuldade na realização de tarefas é anterior ao declínio da função cognitiva.

A dificuldade no desempenho de certas actividades da vida diária ocorre primeiramente em relação às AVDi, que são mais complexas, incluindo o uso de telefone, limpeza da casa, uso de transporte, lidar com finanças, fazer compras. As perdas relativas às AVDf surgem na maioria das vezes após as perdas das AVDi, sendo estas actividades as relacionadas com os cuidados pessoais básicos e que são fundamentais para garantir independência, tais como cuidados de higiene pessoal, vestir-se e despir-se e alimentar-se (Oliveira, 2006).

Da revisão da literatura identificamos uma série de estudos relativos ao estudo de associação de variáveis como o estado de saúde e a realização de actividades de vida diária, dos quais passamos a descrever os seus principais resultados. Assim, Avlund, Era, Davidsen e Gause-Nilsson (1996), estudaram em três países nórdicos (Dinamarca, Finlândia e Suécia) a influência da região geográfica e género quanto à robustez de uma série de instrumentos de medição referentes à auto avaliação da capacidade funcional entre idosos com 75 anos de idade. Constataram que dos instrumentos que utilizaram relativos à medição da fadiga, velocidade na marcha e actividades físicas de vida diária (AVDf), todos eram compatíveis de serem aplicados para estudos comparativos entre diferentes regiões geográficas. Neste seguimento, um estudo transversal comparativo de factores que influenciam os idosos (homens e mulheres) com 75 anos de idade a realizar actividades físicas de vida diária foi realizado em dois países nórdicos (Dinamarca e Finlândia).

Os participantes foram entrevistados sobre a capacidade de executaram as actividades físicas de vida, e avaliados quanto aos domínios de capacidade cognitiva, sintomas depressivos, selecção de exercícios de domínio sensorial (visão, audição, equilíbrio) e físico (extensão do joelho, subir escadas, velocidade da marcha). Quatro modelos de

análise de regressão foram conduzidos tendo em conta as variáveis de natureza de saúde física e psicológica relacionadas com as actividades físicas de vida diária. Constatou-se que a visão (excepto para as mulheres dinamarquesas), a audição para os homens finlandeses, e o equilíbrio para as mulheres dinamarquesas eram variáveis explicativas da realização de actividades físicas de vida diária. Acrescentando que os sintomas depressivos nos homens dinamarqueses, os sintomas de doença (excepto para os homens finlandeses) e a capacidade cognitiva nos homens finlandeses, emergiram como factores explicativos nos modelos de regressão utilizados.

Apesar de não existirem diferenças significativas entre os dois grupos de idosos nórdicos, os testes de capacidade física, psicológica e sensorial providenciaram informação útil e complementar que se deve ter em conta na avaliação do declínio funcional na realização das actividades físicas de vida diária nos idosos (Laukkanen, Heikkinen, Schroll & Kauppinen, 1997).

Outro estudo nórdico (Dinamarca e Finlândia) para identificar a percepção do estado de saúde dos idosos e a sua autonomia na execução de actividades de vida diária indica que cerca de metade dos participantes relataram o seu estado de saúde como bom ou como habitualmente bom. Em ambos os géneros, foi identificado um pequeno número de dificuldades na execução de actividades físicas de vida diária, sendo que a capacidade de actividade máxima e o número reduzido de doenças crónicas foram associados aos melhores estados de saúde auto-relatados. Quanto às mulheres a identificação de reduzidos sintomas depressivos e entre os homens uma melhor capacidade cognitiva resultou num efeito positivo no estado de saúde auto percepcionado. A actividade física e força muscular tiveram um efeito positivo indirecto na saúde auto percepcionada tanto pelos homens como pelas mulheres. A capacidade para a realização de actividades físicas de vida diária de forma autónoma é um factor importante associado ao auto relato do estado de saúde entre as pessoas idosas (Leinonen, Heikkinen & Jylhä, 1999a, 1999b).

Lee (2000) em estudo longitudinal sobre a percepção dos idosos relativamente à avaliação de saúde em geral, saúde física e saúde mental, como preditores do declínio funcional e mortalidade em idosos com idades iguais ou superiores a 70 anos e que residiam na comunidade, destacou como principal resultado o seguinte: na generalidade a auto avaliação dos idosos para a saúde em geral, física e mental eram preditores do declínio funcional e mortalidade. Na analise multivariada, os idoso que avaliaram a sua saúde no global, capacidade física em se auto cuidarem e actividade física como menos favoráveis eram aqueles que experienciavam piores resultados de saúde. Em termos de

diferenciação por género constatou-se que a avaliação pobre da saúde no global afectava mais os homens. A capacidade para se auto cuidar foi observada como preditiva só para as mulheres, enquanto esta foi relacionada com a mortalidade nos homens.

Gama et al. (2000), em estudo transversal sobre a associação entre a auto avaliação do estado de saúde e actividades de vida diária a idosos com idade igual e superior a 65 anos verificaram que o efeito de cada actividade instrumental de vida diária na auto--avaliação do estado de saúde nos idosos depende do nível de capacidade funcional na realização das actividades básicas de vida diárias. Constataram que as actividades de vida diária mais importantes para este grupo populacional são aquelas que envolvem a mobilidade (uso de escadas, deambulação, sentar e levantar de cadeiras e cama), seguidas de autonomia no lidar com as finanças e actividades domésticas relacionadas com a limpeza de casa e de roupa. Observaram, igualmente, que para o grupo de idosos que apresentavam um bom estado funcional a utilização de transporte (público ou carro próprio) era a única AVD associada positivamente à auto avaliação do estado de saúde. Inferindo destes resultados que para este grupo etário a mobilidade fora de casa e a relação com o meio exterior são componentes essenciais.

Na avaliação do estado funcional, relacionando-o com a capacidade de execução das AVDi a um grupo de idosos, Bell-McGinty et al. (2002), concluíram que acompanhado a um decréscimo no controlo de execução das actividades está um declínio na *performance* de actividades que envolvem alguma complexidade tais como lidar com as finanças e cumprimento de medicação.

Existe uma associação entre incapacidade na realização das AVDi e as condições relacionadas com a susceptibilidade ao risco (função cognitiva, estado nutricional, e quedas) Nourhashémi et al. (2001). Estes autores observaram nas mulheres idosas saudáveis, com idade superior a 75 anos a residirem na comunidade que as mulheres com incapacidades funcionais em pelo menos uma actividade instrumental se apresentavam mais susceptíveis porque a estas estavam associadas mais alterações funcionais, menor função cognitiva e maior frequência de quedas.

Os mesmos autores sublinharam também o impacto da auto avaliação de saúde na qualidade de vida ao envelhecer. Acrescentando, que a susceptibilidade não pode ser discutida sem se considerarem os aspectos psicossociais e a interacção com o meio envolvente. Verificaram que as mulheres com grau de instrução básico eram significativamente mais independentes do que as que não tinham instrução. Aquelas que apresentavam menores recursos económicos eram as que evidenciavam maior risco de

apresentarem incapacidade na escala de AVDi, o que vai ao encontro de outros estudos que mostraram saúde deficitária nas populações com baixos rendimentos.

Owsley, Sloane, McGwin e Ball (2002) a propósito da relação entre função cognitiva e a avaliação da performance na realização das AVD em idosos, constataram que apesar da memória e discernimento estarem fortemente associados ao tempo necessário para desenvolver as tarefas seleccionadas das AVDi (encontrar um número de telefone, fazer trocos, encontrar e memorizar os ingredientes de uma receita culinária, encontrar alimentos numa prateleira, leitura das instruções numa bula) somente a rapidez de processamento era independente das pontuações obtidas na avaliação final.

Bell-McGinty et al. (2002) verificaram, igualmente, que a diminuição das AVDi está relacionada com a diminuição na capacidade de execução de tarefas mais complexas que exigem capacidade do domínio cognitivo num sentido mais específico e do estado funcional num sentido mais geral.

Estes resultados sugerem a importância da aplicação de testes de avaliação de competências diárias que focam a sua avaliação no tempo de realização das tarefas diárias em vez da avaliação do grau de precisão isoladamente. A aplicação destes testes poderá ser vantajosa na avaliação da capacidade cognitiva na realização das actividades e na melhoria no desempenho das mesmas.

Brach e VanSwearingen (2002) em avaliação a homens idosos, com média de idade de 75,5 anos a viverem no domicílio, relativamente à diminuição física (força muscular e flexibilidade), incapacidade física (velocidade na marcha, lentidão no andar, risco de quedas recorrentes e função física), evidenciaram que a velocidade na marcha, risco de queda e força muscular contribuíam de forma independente para a caracterização das actividades de vida diárias. Os resultados apontam para que 68,2% da variância na performance das AVD era explicada em quatro domínios identificados: 1) – mobilidade/risco de queda (26,5%); 2) - coordenação (15%); 3) - boa condição física (14,7%); e 4) - flexibilidade (12,0%). Estes autores concluem que estes domínios poderiam ser utilizados como um guia de selecção de medidas para a avaliação das funções físicas nos idosos.

A incapacidade na realização das AVD instrumentais e nas AVD físicas, é um indicador de risco de saúde no idoso. Saliba, Orlando, Wenger, Hays e Rubenstein (2000) em estudo com idosos de 65 anos de idade ou superior que residiam na comunidade, verificaram que 93% dos participantes recebiam ajuda em qualquer um dos itens relativos às actividades AVD, instrumentais e físico, tais como: fazer compras, fazer as tarefas de

casa, lidar com o dinheiro, caminhar, tomar banho ou duche. Do total da amostra cerca de 91% das pessoas referiram dificuldade com qualquer uma das AVD instrumentais ou AVD físico.

Desai, Lentzner e Weeks (2001) deram conta que os idosos com idade superior a 70 anos referiam receber assistência inadequada para as suas necessidades na realização das AVD instrumentais e físicas, nomeadamente em preparar as suas refeições, em comer, em vestir-se e despir-se, em levantar-se e deitar-se na cama. A estas dificuldades estavam associadas baixo rendimento e o facto de viverem sozinhos.

A satisfação na vida do dia-a-dia de idosos residentes no domicílio com idade superior a 85 anos (Johannesen, Petersen & Avlund, 2004), demonstra que esta se encontra ligada a maior satisfação quando: (1) se sentem ocupados; (2) têm amigos próximos; (3) sentem que têm controlo sobre a sua vida; (4) quando não vivem sozinhos e (5) não tenham sofrido perdas recentes de pessoas significativas. A falta de satisfação na vida quotidiana foi associada a: utilização de serviços de apoio domiciliário e necessidade de residirem numa instituição ou lar.

Num estudo longitudinal, realizado por Brayne et al. (1999), concluiu-se que com idade igual ou superior a 65 anos 11% dos homens e 19% das mulheres se encontravam incapacitados sendo que destes, 38% tinham idade igual ou superior a 85 anos. Uma percentagem idêntica tinha igualmente disfunções cognitivas. Mais de 80% dos idosos incapacitados necessitavam de ajuda nas actividades de vida diária. Acima de um terço destes idosos, que viviam em casa própria, estavam total ou parcialmente dependentes de serviços formais de ajuda; 63% dos idosos recorreram a hospitais no espaço de dois anos do *folow-up*, tendo 43% destes ficado internados; 53 % dos idosos que tinham limitações nas actividades de vida diárias e disfunções cognitivas encontravam-se a residir em lares. Conclui-se, igualmente, que mesmo nos subgrupos de idosos mais dependentes de cuidados e a requerer atenção, residiam na sua maioria na comunidade auxiliados por cuidadores formais e informais, em simultâneo.

Gill, Allore, Hardy, Holford e Han (2005) afirmam que a avaliação das actividades de vida diárias a intervalos entre 12 a 24 meses, é a ferramenta mais adequada para fazer a estimativa entre a expectativa de vida em idosos saudáveis e os com incapacidades funcionais.

Nordin, Rosendahl e Lundin-Olsson (2006) num estudo sobre avaliação do tempo de realização de actividades de vida diária em idosos dependentes com idade igual e superior a 80 anos verificaram que a dificuldade na realização das AVD não se relacio-

nava directamente com a diminuição das capacidades cognitivas. O estudo conduzido por Perneczky et al. (2006) reforça os resultados anteriores, salientando que em idosos com incapacidades cognitivas a dificuldade na realização das AVD precede a diminuição das habilidades cognitivas.

Francisco (2006) evidenciou que apesar de os idosos conseguirem chegar à velhice avançada sem significativas incapacidades, poucos são os factores a influenciar este processo. Assim, apenas três factores são evidenciados como preditores da associação entre a independência funcional e o envelhecimento avançado: ausência de diabetes, presença de actividade física e ter companhia. O autor não verificou associação entre género, escolaridade, pais longevos, rendimento, índice de massa corporal, desempenho cognitivo e testes de flexibilidade e mobilidade.

Neste âmbito, Morala, Shiomi e Maruyama (2006) com o objectivo de conhecerem os factores que possam estar fortemente associados com a vulnerabilidade do estado funcional do idoso e assim poderem preveni-los ou adiar o seu declínio funcional, desenvolveram um estudo para identificar qual a relação entre o estado funcional e variáveis como idade, género, local de residência, nível de função cognitiva e depressão. Como principais resultados obtiveram a correlação positiva entre nível funcional, idade, nível cognitivo e local de residência, menos para a variável género. A existência de uma correlação fraca entre os níveis de depressão, não determina o efeito que esta possa ter em aspectos específicos da função física. A maior associação observou-se entre a função cognitiva e a capacidade funcional. Os resultados deste estudo sublinham a importância da disfunção cognitiva no declínio funcional. Desta forma, a nível da prevenção secundária e terciária há que ter atenção à realização de programas que integrem coordenadamente exercício físico e actividades de estimulação da função mental nos idosos com vulnerabilidade.

A vulnerabilidade em idosos com idade igual ou superior a 65 anos está associada às diferenças do nível de escolaridade. Clark, Stump, Miller e Long (2007) observaram no estudo transversal representativo da população de idosos com idade igual ou superior a 65 anos, norte americanos, que 53% dos idosos que apresentavam maior vulnerabilidade física, com consequência no aumento das taxas de mortalidade, apresentavam menores níveis de escolaridade.

Num estudo longitudinal (2 anos) realizado em idosos residentes na comunidade com média de idade de 72 anos para a avaliação das limitações funcionais e incapacidades na realização de actividades de vida diária, constatou-se que os idosos com maior grau

de disfunção cognitiva apresentavam diferenças significativas entre as limitações funcionais observadas e a auto percepção de incapacidade. De salientar que as actividades relacionadas com a mobilidade eram as que estavam mais associadas às diferenças entre as limitações funcionais e incapacidade do que as de auto-cuidado. As disparidades relativas ao deambular estavam significativamente associadas à idade, género, disfunção cognitiva e da percepção do estado geral de saúde referidos pelos idosos participantes do estudo. Neste estudo também se constatou que a incapacidade estava associada com a idade, género, percepção do estado de saúde, disfunção cognitiva e o aparecimento de uma doença (Kelly-Hayes, Jette, Wolf, D'Agostino & Odell, 1992).

Dodge, Du, Saxton e Ganguli (2006) avaliaram a trajectória da independência funcional (nomeadamente na realização de actividades instrumentais de vida diária) e domínios cognitivos num grupo de idosos sem demências ao longo de 10 anos. Identificaram três grupos distintos: grupo sem declínio funcional (sem declínio na realização das AVDi no decurso do estudo); grupo com moderado declínio; e o último com declínio severo (declínio funcional profundo até à morte). Comparando o grupo sem declínio com o grupo de declínio severo, constatou-se que o primeiro apresentava avaliações adequadas em todos os domínios cognitivos e que o grupo de declínio moderado, relativamente ao segundo, apresentava avaliações adequadas em todos os domínios excepto no domínio da rapidez psicomotora e denominação.

A diminuição na capacidade para o auto cuidado, que por sua vez dificulta a realização das actividades diárias, revelou uma correlação negativa mais elevada com a qualidade de vida do que a presença de doenças crónicas, diferenciando-se de acordo com o género. Assim, nos homens a necessidade de ajuda residia na preparação de refeições e em actividades de tarefas domésticas como arrumar e limpar a casa, enquanto nas mulheres as necessidades situavam-se na ajuda na mobilidade, como por exemplo, na deslocação a espaços distantes de casa e fazer compras (Bowling & Windsor, 2001).

Kelley-Moore, Schumacher, Kahana e Kahana (2006) constataram que os idosos identificavam o seu grau de incapacidade mais pelo impacto que as disfunções físicas e cognitivas tiveram na sua rede social de apoio, do que no seu estado de saúde em geral. A impossibilidade de conduzir autonomamente, necessitar de apoio domiciliário (nomeadamente nas actividades de vida diária físicas como: de tomar banho, vestir e despir-se) e necessitar de apoio nos serviços domésticos, também foram aspectos referidos pelos idosos como influentes na sua percepção de incapacidade ao longo do tempo (Gill, Allore & Han, 2006).

Os desafios funcionais que os indivíduos com diminuição ou perda sensorial na idade avançada enfrentam fizeram surgir a noção da importância destes no dia-a-dia, nomeadamente na competência de cada indivíduo em viver de forma autónoma na comunidade. Esta competência e a habilidade em continuar a se adaptar às mudanças das circunstâncias dependem dos elementos activos e passivos de uma variedade de domínios, incluindo o sensorial, sensório-motor, cognitivo, personalidade e recursos sociais. Os recursos sensoriais referem-se estritamente ao processo sensorial, como a visão e a audição, enquanto os recursos sensório-motores se referem às funções que estão integradas entre as habilidades motoras e as sensoriais, como por exemplo o equilíbrio e a marcha (Willis, 1996; Baltes & Lang, 1997; Diehl, 1998; Lang, Rieckmann & Baltes, 2002; Brennan, Su & Horowitz, 2006).

A diminuição da acuidade visual e auditiva na velhice pode ameaçar a vida no dia-a-dia levando ao isolamento do idoso (Brennan, Horowitz & Su, 2005). Existem estudos que apontam para uma progressão hierárquica na diminuição das competências na realização das actividades de vida diária relacionada com a diminuição ou perda da acuidade visual e auditiva individual ou de ambas (Willis, 1996; Diehl, 1998; Brennan et al., 2005), que podem iniciar-se nas actividades instrumentais como por exemplo no lidar com o dinheiro; na sua continuação pode atingir a realização de actividades físicas de vida diária como por exemplo a deambulação dentro de casa, vestir-se e despir-se (Brennan et al., 2005; Brennan et al., 2006), aumentando a necessidade de utilização de serviços de apoio da comunidade (Tay et al., 2007).

Acompanhando o processo de envelhecimento, as modificações do espaço habitacional tornam-se necessárias para compensar a diminuição da capacidade funcional do idoso, como forma de manter o bem-estar e o sentido de independência na realização das actividades de vida diárias (Evans, Kantrowitz & Eshelman, 2002; Newman, 2003; Oswald et al., 2007).

Observa-se uma relação entre envelhecimento saudável e a percepção significativa e de utilidade, da sua habitação. Esta relação é preditora de independência nas actividades diárias, de um maior sentido de bem-estar geral e uma ligação maior com a sua casa (Evans et al., 2002; Oswald et al., 2007).

Quando se pretende manter o idoso a residir no seu domicílio, estas alterações implicam modificação e adequação do espaço doméstico, relacionando, uma vez mais a capacidade de optimização do desempenho com a existência de recursos económicos por parte do agregado familiar (Oliveira, 2006).

Com o avançar da idade, as pessoas idosas que vivem quer na comunidade quer em instituições estão mais susceptíveis de requererem ajuda na realização das actividades de vida diária, sendo as mulheres as que requerem mais ajuda, especialmente nas actividades instrumentais de vida diária, providenciadas por cuidadores informais, e no apoio social (Roe et al., 2001a, 2001b).

A admissão das pessoas idosas em instituições de cuidados de longa duração resulta do desiquilíbrio entre as incapacidades do indivíduo e os seus recursos, especialmente os recursos sociais. A este nível, os recursos já não compensam as incapacidades, e as pessoas atingem um nível de dependência tal que passam a ser classificadas por incapacidades para as quais as instituições adequam os seus cuidados de forma a ultrapassá-las. Na sua maioria, estes desequilíbrios ocorrem devido a uma agudização súbita ou de longo termo das incapacidades, as quais atingiram um nível tal que excederam as capacidades de resposta do próprio e dos cuidadores formais e informais da sua rede de apoio.

Neste sentido, uma variedade de intervenções pode ser desenvolvida para prevenir, adiar ou compensar o processo de declínio funcional. Assim, ao nível da prevenção primária as intervenções são realizadas de modo a diminuir a vulnerabilidade do indivíduo quer através de esforço individual ou colectivo (ex., nutrição, actividades físicas) ou dos recursos materiais ou sociais (ex., preparação para a aposentação).

Ao nível da prevenção secundária as intervenções direccionam-se para o rastreio daqueles indivíduos em risco de declínio funcional para permitir intervenções precoces antes que se inicie esse declínio. Este processo de rastreio pode ser oportunístico (ex., quando um idoso vai a uma consulta médica de rotina ou quando recebe visita domiciliária) ou sistemático numa abordagem de saúde pública (ex., por meio de questionário via correio).

A avaliação geriátrica e os serviços de reabilitação actuam também ao nível terciário reduzindo as consequências do declínio funcional. Estas intervenções geriátricas direccionam-se na correcção de disfunções, reabilitação de incapacidades, e mobilização de recursos materiais e sociais. Neste contexto, os serviços de apoio da comunidade desempenham um papel chave, através da assistência complementar que proporcionam, como pela intervenção que prestam em conjunto com a rede de cuidadores informais (Hébert, 1997).

Deste modo, o conhecimento da capacidade de desempenho do indivíduo idoso na realização das actividades de vida diária físicas e instrumentais, é uma dimensão essen-

cial na avaliação geriátrica multidimensional e na avaliação da necessidade de utilização de serviços.

2.6. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

A saúde dos idosos e as suas necessidades de cuidados estão a tornar-se, na actualidade, um assunto de importância crescente, dado que o envelhecimento da população, com características próprias de maior vulnerabilidade e com problemas de saúde específicos, elevará as necessidades de cuidados de saúde e a consequente utilização de serviços. Esta situação observa-se em particular nos países desenvolvidos da Europa e da América do Norte, onde a tendência natural decorrente do aumento deste grupo etário acarreta um crescente número de doenças geriátricas, com consequentes gastos em cuidados médicos (Doğan & Değer, 2004; Parker, Ahasic & Thorslund, 2005).

As tendências de saúde entre o sector mais idoso da população são de maior interesse e pertinência para as políticas de saúde e alocação dos recursos nos países industrializados, tendo em conta não só a questão da morbilidade mas também a relevância da maior necessidade de apoio social e de medidas compensatórias no caso de limitações funcionais sobretudo nos idosos com idade igual ou superior a 85 anos (Parker et al., 2005).

A avaliação das necessidades de saúde da população é a primeira etapa a realizar em qualquer ciclo de promoção de saúde pública. Clegg e Doherty (2001) identificaram a promoção da saúde como um dos pontos de referência do trabalho dos serviços de saúde para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas idosas. Bottomley (2001) chama a atenção para a urgência de ajustar o sistema e a política de saúde às necessidades dos idosos, como grupo emergente que está a tornar-se cada vez maior na sociedade, e salienta que esta é uma responsabilidade de todos os membros da sociedade.

Nesta perspectiva, a resposta às necessidades deste grupo populacional não poderá estar apenas centrada nos serviços de saúde mas atender à conjugação de esforços entre estes e os serviços de apoio social. A estratégia de uma adequada resposta em termos de saúde pressupõe a colaboração dos restantes recursos da comunidade num objectivo comum.

Figura 7 – Dimensão funcional e social da intervenção na incapacidade

Fonte: Adaptado de Walker (1992)

Os programas e as políticas de saúde ainda são inadequados face ao grupo populacional de idosos uma vez que estes só abrangem uma parte limitada de serviços, havendo muitos idosos sem recurso de apoio social e de saúde após a alta dos serviços hospitalares (McCormack, 1998). Acresce ainda o impacto da falta de articulação que se fez sentir nos cuidados de saúde primários face a esta situação.

Contudo na actualidade, o desenvolvimento de um vasto leque de serviços, tais como apoio domiciliário, centros de dia, serviços de enfermagem, casas de abrigo, casas residenciais com apoio domiciliário, já são uma realidade, embora ainda insuficentes para a procura. As estratégias diferem entre países, mas no geral os serviços na comunidade e em casa estão em expansão como alternativas aos cuidados institucionais como, por exemplo, os lares (Doğan & Değer, 2004).

No que diz respeito à utilização de serviços, existem vários modelos conceptuais que a justificam, tais como: modelos comportamentais, modelos económicos, modelos sócio-demográficos, modelos organizacionais (McKinlay citado por Lin, 1995). Na revisão da literatura constatou-se que na maioria dos estudos pesquisados, o modelo comportamental da utilização de serviços de saúde (*Behavioral Model of Health Services Use*) de Andersen, cuja última versão é de 1995, constituiu a referência conceptual para a identificação de variáveis determinantes da utilização de serviços, em particular de serviços de saúde por parte dos idosos (Wolinsky, 1994; Lin, 1995; Allgood-Scott, 1998; Mitchell & Krout, 1998; Jennings, 2000; Hill, 2001; Hubert, 2001).

A sua aplicação demonstrou, ao longo das últimas quatro décadas do século XX, e nos primeiros anos do século actual, ser um modelo conceptual adequado para a compreensão dos factores determinantes da utilização dos serviços de saúde pela população idosa (Andersen, 1995).

Em termos genéricos, o modelo inicial (primeira fase, anos sessenta, Figura 8) surgiu como um modelo explicativo onde sugeria que *a utilização de serviços está associada às diversas predisposições que as pessoas têm em os utilizar, factores que possibilitam ou impedem a sua utilização e a sua necessidade de cuidados* (Andersen, 1995, p.1). O modelo inclui três componentes majores inter relacionados entre si: factores predisponentes, factores que possibilitam a utilização de serviços e a necessidade de utilização de serviços (Andersen, 1995).

Figura 8 – Modelo comportamental de utilização de serviços

Factores (características) predisponentes	**Factores que possibilitam a utilização de serviços de saúde**	**Necessidade**	**Utilização dos serviços de saúde**
→	→	→	
- Sociais	- Recursos pessoais	- Percepcionada	
- Demográficos	- Recurso familiares	- Avaliada	
- Estrutura social	- Recursos da comunidade		
- Crenças de saúde			

Fonte: Adaptado de Andersen (1995)

Os factores predisponentes (*predisposing factors*) são aquelas características individuais que reflectem o facto de algumas pessoas terem maior propensão para a utilização de serviços do que outras. Podem ser classificados em subgrupos como: sócio demográficos (idade, sexo, estado civil), estrutura social (grau de instrução, suporte social, posição social, características do ambiente envolvente) e crenças de saúde que influenciam a sua percepção de necessidade e condicionam o indivíduo na utilização dos serviços de saúde.

Os factores que possibilitam a utilização de serviços (*enabling factors*) são os meios para a obtenção de recursos que permitem ao indivíduo ter a capacidade financeira de utilizar os serviços de saúde. Estes factores dividem-se em dois subgrupos: os recursos familiares onde se incluem o apoio aos idosos pelos familiares enquanto cuidadores informais e

os recursos financeiros da família; e os recursos da comunidade (disponibilidade de instituições de saúde que abrangem o local de residência e recursos de cuidados informais existentes na comunidade).

A terceira componente que se designa de necessidade (*need*) de utilização de serviços está relacionada com o actual estado de saúde ou doença ou a percepção que o indivíduo tem do seu estado de saúde ou de doença. Esta componente divide-se em duas dimensões. A primeira diz respeito à percepção da necessidade de utilização de serviços de saúde face ao estado de saúde/doença que o indivíduo experiencia, a segunda diz respeito à avaliação da necessidade realizada pelos profissionais de saúde (Andersen, 1995).

Neste modelo explicativo, Andersen (1995) reforça a ideia que os factores predisponentes e os que possibilitam a utilização de serviços são condições necessárias mas não suficientes. Para que ocorra a utilização de serviços o indivíduo tem de ter a necessidade, sentida/percepcionada (pelo próprio) ou avaliada (pelos profissionais de saúde). Desta forma, é a análise integradora destes três componentes e a sua relação com a utilização dos serviços de saúde que deve ser considerada.

Na segunda fase (anos setenta) Andersen e seus colaboradores sublinham a importância de incluírem o sistema de saúde atendendo às políticas de saúde, recursos e sua organização como determinantes da utilização dos serviços pela população. Outro componente introduzido foi a satisfação do utente/cliente.

Na terceira fase (anos oitenta) para além da relação entre os três componentes *major*, Andersen e seus colaboradores salientam ainda a importância dos componentes físicos, políticos e económicos do ambiente externo como determinantes para a utilização de serviços. Outra variável acrescentada refere-se às práticas individuais de saúde tais como o tipo de dieta, exercício físico, e auto-cuidado que interagem com a utilização de serviços de saúde e que influenciam os resultados de saúde. A introdução dos resultados de saúde permitiu uma avaliação mais alargada que inclui o estado de saúde percepcionado, estado de saúde avaliado e a satisfação do utente/cliente.

Por último, a quarta fase (corresponde ao modelo emergente que consta na Figura 9), Andersen (1995), faz sobressair o carácter dinâmico deste modelo onde se salienta a interligação entre os resultados e os outros componentes, que por sua vez afecta os factores predisponentes subsequentes, as necessidades percepcionadas de serviços assim como o comportamento de saúde.

A utilização de serviços reflecte a necessidade percepcionada ou sentida pela pessoa idosa em requerer apoio para se manter seguro no seu ambiente envolvente (Andersen, 1995; Hubbert, 2001). Considerando a necessidade como a razão imediata para a utilização de serviços, esta deve ser entendida tendo em conta a percepção do cliente bem como a avaliação dos profissionais de saúde, contribuindo ambos com dados subjectivos e objectivos do estado de saúde e das suas mudanças, que se revê na utilização adequada dos serviços de saúde como um comportamento de saúde (Andersen, 1995).

Figura 9 – Modelo comportamental da utilização de serviços de saúde

Fonte: Adaptado de Andersen (1995)

O aumento da utilização de serviços de saúde é uma certeza quando se relaciona esta com as projecções crescentes da população idosa, pois este grupo etário é quem mais utiliza os serviços de saúde. Vários são os estudos que abordam esta problemática, partindo do modelo conceptual de Andersen, alguns dos quais passamos a descrever com os principais resultados.

Keen (1993) constatou no seu estudo que mais de 50 % dos idosos residentes em zonas rurais apesar de apresentarem um número significativo de incapacidades relacionadas

com a realização de actividades físicas e instrumentais de vida diária, poucos eram os serviços utilizados por estes idosos. Numa primeira análise, estes resultados poderão estar relacionados com a crença de que o envelhecimento traduz-se, naturalmente, com a convivência de limitações e de desconfortos e como tal reflecte-se numa aceitação dessas limitações impostas pela determinismo biológico o que leva os idosos a não valorizarem estas a ponto de não recorrerem numa fase inicial aos serviços de saúde.

Uma outra leitura possível seria a de que muitos idosos mantêm um comportamento de resistência em manterem-se independentes, em não admitirem que necessitam de apoio em algumas actividades e por tal em recusarem recorrer aos serviços existentes na comunidade (Keen, 1993). A autora constatou, ainda, que entre os idosos que recorrem a ajuda, esta é proporcionada, na sua maioria, por elementos da família que têm um papel predominante como cuidadores dos idosos que residem em zonas rurais (Keen, 1993).

Lin (1995) utilizando o modelo conceptual de Andersen para identificar determinantes da utilização de serviços de longa duração num grupo de idosos com alta hospitalar recente, constatou que a componente necessidade (incapacidade em realizar autonomamente as actividades de vida diária físicas e instrumentais) teve um peso maior como determinante do que o peso dos factores predisponentes e que possibilitam a utilização de serviços. Sublinhando a noção de que no que diz respeito à utilização de serviços de longa duração o que discrimina efectivamente é a avaliação do estado de saúde funcional em especial a capacidade do individuo em se manter ou não independente.

Allgood-Scoot (1998) realizou um estudo com 517 idosos com doenças crónicas a residirem em zona rural e concluíram que os idosos que estavam viúvos recorriam mais aos serviços de saúde e a apoio de serviços da comunidade do que aqueles que se encontravam casados ou a viver com familiares, uma vez que estes últimos referiam ter o apoio dos familiares como cuidadores informais na satisfação das suas necessidades de cuidados pessoais e em algumas actividades instrumentais.

Wang, Mitchell, Smith e Leeder (1999) realizaram um estudo para avaliar a prevalência e factores de risco associados à utilização de serviços de suporte da comunidade numa amostra representativa de idosos Australianos. Identificaram que as dificuldades na mobilidade, diminuição da acuidade visual, antecedentes de quedas, presença de doenças crónicas como a artrite ou situações de acidentes vasculares cerebrais erma considerados actores de risco aumentavam a probabilidade de utilização de serviços.

Quanto ao tipo de serviços mais utilizado salientaram-se três: entrega de refeições em casa, limpeza doméstica e visita de enfermagem. Constataram ainda que o consumo dos serviços aumentava com o avançar da idade (idade com 80 e mais anos).

Jennings (2000) no seu estudo etnográfico com um grupo de 50 idosos que residiam na comunidade com o objectivo de identificar quais os elementos determinantes de utilização de serviços por estes. Emergiram quatro categorias de factores: factores clínicos (défices sensoriais, incapacidade cognitiva e funcional); factores culturais (barreira de linguagem); factores sociais (contexto familiar, discriminação pela idade avançada, viés do género feminino) e factores ambientais (acessibilidade de transporte, conhecimento por parte dos cuidadores das necessidades, atraso ao recurso de serviços especializados, dificuldade na utilização de dispositivos como o atendedor de chamadas telefónicas).

Hill (2001) verificou numa amostra de 59 idosos residentes numa zona urbana que o maior fosso entre os serviços prestados e as características predisponentes estavam a assistência praticada pelos cuidadores, de seguida os factores que possibilitavam a utilização de serviços dos quais se salientava despesas de gestão corrente e planeamento financeiro. As mulheres idosas e idosos que residiam sozinhos foram identificados como maiores utilizadores dos serviços, sendo que os idosos com idade superior a 75 anos referiram menor número de serviços recebidos relativamente às suas necessidades sentidas e que incluíam cuidados pessoais e assistência nas actividades domésticas.

Hubbert (2001) constatou que os familiares de idosos com alta hospitalar recente eram os seus cuidadores informais e só recorriam aos cuidados domiciliários aqueles que não tinham suporte social ou outros recursos ou nas situações específicas de fisioterapia e sem possibilidade de se deslocarem de casa.

Peek, Maron e Krannich (2004) observaram que os factores predisponentes não tinham nenhuma relação com a utilização de serviços. Entre os factores que possibilitam a utilização de serviços, o contacto social com a família e os recursos económicos diminuíam de forma significativa a utilização de serviços, enquanto a participação na comunidade e o acréscimo de ajuda recebida nas actividades diárias, aumentava significativamente a utilização de serviços. O conhecimento de como recorrer e como contactar os serviços, aumentava significativamente a utilização de serviços. Contudo, somente a variável AVD demonstrou forte associação com a probabilidade de utilização de serviços, facto também constatado por Le Faour, Ozgulu, Okra e Laudet (2004).

Hagewen (2004), no seu estudo com uma amostra de idosos mexicanos a residir nos Estados Unidos, utilizando o modelo comportamental de utilização de serviços de saúde, constatou que à semelhança de outros estudos a componente necessidade de cuidados (percepcionados e avaliados) foi o factor preditor mais forte de utilização de serviços de saúde. Outros factores como tipo de seguro de saúde, suporte social e a aculturação tiveram igualmente um peso significativo como factores predisponentes para a utilização de serviços.

Cox (2004) sublinhou a importância de avaliar as condições de saúde dos idosos no seu papel de avós, pois muitos destes apresentam condições de doenças crónicas que lhes dificultam a sua capacidade de cuidar. Acrescentando que muitos destes idosos adiam o seu cuidado com o seu estado de saúde relacionado com a preocupação com o cuidar dos netos, ficando muitas vezes as suas necessidades relegadas para um segundo plano. Estes factores predisponentes levam a que as necessidades de utilização de serviços de saúde não sejam realizadas o que resulta numa menor utilização de serviços e de um número acrescido de necessidades não avaliadas.

Litwin (2004) procurou clarificar a relação entre o apoio formal e informal numa amostra de idosos Israelitas, na forma como utilizavam os cuidados domiciliários públicos, avaliando a influência das características predisponentes, factores que possibilitam a utilização de serviços e as necessidades percepcionadas. Verificaram que os idosos com suporte social reforçado (família, amigos e vizinhos) não utilizavam tanto os serviços domiciliários como aqueles que tinham um suporte social restrito ao convívio dos vizinhos. Constataram um aumento de utilização de serviços por idosos com 80 e mais anos de idade e ou com múltiplas incapacidades funcionais. Também verificaram relativamente ao género que as mulheres recorriam mais a este serviço que os homens o que vem ao encontro de outros estudos referenciados.

Alkema, Reyes e Wilber (2006) observaram que determinadas características sócio demográficas e funcionais eram maiores determinantes do que as condições de saúde como factores preditores de utilização de serviços domiciliários. Sendo que as mulheres utilizavam mais estes serviços à semelhança de outros estudos (Hill, 2001; Mathieson, Kronenfeld & Keith, 2002; Litwin, 2004) assim como os serviços de apoio de transporte (Manthorpe et al, 2006) bem como aqueles idosos que vivem sozinhos.

Em suma, estes estudos mais recentes sublinham a ideia chave de que entre os componentes do modelo comportamental de utilização de serviços que a necessidade sentida é a mais discriminatória o que vai ao encontro da variável central do modelo, seguida de

alguns factores predisponentes (idade, incapacidade funcional) e por último os factores que possibilitam a utilização de serviços de onde se destaca o apoio financeiro familiar e os recursos na comunidade. Sublinhando a inter-relação entre os resultados e os outros componentes, que por sua vez afecta os factores predisponentes subsequentes, as necessidades percepcionadas de serviços assim como o comportamento de saúde, conforme explicitada no modelo emergente de Andersen (1995).

Outros estudos, referenciados de seguida, reforçam a ideia de que a utilização de serviços pelos idosos é uma necessidade sentida diversa e dependente do comportamento de saúde, do apoio familiar e da acessibilidade e equidade dos recursos existentes na comunidade.

Um grupo de peritos em saúde para as pessoas idosas desenvolveu um estudo sobre os cuidados de saúde providenciados aos idosos na Escócia cujo título era *"acrescentar vida aos anos"*. Ressalta deste estudo o impacto positivo da existência de cuidados de saúde primários onde o médico de família é referência para os idosos, verificando-se que a maior proximidade e consultas regulares com o médico diminuía o consumo maior de medicamentos. Outro aspecto é a importância do trabalho em equipa nos cuidados geriátricos, de onde sobressai a melhoria da qualidade de vida dos idosos, num esforço de optimizar o estado funcional e desta forma melhorar o seu bem-estar. Este estudo reforça a ideia de que a responsabilidade dos cuidados de saúde deve ser partilhada por todos, sensibilizando os adultos idosos para a manutenção de actividade física e mental, e promovendo estilos de vida saudáveis (dieta adequada, perda de peso para os obesos, eliminar hábitos tabágicos e exercício físico) (Rochon, Bronskill & Gurwitz, 2002).

Heslin et al. (2001) constataram no estudo europeu que desenvolveram em idosos com idades compreendidas entre os 70-94 anos, com a finalidade de compararem a utilização de serviços pelos idosos de acordo com a percepção do seu estado de saúde, e concluíram que a percepção de saúde (medida pelo *Short-Form 36*) era significativamente melhor nos homens do que nas mulheres, e naqueles que viviam no domicílio relativamente aos que estavam institucionalizados. Quanto ao grau de incapacidades funcionais, as mulheres apresentavam valores de incapacidade maiores do que os homens. A depressão e ansiedade foram identificadas em ambos os sexos e fortemente relacionadas com a incapacidade. Em termos geográficos verificou-se que os idosos da zona norte se sentiam mais saudáveis e que os idosos da zona sul apresentavam maiores incapacidades.

Do ponto de vista dos cuidados de enfermagem é importante obtermos informação sobre o tipo de cuidados necessários, os motivos por que são precisos os cuidados e a qualidade de vida entre os mais idosos que vivem nas suas próprias casas (habitações), com a finalidade de providenciar a manutenção da independência maximizando desta forma a sua qualidade de vida.

Raynes, Coulthard, Glenister e Temple (2004) dão conta que para os idosos a acessibilidade a transportes para poderem sair de casa, adaptações do espaço físico, ajuda nas AVD (principalmente na ajuda das tarefas domésticas) são dos serviços mais valorizados.

O aumento da idade, não possuir meio de transporte e a viuvez, estão associados ao aumento do uso de serviços tal como a pior auto avaliação da saúde em geral. Pior funcionamento físico, problemas emocionais, problemas cognitivos, limitações à marcha e maior número de quedas são determinantes (preditores) da utilização de serviços. (Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, 2002).

Actividades de convívio social influenciam diversos factores biológicos, reduzindo os efeitos nefastos do stresse através do melhoramento das respostas imunitárias e humorais. Por outro lado, estas actividades envolvem a importância da atribuição dos papéis sociais nos idosos, que por sua vez, promovem um sentido de auto-eficácia, de sentimento de utilidade e significado de vida relacionados a importantes resultados no estado de saúde na velhice. Também as actividades de contexto social e ocupacional reforçam os relacionamentos, as normas de reciprocidade e de mutualismo, sublinhando a importância destas actividades como apoio social (Glass, Mendes de Leon, Marottoli & Berkman, 1999). Estes dados sugerem a importância de actividades sociais com pouco esforço físico no benefício da manutenção da qualidade de vida.

Neste sentido, salienta-se a importância destas actividades na promoção do bem-estar em idosos com doenças crónicas como a artrite reumatoide. Glass et al. (1999) evidenciaram que as actividades sociais e ocupacionais envolvendo pouco ou nenhum desenvolvimento de condição física, diminuía o risco de todas as causas associadas a mortalidade tais como as relacionadas com as actividades de aptidão física. Isto sugere que a par do incrementar de exercícios físicos de *performance* cardiopulmonar, se associam actividades de contexto social e ocupacional, especialmente para os idosos mais vulneráveis.

Medidas de saúde pública que reduzam as barreiras e que promovam o envolvimento social nos idosos como por exemplo, investimento em transportes para deslocar os idosos a centros de dia, aumento de actividades ocupacionais e de lazer, seriam

importantes intervenções com benefícios para a saúde em geral dos idosos (Glass et al. 1999).

Gutheil e Heyman (2005) observaram que a comunicação entre os idosos e os seus agentes de cuidados de saúde lhes é bastante protectora, sendo que desta forma é possível a verbalização dos seus desejos na fase final das suas vidas, com o sentimento de confiança em ser cuidado por alguém que conhecem e que podem ter de tomar decisões por eles relativamente aos cuidados de saúde quando necessários.

O sistema de cuidados intermediários surgiu com o intuito de reduzir o número de dias de permanência no hospital. Contudo, Young et al. (2005) no estudo quase experimental que conduziram com um grupo de idosos antes e depois do internamento numa unidade de cuidados intermédias concluíram que não existiram diferenças nos resultados entre o tempo de permanência na unidade intermédia e a expectativa de redução de permanência no hospital.

A revisão da literatura relativa à utilização de cuidados de saúde domiciliários revela um aumento da sua utilização pela população idosa, que se apresenta com um número elevado de incapacidades na realização das suas actividades de vida diária, que vivem sozinhos, com um baixo nível de suporte informal e com cobertura medicamentosa Kadushin (2004).

Baixos níveis de expectativa de auto-eficácia na realização das actividades de vida diária em idosos estão associados com a futura utilização de cuidados domiciliários por este grupo e *vice-versa*. Nos idosos que vivem sozinhos observou-se uma associação entre as limitações no contexto social e a mudança para a utilização de cuidados domiciliários (Knol, Haken & Kempens, 2003).

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

Ao longo das últimas três décadas do século passado assistiu-se a um aumento nos gastos da saúde e utilização de serviços diferenciados hospitalares pela população de idosos com idade superior a 65 anos de idade. Yang, Norton e Stearns (2003) estudando a relação entre a longevidade e gastos com os cuidados de saúde, obtiveram como

principais resultados que os gastos com os cuidados de saúde aumentaram substancialmente com o avançar da idade. Globalmente o envelhecimento é o principal motivo para os maiores gastos com cuidados de saúde de longa duração.

No futuro, o aumento do número de idosos bem como da sua longevidade irão aumentar os custos nos cuidados de saúde. Todavia, a expectativa no aumento dos custos causada pela maior longevidade dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde será menor do que a calculada porque a concentração desses custos irá situar-se no final da vida em vez do período previsto, pois parece haver uma deslocação das incapacidades para idades mais avançadas. As tendências dos cuidados de saúde são consistentes com a ideia de que globalmente melhorou o estado de saúde dos idosos (Fuchs, 1999; Osawa, 1999; Lubitz, Greenberg, Gorina, Wartzman & Gibson, 2001; Monheit, Vistnes & Eisenberg, 2001).

A população idosa requer uma efectiva e eficiente coordenação dos serviços públicos que os ajude a manter a autonomia e independência o mais tempo possível (Eaton, 2002). Num estudo sobre a utilização pela população idosa com idades compreendidas entre os 65-74 anos de dois países nórdicos constatou-se que os idosos fizeram uma visita médica no espaço de doze meses, encontrando-se diferenças entre os finlandeses e os noruegueses, sendo que os primeiros recorriam mais a médicos especialistas. As taxas de auto-percepção do estado de saúde eram mais elevadas nos idosos que recorriam mais ao acompanhamento médico especializado (Suominen-Taipale, Koskinen, Martelin, Holmen & Jonhsen, 2004).

Apesar da população idosa se manter saudável e a viver activa e independentemente na comunidade, existe uma minoria, cuja proporção aumenta a partir dos 75 anos de idade, com limitações nas suas actividades e a requerer ajuda nas AVDi (Rosenberg & Moore 1997). De entre este grupo as mulheres que vivem sozinhas e com baixos recursos, são as que necessitam de maior ajuda. Quanto à utilização dos serviços de saúde os idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos de idade não diferem da restante população adulta. A partir dos 74 anos de idade, todavia, constata-se um aumento rápido na utilização dos serviços. O aparecimento de doenças crónicas aumenta o que se traduz na utilização de maior número de consultas médicas especializadas.

A distribuição desigual da acessibilidade aos cuidados de saúde primários observa-se, ainda hoje, em alguns países ocidentais industrializados, afectando particularmente a população de idosos com idade igual ou superior a 70 anos, com baixos recursos, com incapacidades na mobilização e com dificuldades em se deslocar aos serviços de saúde.

Deste modo, garantir aos idosos que residem em áreas deslocadas adequada acessibilidade aos cuidados de saúde primários, previne futuras hospitalizações, a utilização de serviços domiciliários e a institucionalização (Chaix, Veugelers, Boëlle & Chauvin, 2005).

Stilwell e Kerslake (2004) reforçam esta ideia com a proposta de introdução de serviços de provisão de "cuidados extra" aos idosos que ainda têm condições para residir em casa apesar do seu estado de fragilidade, e que dão valor ao seu estado de independência e autonomia. Estes serviços garantem o sentimento de posse e de segurança aos idosos, permitindo o desenvolvimento de actividades conjugadas com o apoio dos cuidadores informais ou formais. Serviços organizados na comunidade e que atendam às necessidades dos idosos e das suas famílias, incentivam o envolvimento dos idosos em actividades de lazer e ocupacionais e contribuem para as decisões relativas às necessidades de serviços a ter em casa.

Da revisão de vinte e cinco artigos que se reportavam aos resultados obtidos em estudos com selecção aleatória e representativos da população de programas preventivos para pessoas idosas, onze incluíam avaliação do estado de saúde. Constatou-se que a avaliação do estado de saúde foi associada à melhoria dos resultados de saúde nos idosos, com ganhos na diminuição das despesas de saúde. Outro aspecto relevante refere-se ao facto das visitas domiciliárias preventivas proporcionarem um efeito benéfico nas pessoas idosas com a observação num decréscimo de admissões hospitalares e em lares (Byles, 2000; Sims, Kerse, Naccarella & Long, 2000).

Num estudo longitudinal levado a cabo durante 24 meses para estudar os efeitos do modelo colaborativo de cuidados entre utente, médico e enfermeiro, com uma avaliação centrada na compreensão e coordenação dos cuidados constatou-se que este modelo de intervenção reduzia significativamente a mortalidade aos dois anos com diminuição de internamento hospitalar, e consequente diminuição dos gastos por melhoria nos resultados na saúde dos idosos (Schraeder, Shelton & Sager, 2001).

Moutain (2003) sugere que o envolvimento das pessoas idosas na investigação relacionada com a saúde e com os serviços de cuidados sociais pode trazer benefícios para todos. Para as pessoas idosas a sua participação pode ajudá-los a se sentirem independentes, com sentido de inclusão e de cidadania, particularmente naqueles idosos que experienciaram a exclusão social anteriormente.

Outra componente da utilização de serviços diz respeito à capacidade dos idosos em gerir de forma independente a toma de medicação prescrita no seu ambiente doméstico é fundamental para prevenir possíveis problemas decorrentes desta. Os cuidadores

informais são aqueles que têm o conhecimento em primeiro lugar das dificuldades dos idosos a quem prestam cuidados sobre esta problemática (leitura da bula, retirar em segurança os medicamentos, horário, acondicionamento dos medicamentos). Donelan et al. (2002) constataram que 48% dos cuidadores informais ajudavam com o manuseamento e toma da medicação dos idosos. Neste sentido os profissionais de saúde devem ter em conta na avaliação compreensiva geriátrica as limitações e apoio necessários para que a prescrição de medicação necessária seja tomada com as devidas condições sugerindo a aplicação de uma escala de avaliação de manuseamento de medicação aos idosos em risco de efeitos secundários de polimedicação (Orwig, Brandt & Gruber-Baldini, 2006).

A literacia em saúde é definida por Ratzen e Parker (2000), como o grau de capacidade com o qual os indivíduos podem obter, processar e compreender as informações básicas e os serviços necessários para tomar decisões apropriadas respeitantes à sua saúde no contexto do sistema de cuidados de saúde. Esta definição evidencia para o facto de que não são só os indivíduos com baixas capacidades de literacia que têm dificuldades com as informações relativas aos cuidados de saúde. Pois muitos indivíduos com adequados capacidades de literacia podem ter dificuldades em compreender a terminologia médica e entender certos assuntos de cuidados de saúde (Cutilli, 2007).

A investigação tem demonstrado que a população geriátrica está em risco de literacia em saúde inadequada ou marginal. Este risco tem impacto ao nível dos resultados em saúde e respectivos custos nos cuidados às pessoas idosas que são os maiores consumidores dos serviços de saúde (Baker, Gazmararian, Sudano & Patterson, 2000; Gausman & Forman, 2002; Gazmararian, Williams, Peel & Baker, 2003; Sudore et al., 2006).

Os dados demográficos revelam uma multiplicidade de factores que influenciam a literacia em saúde de cada indivíduo. Para além da idade, os indivíduos com mais baixo nível de escolaridade, baixos recursos, actividade profissional de operários e com baixo estado de saúde (mental e física) estão mais susceptíveis do risco de literacia em saúde inadequada ou marginal (Cutilli, 2007).

A relação de baixa adesão à medicação e literacia em saúde inadequada observa-se quando não se adequa a informação às capacidades de compreensão dos indivíduos em especial os idosos com disfunções cognitivas (Sudore et al., 2006; Cutilli, 2007).

Majumdar e Soumerai (2003) advertem quanto ao risco de prescrição potencialmente inapropriada para as pessoas idosas devido ao aumento das necessidades de utilização de diversos substâncias farmacológicas, o que aumenta a susceptibilidade a reacções

adversas, maior comorbilidade e exposição a múltiplas prescrições como resultado da fragmentação de cuidados. Majumdar e Soumerai (2003), Zermansky et al., (2006) e Vinks, Koning, Lange e Egberts (2006), sustentam que a adequada articulação entre os clínicos e os farmacêuticos beneficiará a saúde dos idosos, evitando muitas das vezes as situações acima mencionadas.

O aumento da prescrição de medicamentos relacionada com a existência de maior número de múltiplas doenças crónicas é um facto. Thomas, Ritter e Wallack (2001) debruçando-se sobre a prescrição de medicamentos na população idosa entre 1997 e 2000, dividiram uma amostra de idosos em diferentes grupos quanto aos custos/gastos com medicamentos, classificando-os em baixo custo, médio, elevado e muito elevado custo. Estudaram ainda quais os medicamentos mais utilizados entre os diferentes grupos e observaram que mais de metade dos idosos, mesmo no grupo com baixos custos em medicamentos, utilizavam medicação para doenças cardiovasculares; uma menor percentagem (cerca de 10%) utilizava medicação para controlo da diabetes e medicação gastrointestinal. No grupo de elevados custos verificaram que estes idosos apresentavam condições de cronicidade mais acentuada do que no grupo de baixo-custo, sendo mais representativa a medicação para doenças cardiovasculares (87%), medicação antilipídica (54,2%), aproximadamente metade com medicação antidepressiva (45,6%) e com utilização de medicação anti-inflamatória para as situações de artrite (45,6%). Estes dados confirmam a situação dos elevados custos com os idosos enquanto pessoas com uma maior complexidade na avaliação clínica que requerem tratamento para muitas condições do foro físico e mental.

Os idosos estão mais expostos aos efeitos adversos evitáveis de medicação, provavelmente devido à complexidade clínica que apresentam. Estes efeitos evitáveis devem ser tomados em atenção quando se prescrevem medicamentos a idosos (Thomas & Brennan, 2000).

Na revisão da literatura relativa à polimedicação e os seus efeitos na população de idosos, Frazier (2005) realçou que esta utilização era um preditor com significado estatístico para hospitalização, admissão em lares de terceira idade, hipoglicémia, fracturas, dificuldade na mobilidade, pneumonia, malnutrição e morte.

Mitchell, Mathews, Hunt, Coob & Watson (2001) constataram em idosos não institucionalizados a utilização de pelo menos quatro medicamentos diferentes por dia e destes 41% a 65% usavam 4 ou mais medicamentos por dia, estando este aumento relacionado

com o número de diagnósticos (Cohen, Rogers, Burke & Beilin, 1998; Jensen, Friedmann, Coleman & Smiciklas-Wright, 2001).

As pessoas idosas estão particularmente vulneráveis aos problemas decorrentes com a medicação relacionados com o número de fármacos que tomam, o número de doenças crónicas diagnosticadas e as mudanças biológicas que ocorrem com a idade e os seus efeitos na distribuição do medicamento no organismo (Johnson, 2000). Por este motivo é fundamental a sensibilização dos idosos para as precauções a tomar relativamente à medicação que é estritamente necessária de outra que possa ser evitada, bem como dos efeitos adversos decorrentes da interacção entre medicamentos (Hogan & Kwan, 2006).

Num estudo sobre a utilização dos serviços de urgência e emergência médica pelos idosos com idade igual e superior a 65 anos, Downing e Wilson (2005) observaram que 18 % eram provenientes do referido grupo etário. O período de maior número de ocorrências era de manhã ou ao entardecer, durante os meses de Inverno, transportados em ambulâncias e na sua maioria requeriam admissão hospitalar. As situações clínicas mais comuns estavam relacionadas com problemas cardíacos, doenças cerebrovasculares, fracturas do colo do fémur, doenças do foro respiratório e ferimentos causados por quedas.

Parker et al. (2003) salientaram que a alta hospitalar dos idosos é um assunto fulcral quer para os cuidados de saúde diferenciados quer para os cuidados de saúde primários. Estes autores concluíram que a utilização de intervenções que promovam a manutenção do idoso na comunidade com diminuição no número de readmissões hospitalares é de realçar os protocolos entre as instituições de saúde e de assistência social, que providenciam desta forma um sistema de comunicação interface entre hospital e comunidade.

Os cuidadores informais são vitais no caso dos idosos com demências ou doenças em fase terminal e que possam permanecer em casa (Grunfeld et al., 1997).

Os cuidados aos idosos com doenças crónicas e com necessidades de apoio na realização das AVD que vivem nas suas casas, são providenciados em grande percentagem de forma informal, na sua maioria por membros da família.

Todavia, assiste-se nas sociedades contemporâneas a mudanças em termos populacionais, tais como: maior mobilidade geográfica, aumento do grupo feminino na actividade laboral, famílias mais pequenas, diminuição das taxas de casamento, risco de aumento de taxas de divórcio, que implicarão, a curto prazo, um decréscimo da

disponibilidade ou vontade dos membros da familía em providenciar cuidados aos seus idosos (Wolf, 2001).

A prestação de cuidados ao idoso em casa é realizada por cuidadores informais, na sua maioria familiares que estão motivados por um profundo comprometimento com o idoso dependente. Destes a maior percentagem são mulheres, na qualidade de esposas ou filhas. Quanto aos outros cuidadores informais são externos à família e fazem parte do sector dos cuidados de saúde ou de apoio domiciliário (Grunfeld et al., 1997).

O quadro ideal seria aquele em que as famílias cuidariam dos seus idosos. Todavia, as tendências demográficas actuais apontam para um outro cenário, em que muitos dos familiares não estarão disponíveis para providenciar os cuidados quando necessários e que muitos idosos podem ser acometidos de doenças crónicas quando são necessários na família como cuidadores informais (Brown, McWilliam & Mai, 1997).

Num estudo com 262 cuidadores informais familiares (cônjuges e filhos) 42% eram mulheres e 36% homens, Barber & Pasley (1995) descobriram que não havia diferenças significativas entre o género em relação à realização das tarefas dos cuidadores, incluindo a ajuda com cuidados pessoais.

Outros estudos suportam a ideia de que quando os cuidadores são cônjuges, estes providenciam assistência idêntica nos cuidados de higiene e conforto, na ajuda para se mobilizar, levantar e deitar na cama. Sendo que os maridos providenciam maior número de horas por semana às suas esposas do que o contrário, encontrando-se estes com maior isolamento social do que as mulheres em situação marital idêntica. Observaram que quando os cuidadores familiares são filhos ou irmãos estes providenciam menos cuidados por semana do que as filhas ou irmãs (Chang & White-Means, 1991).

Houde (2001) constatou que enquanto os cuidadores femininos assistiam mais nas actividades de preparar as refeições, fazer as tarefas de casa e cuidados pessoais, nos cuidadores masculinos, existia uma preferência em auxiliar nas actividades instrumentais, como fazer compras e lidar com as finanças, manutenção de equipamentos, e ajuda na mobilidade. Quando são filhas ou filhos sucede o mesmo relativamente à diferença de género, sendo que os filhos providenciam maior ajuda na deslocação/transporte e no lidar com as finanças do que as filhas e estas uma maior ajuda nas tarefas de casa e de fazer compras.

O isolamento social e perda de companhia foram queixas apresentadas pelos maridos que cuidavam das suas esposas, relatando que perderam o contacto social com os seus

amigos, e que a vida social mudou porque não tinham tempo para participar nas actividades sociais em que anteriormente estavam envolvidos (Kramer, 1997).

O reconhecimento temporal e a prevenção de problemas de saúde entre os idosos demonstraram melhoria no seu estado de saúde. Contudo, no sentido de ser efectivo, estratégias de intervenção deveriam ser endereçadas para idosos em risco sobretudo aos que apresentavam deterioração na sua saúde. Neste sentido, LoBuono & Pinkowish, (1999) e Dalby et al. (2000), demonstraram que a visita domiciliária, a idosos vulneráveis que residem em suas casas, por enfermeiros, em coordenação com os cuidados médicos, é benéfica. A visita tem de ser adequada às necessidades dos idosos e dos seus cuidadores formais e providenciar cuidados antecipatórios que têm um efeito proactivo e preventivo, retardando o aparecimento de incapacidades relacionadas com a realização das AVD.

A alta hospitalar precoce nos idosos pode levar a readmissões devido ao declínio funcional que ocorre durante e após a hospitalização e ao risco de quedas (Hoare, 2004). Os cuidados devem ser centrados na pessoa na sua avaliação multidimensional, existindo uma cooperação dos diferentes intervenientes com vista a autonomizar o idoso e a sua família aquando da alta hospitalar (Sander, 2000; Cowan, 2003; Hoare, 2004).

Os idosos mais vulneráveis com idade superior a 65 anos e com múltiplas admissões hospitalares requerem um apoio de serviços domiciliários que sejam adequados às suas necessidades e expectativas. Neste sentido, é importante que os prestadores de cuidados de saúde e serviços auscultem sobre essas necessidades e expectativas focalizando os seus cuidados centrados na pessoa, com uma avaliação integrada e equacionem os seus programas tendo em conta as prioridades das pessoas idosas, e atendam à segurança destes aquando das altas hospitalares com a avaliação de riscos relativos aos diferentes domínios: saúde física, saúde mental, dor e isolamento social, garantindo continuidade na assistência e diminuindo o risco de incapacidade funcional, sintomas depressivos e problemas comportamentais, (Clarkson, Venables, Hughes, Burns & Challis, 2006; Worden, Challis, & Pedersen, 2006; Madigan, 2007; Themessel-Huber, Hubbard & Munro, 2007).

O desenvolvimento efectivo de intervenções preventivas com o principal objectivo da manutenção da saúde e autonomia dos idosos que residem na comunidade tem recebido particular atenção desde há duas décadas atrás. Vários estudos foram desenvolvidos com a particular atenção para uma específica intervenção: a visita domiciliária.

Nas últimas duas décadas, têm sido desenvolvidos em muitos países programas preventivos com o objectivo de promoverem a independência funcional dos idosos e diminuir os custos em cuidados de saúde. Um desses programas é a visita domiciliária realizada por enfermeiros especialistas em saúde pública e que têm como principais finalidades a manutenção ou a melhoria do estado funcional dos idosos e reduzir a utilização de serviços de cuidados institucionalizados (Nicolaisdes-Bouman, Rossum, Kempen & Knipschild, 2004). van Rossum et al. (1993) concluiram que as visitas domiciliárias devem ter em conta a população alvo dos seus benefícios, nomeadamente o grupo de idosos com baixos recursos económicos e com pobre estado de saúde. Elkan et al. (2000, 2001) constataram uma diminuição na mortalidade e nas admissões a lares de terceira idade na população de idosos vulneráveis e que estavam em maior risco, com a introdução das visitas domiciliárias. Stuck, Egger, Hammer, Minder e Beck (2002) verificaram que as visitas domiciliárias baseadas numa avaliação geriátrica multidimensional com programa personalizado aos idosos não só reduziam o declínio funcional destes como a admissão a instituições de lares de terceira idade.

Deste modo, van Haastregt, Diedeeriks, van Rossum, Witte e Crebolder (2000) realizaram uma meta análise com revisão sistemática de 15 estudos sobre visita domiciliária a idosos que residiam em suas casas. Destacam como principais resultados: efeitos favoráveis na avaliação do estado funcional, do estado psicossocial, prevenção de quedas, diminuição da admissão a instituições de cuidados a idosos, e diminuição na taxa de mortalidade.

Elkan et al. (2001) realizaram, à semelhança do grupo anterior, uma meta análise com revisão sistemática de 15 estudos sobre visita domiciliária a idosos que residiam em suas casas com vulnerabilidades ou em risco. As variáveis estudadas foram: mortalidade, admissão hospitalar, admissão em instituições de cuidados a idosos, estado funcional e estado de saúde. Como principais resultados salientam que a visita domiciliária está associada a uma significativa redução na taxa de mortalidade (verificou-se em 8 dos 15 estudos) e a uma redução na admissão a instituições de cuidados a idosos, bem como na admissão hospitalar (observada em 6 estudos).

Clark (2001), após a revisão dos trabalhos de van Haastregt et al. (2000), Elkan et al. (2001), e Stuck et al. (2002), sublinha a importância da prática da visita domiciliária enquanto estratégia preventiva em idosos residentes em suas casas, apresentando dois argumentos: com a introdução de medidas preventivas atrasa-se o desenvolvimento das incapacidades e de dependência, e/ou adia-se a necessidade de cuidados mais inten-

sivos com consequente diminuição dos gastos na utilização destes serviços; a prática da visita domiciliária melhora o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas.

Stuck et al. (2002) conduziram uma meta análise com diversos estudos sobre o impacto da visita domiciliária na prevenção das admissões a instituições de cuidados a idosos, e concluíram que as visitas domiciliárias preventivas que envolviam a avaliação geriátrica multidimensional, com um *folow-up* de 9 visitas, reduzia a admissão a instituições de cuidados a idosos, melhoravam o estado funcional dos idosos com baixo risco, e reduzia a mortalidade em idosos mais jovens.

A promoção de saúde realizada pelos enfermeiros que fazem visitas domiciliárias aos idosos com vulnerabilidade resultou em melhoria da qualidade de vida destes idosos e sem gastos adicionais nos cuidados de saúde. Estes resultados apontam para a necessidade de se reinvestir nos serviços de visita domiciliária com a integração da avaliação compreensiva geriátrica como área de promoção de saúde para os idosos que requerem cuidados específicos para a manutenção da sua qualidade de vida (LoBuono & Pinkowish, 1999; Markle-Reid, Weir, Browne, Roberts, Gafni & Henderson, 2006).

Neste sentido, Hellström e Hallberg (2001) realizaram estudo com idosos de idade superior a 75 anos, a residirem em casa própria e com dependência de cuidados de saúde e/ou de outra natureza. O objectivo era investigar o seu estado funcional, doenças, queixas relativas à qualidade de vida percepcionada pelos próprios. A percentagem de idosos com dependência e necessidade de ajuda nas actividades de vida diária variou entre 18,5% a 79,1% em diferentes grupos etários. A ajuda veio na sua maioria por cuidadores informais (84,1%), e, em 53,1% dos casos, dos cuidados domiciliários de enfermagem. A ajuda dos cuidadores formais foi prestada em combinação com as outras formas de ajuda em 38,8% dos casos. O tipo de ajuda incidiu nas actividades instrumentais de vida diária, nas quais se destacam o arrumar a casa, e nas actividades AVD físico o tomar banho ou duche. Quanto às queixas foram destacadas as relacionadas com a mobilidade e dor, viver sozinho, dificuldade em estar sozinho. Entre 20 a 40 % dos respondentes referiram baixa e muito baixa qualidade de vida.

Benyamini, Idler, Leventhal e Leventhal (2000) concluíram do seu estudo longitudinal que indicadores positivos de saúde incluindo sentimentos e disposição positivos, apoio social e capacidade funcional estavam associados a auto avaliação de saúde positiva e que, a utilização de medicação, capacidade funcional e disposição negativa tinham uma influência negativa na auto avaliação do estado de saúde dos idosos. Estes resultados reforçam

a ideia da importância de avaliar a percepção das pessoas sobre a sua saúde num *continuum* saúde-doença.

A redução das incapacidades nos idosos apresenta-se como uma tendência actual, resultando das medidas de saúde pública que foram impulsionadas na passagem do século XX. A causa desta redução é multifactorial na qual se inclui a contribuição resultante da utilização de medicamentos e cuidados médicos como por exemplo a utilização de anti-inflamatórios para as artrites e as cirurgias ortopédicas de substituição. Outro factor tem relação com a mudança de comportamento na adopção de estilos de vida saudáveis e na existência de equipamentos que facilitam a realização das actividades de vida diária. Adicionalmente surge o grau de instrução, verificando-se que quanto mais instruído é o indivíduo menor risco de ocorrer incapacidade. A explanação para este dado estabelece-se porque permite um melhor acesso aos recursos de saúde, aumentando os conhecimentos sobre comportamentos saudáveis e sobre o impacto directo da estimulação mental na função cognitiva (Waidmann & Liu, 2000; Cutler, 2001a, 2001b).

A implementação de serviços de saúde mental integrados nos cuidados de saúde primários para a população geriátrica é uma necessidade das sociedades contemporâneas, onde se assiste a um crescente aumento deste grupo populacional. Assim como a criação de uma rede de centros de desenvolvimento e de apoio a doentes com demências. A sua implementação diz respeito não só às responsabilidades governamentais mas acima de tudo diz respeito a todos os cidadãos (Hall, Waldock & Harvey, 2006).

A saúde e o bem-estar dos idosos são modificáveis, e ganhos substanciais podem ser obtidos através do investimento na promoção da saúde e condição física ao longo da vida. As determinantes de saúde nos idosos são complexas, abrangendo as diversas dimensões: funcional, mental, social, económica e ambiental. Actividades de promoção de saúde devem ter em conta os elementos psicológicos e sociais, estando comprovado que nos idosos a actividade física moderada regular, associada a actividades sociais e ocupacionais (caminhar, dançar, jardinagem), comporta benefícios para a saúde dos idosos que as praticam (Andrews, 2001).

Bijnem et al. (1998), em estudo longitudinal (10 anos) sobre as actividades físicas num grupo de homens idosos, concluíram que o tempo total despendido em actividades físicas diminuiu ao longo do tempo. Alertam para que este decréscimo não seja explicado pelo declínio do estado funcional (que representa um indicador da presença de incapacidade ou doença). Em vez disso, esta diminuição, especialmente nas actividades de andar de

bicicleta e jardinagem, tem relação com os efeitos do processo de envelhecimento. Para a actividade de caminhar o tempo despendido manteve-se estável ao longo do *folow-up*.

Os cuidadores formais e informais requerem apoio para poderem prestar da melhor forma a ajuda que os idosos com incapacidades necessitam. Este apoio é solicitado de preferência através do telefone onde podem estabelecer contacto com profissionais e esclarecer eventuais dúvidas, ou através do contacto com outros cuidadores ou ainda recebendo correio com as notícias recentes sobre apoio aos idosos (Colantonio, Kositsky, Cohen & Vernich, 2001).

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

Para muitos idosos e respectivas famílias existe a necessidade de decidir sobre que tipo de ajuda e que instituições a poderão fornecer face às limitações de natureza funcional dos primeiros e às limitações dos recursos sociais de ambos que se impõem. È uma decisão que não é de fácil de tomar e por vezes sem unanimidade, por um lado pesa a decisão dos familiares na necessidade de internar os seus idosos em lares dado a indisponibilidade de estarem com estes a tempo inteiro. Por outro, pesa a condição do próprio idoso em se manter autónomo e independente no seu espaço habitacional apesar da presença de incapacidades o limitarem na realização das suas actividades de vida diária. O assumir da necessidade de institucionalização deverá ser feito em conjunto com o idoso em questão garantindo uma preocupação que se reporta a área de proximidade dessa instituição com a dos seus membros de família mais chegados (Kane, Boston & Chilvers, 2007).

Outros factores que precipitam esta admissão incluem o aumento da responsabilidade colocada aos cuidadores à medida que as necessidades dos idosos vulneráveis aumentam, acrescida da ausência de cuidados nas 24 horas na comunidade; as limitações dos cuidados nos serviços intensivos, especialmente nas componentes do apoio psicológico e social aos idosos; a propensão dos profissionais de saúde em verem os lares como o passo seguinte na provisão de serviços para os idosos e por último a ausência de outras alternativas (Stilwell & Kerslake, 2004).

A acessibilidade dos serviços de saúde deverá ser um princípio para todos os beneficiários do sistema de saúde, contudo este aspecto nem sempre é devidamente observado no caso dos idosos que estão mais vulneráveis quer física quer psicossocialmente. Os serviços de saúde nas suas diferentes áreas de actuação devem fazer um esforço para que o seu trabalho em equipa se torne útil para os idosos que necessitam de recorrer a um maior número de cuidados de saúde e não uma barreira burocrática que têm de enfrentar para além de outras impostas pelas circunstâncias frágeis de saúde (Edwards, 2007). Esta ideia é reforçada por Watson (2007) que sugere o conhecimento organizacional como forma de rentabilizar os serviços de saúde e de apoio social não só com vista a criar sinergias entre os diferentes serviços mas também na aproximação destes serviços às verdadeiras necessidades de quem os utiliza, em particular a população crescente geriátrica, rentabilizando o apoio das tecnologias ao serviço desta.

Nesta perspectiva a necessidade de iniciativas educativas na comunidade onde residam os idosos, com o apoio de tecnologias para abranger as necessidades complexas destes é uma medida que associada às visitas domiciliárias realizadas por profissionais de saúde (enfermeiros e/ou médicos de família) fomenta a promoção da saúde e reduz os riscos acima equacionados bem como os relativos à polimedicação (Brown et al. 2006; Dick & Frazier, 2006; Marek & Baker, 2006; Runciman, Watson, McIntosh & Tolson, 2006).

Desta forma, o conhecimento da utilização dos diversos serviços por parte dos idosos é uma dimensão primordial que reforça a importância da avaliação geriátrica multidimensional na adequação destes serviços às necessidades dos idosos (necessidades sentidas pelos idosos e necessidades avaliadas pelos profissioniais de saúde).

3. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA MULTIDIMENSIONAL

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

O conceito de qualidade de vida é multidimensional, existindo várias definições que a delimitam e descrevem. De acordo com Padilla e Frank-Stromborg (1997), qualidade de vida é entendida como a percepção que cada indivíduo tem relativamente à vida tendo em conta o seu contexto cultural, o sistema de valores e o ambiente pessoal. Abrange um conjunto de aquisições pessoais, de satisfação e realização individual de objectivos e metas. É um processo dinâmico e as mudanças que ocorrem durante o percurso de vida da pessoa estão directamente relacionadas com as condições envolventes e experiências pessoais.

A definição de qualidade de vida de Johnson (1998), derivou do conceito de saúde da OMS, enunciando a qualidade de vida como o bem-estar total do indivíduo, abrangendo a saúde física e psicossocial, que é influenciada pelas experiências individuais, percepção de saúde, doença e crenças pessoais, e não apenas, como reforçam Wade, Reimer, Smith e Lund (1999), o resultado da avaliação de estudos clínicos, apesar de representativos da população, ou os resultados obtidos a partir das avaliações médicas tradicionais: duração ou remissão da doença, morbilidade, e média de sintomas observados.

Segundo Zitter (2000), o conceito de qualidade de vida refere-se à percepção individual do estado de saúde e à satisfação com os cuidados de saúde centrados no contexto do indivíduo. Utilizando uma combinação de dados subjectivos e objectivos, a qualidade de vida reflecte a acessibilidade da pessoa aos cuidados de saúde tendo em conta a especificidade do diagnóstico clínico, as suas necessidades sentidas e actuais face aos cuidados de saúde, a eficácia das intervenções médicas, e os custos e benefícios dos cuidados de saúde.

Para McClane (2002) a qualidade de vida é definida como um todo complexo que abrange o estado biológico, mental e social, a percepção de bem-estar, bem como a

percepção pessoal das incapacidades como influenciadoras da avaliação do estado de saúde do indivíduo.

As necessidades de cuidados de saúde decorrentes das alterações físicas e psicossociais do processo de envelhecimento, e a alocação de recursos de saúde para satisfazer essas necessidades de cuidados são medidos pelos instrumentos de qualidade de vida, que avaliam as necessidades de saúde e sociais dos idosos.

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

A revisão da literatura aponta para uma evolução da avaliação da qualidade de vida dos idosos ao longo das décadas, que acompanhou a mudança do foco de atenção dos cuidados de saúde, da diminuição da morbilidade para o preservar das capacidades funcionais e aumento da expectativa e extensão de vida activa, em detrimento do adiar da mortalidade (McClane, 2002).

A emergência, a partir da década de sessenta do século XX de uma população de idosos com maior esperança de vida e maior autonomia, evidenciou a necessidade sentida de independência e de residência na comunidade. Esta mudança para uma população mais activa e funcional levou à criação de instrumentos de avaliação. Inicialmente esta avaliação reportava-se à capacidade dos indivíduos desenvolverem as suas actividades de vida diária, à avaliação funcional dos idosos, isto é, em avaliar as capacidades dos idosos em realizarem as suas actividades de vida diárias de forma independente na comunidade onde residem, com a introdução da escala de avaliação de actividades de vida diárias resultante do trabalho de Katz e colaboradores (1963) (Chiriboga, Ottenbacher & Haber, 1999; Lowenstein & Magowski, 1999; Salamon, 1999).

Posteriormente, surgiu a necessidade de avaliar as capacidades dos idosos na interacção de forma segura com o seu meio envolvente, reportando-se esta à avaliação das actividades instrumentais de vida diárias. Neste sentido, Lawton e Brody (1969) criaram um segundo instrumento, a escala de avaliação de actividades instrumentais de vida diárias. Contudo, Gallo et al. (1995) identificaram vieses na utilização deste instrumento no que diz respeito às diferenças encontrados quanto ao género, sendo estas mais relevantes para as mulheres. Mais tarde, Lawton (1997) e Henry (1998)

identificaram a necessidade de avaliação de dados objectivos e subjectivos do estado de saúde dos idosos que providenciem uma visão global e realística das capacidades destes em desenvolverem as suas actividades de forma independente e segura na comunidade onde residem.

A avaliação geriátrica (Borgenicht, Carty & Feigenbaum, 1997) consiste num esforço multidisciplinar para identificar as necessidades dos idosos com o objectivo de maximizar o seu estado funcional e recomendar os cuidados que permitam obter o melhor resultado. Na perspectiva de uma abordagem de enfermagem é importante ter informação sobre o tipo de cuidado necessário e a razão dessa necessidade de modo a promover a sua independência e maximizar a sua qualidade de vida (Hellström & Hallberg, 2001).

Historicamente a avaliação compreensiva geriátrica desenvolveu-se em três fases distintas. A sua génese reporta-se aos anos trinta do século passado. Foi sua iniciadora a médica inglesa Marjory Warren, que, após ter aplicado o método no *West Middlesex County Hospital*, em Londres, passou a recomendar que antes da admissão em hospitais para internamentos de longa duração ou em asilos, todos os idosos deveriam ser submetidos a uma avaliação multidimensional do seu estado de saúde, que incluísse além da história clínica e exame físico habitual, dados sociais, funcionais e testes psicométricos, com o objectivo de propor um tratamento de reabilitação com vista à melhoria da sua autonomia e bem-estar. Esta primeira fase decorreu até aos anos setenta e é caracterizada pela fase de conceptualização e desenvolvimento do modelo (Rubenstein, 2004).

A segunda fase decorreu desde 1975 até 1995 como período de aperfeiçoamento e avaliação de modelos clínicos geriátricos, especificamente o *Comprehensive Geriatric Assessment* (CGA). Uma abrangente serie de estudos com representatividade de população foi levada a cabo e em 1993 culminou com uma meta-análise de 28 estudos. Daqui surgiu a produção de relatórios de consenso entre declarações de sociedades profissionais das quais se destacam as conferências do *National Institutes of Health* em 1983 e em 1987; os documentos da Sociedade Geriátrica Americana, do Colégio Americano de Médicos, e da Sociedade para a Medicina Geral, todos em 1988, as conferências do *International State of the Art*, na Suécia em 1988 e na Itália em 1994.

Desde 1995 até à actualidade desenvolve-se a terceira fase com a consolidação e integração deste modelo de avaliação multidimensional do idoso no sistema de cuidados de saúde (Rubenstein, 2004).

A avaliação geriátrica multidimensional pode ser definida como um processo diagnóstico multidisciplinar que compreende a avaliação de problemas médicos, funcionais, psicosso-

ciais e do meio envolvente do idoso, com o objectivo de desenvolver um plano assistencial de acompanhamento a longo prazo (Rubenstein & Rubenstein, 1991; Rubenstein, Wieland & Bernabei, 1995; Gold & Bergman, 2000; Ellis & Langhorne, 2004; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005).

Esta avaliação utiliza instrumentos de natureza diversa, numa perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar, orientada para realizar um levantamento, o mais completo possível, do estado de saúde do idoso, dos seus problemas sociais, económicos, familiares, ou outros, que determinem o seu comportamento e condicionem a sua independência e, consequentemente, a sua qualidade de vida (Gold & Bergman, 2000; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005).

Assim, a avaliação abrange áreas onde habitualmente o idoso é, ou possa ser, deficitário como: estado físico (especial atenção aos órgãos dos sentidos como a visão, audição e tacto); função cognitiva; estado nutricional; estado funcional (autonomia na realização de actividades de vida diária físicas e instrumentais); polimedicação; recursos económicos e recursos sociais, a partir da qual se elabora um plano de intervenção com vista à selecção de medidas mais adequadas para a resolução dos problemas identificados.

Diversos autores têm investigado o impacto da avaliação compreensiva geriátrica (multidimensional) ao longo destas últimas duas décadas do século passado até à actualidade (Rubenstein et al., 1984; Hogan, Fox, Badey & Mann 1987; Gayton, Wood-Dauphinee, Lorimer, Tousignant & Hanley 1987; Saltz, McVey, Beker, Feussner & Cohen, 1988; Applegate et al., 1990; Hogan & Fox, 1990; Rubenstein & Rubenstein, 1991; Winograd, Gerety & Lai 1993; Rubenstein et al., 1995; Nikolaus, Specht-Leible, Bach, Oster & Schuerf, 1999; Gold & Bergman, 2000; Ellis & Langhorne, 2004; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005), enfatizando alguns a importância deste modelo de cuidados geriátricos, outros referindo-se ao perigo imprevisto da falta de aderência dos serviços de saúde na utilização desta avaliação (Aminzadeh, 2000).

Na actualidade existe grande preocupação na coordenação entre os cuidados de saúde primários e os serviços de internamento hospitalar, de reabilitação e serviços de apoio domiciliário, que possa dificultar a continuidade da aplicação deste modelo integrador de cuidados. Todavia, o desafio está no assegurar da adesão às linhas orientadoras deste modelo como por exemplo: desenvolvimento de planos assistenciais tendo em conta as crenças e os recursos do idoso, simplificação do plano assistencial em várias etapas para facilitar a implementação e criar um *continuum* suporte formal e informal para a condução efectiva do plano (Aminzadeh, 2000; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005).

As limitações que acompanham o envelhecimento são geralmente encaradas como resultado de incapacidades físicas, cognitivas ou sensoriais resultantes das doenças crónicas que afectam as pessoas idosas. De acordo com este modelo a incapacidade ocorre quando essas doenças levam a limitações no desempenho dos papéis sociais básicos. A incapacidade é definida como o grau de dificuldade para de forma independente realizar as actividades de vida diária ou outras tarefas essenciais a uma vida independente, envolvendo um processo adaptativo sujeito a factores individuais e ambientais (Mendes de Leon et al., 2001).

O desenvolvimento da incapacidade pode ser decomposta em duas componentes distintas (Ferrucci et al., 1996), mas interligadas. A primeira envolve o efeito do lento e progressivo processo de doença crónica que gradualmente deteriora a capacidade funcional ao longo do tempo. A segunda componente envolve os processos episódicos, consistindo em períodos de agudização e deterioração da capacidade funcional em resultado de eventos clínicos agudos que podem ser seguidos de recuperação total ou parcial.

A forma como a idade, doença crónica e incapacidade estão interrelacionadas, e a inevitabilidade de que acompanhem o envelhecimento mantém-se controverso. Fries (1980) ao mesmo tempo que observava um aumento da esperança de vida, estimava a possibilidade do aumento da idade sem morbilidade (doença ou incapacidade) só a partir dos 85 anos, verificando-se uma "compressão da morbilidade" que só surgiria no final da vida. O período de morbilidade poderia potencialmente ser "comprimido" entre os 85 anos e o final da vida.

Outras interpretações propunham um cenário mais pessimista defendendo que o aumento da esperança de vida se deve ao controlo das consequências fatais de algumas patologias mas os efeitos crónicos permanecem, vivendo-se mais tempo mas com pior saúde.

Entre estas duas posições extremas, tem-se desenvolvido o conceito de "equilíbrio dinâmico". A prevalência de doença crónica tem aumentado, mas tem sido possível retardar a progressão dos sintomas das doenças degenerativas. Como resultado observa-se um maior período de vida com doença crónica mas com menos complicações (Manton, 1982). Esta conclusão vem sendo retirada de estudos que apontam para um geral declínio da prevalência de incapacidades entre sucessivas coortes de adultos, sugerindo a possibilidade de intervenções com efeitos positivos (Manton, Corder & Stallard, 1994) e indicando que os factores responsáveis pelo aumento de tempo de vida resultam também em anos de vida sem incapacidade (Royal Commission on Long Term Care, 1999).

A perspectiva de idade cada vez mais avançada, saudável e livre de incapacidade, aparenta ser possível, mantendo-se, no entanto, por saber se o aumento das doenças crónicas associadas ao envelhecimento e incapacidade associada, pode ser prevenida, retardada ou revertida, e se nos idosos a promoção da saúde e prevenção da doença pode ser ao mesmo tempo efectiva e a que custos (Andrews, 2001).

A OMS (1998) propõe uma proactiva e positiva abordagem na forma de lidar com o risco de doença crónica dos idosos, centrada no ciclo de vida, recomendando a implementação de programas orientados para intervenções preventivas nos períodos precedentes, já que alguns aspectos da saúde e funcionalidade (Sayer et al., 1998) podem ser determinados nos primeiros períodos de vida. Esta perspectiva de abordagem da promoção da saúde, com uma forte componente comunitária e não apenas focalizada no indivíduo, realça as determinantes sociais, económicas e psicológicas da saúde do idoso (Ginn, Arbe & Cooper, 1997).

Existe consenso entre os investigadores que a avaliação do estado de saúde e da qualidade de vida devem ter uma abordagem multidimensional, incluindo indicadores de função física, função social, emocional, estado mental, bem como a sobrecarga de sintomas (dor) e a percepção ou sentido de bem-estar físico e psicossocial (Kutner, Ory, Baker, Schechtman & Mulrow, 1992; Hayes, Morris, Wolfe & Morgan, 1995; Brazier, Walters, Nichol & Kohler, 1996; Coast, Peters, Richads & Gunnell, 1998; O'Mahony, Rodgers, Thomson, Dobson & James, 1995; Walters, Munro & Brazier, 2001; Windle, Edwards & Burholt, 2004).

Especificamente na área da avaliação geriátrica para tomada de decisão clínica, as dimensões a serem consideradas são similares, incluindo o estado cognitivo, mental e emocional, o estado económico e social e o estado funcional.

A expansão de instrumentos de avaliação geriátrica continua a ser um foco de atenção de forma a se poder providenciar cuidados de saúde adequados à população idosa (McClane, 2002).

Na tentativa de encontrar um instrumento de medição preciso para avaliar a função e auto-eficácia dos idosos, vários têm sido os instrumentos desenvolvidos, para além dos primeiros anteriormente referenciados, a maioria deles relacionados com as actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária (De Vore, 1994; Sanders, Egger, Donovon, Tallon & Frankel, 1998). Outros reportam-se à avaliação do estado de saúde do idoso tendo em conta a especificidade de algumas doenças, e da idade, tornando-se

uma forma genérica ou muito específica de abordagem (Wright, Williams & Wilkinson, 1998).

A avaliação do impacto de um programa de integração social e de cuidados médicos entre idosos vulneráveis que residem na comunidade evidenciou como principais resultados: recuperação da função física (com um aumento na realização de actividades de vida diária), redução do declínio do estado cognitivo, igual utilização dos serviços de saúde, mas com redução no número de visitas domiciliárias pelo médico de família. Este estudo demonstrou que a realização destes programas se torna benéfica não só para a população de idosos, mas também na diminuição dos custos efectivos com a redução das admissões a instituições de saúde (Bernabei et al., 1998).

Outro estudo avaliou, igualmente, o impacto de um programa de promoção de saúde em idosos com baixos recursos económicos, evidenciando idênticos resultados no que diz respeito à melhoria do estado funcional (incluindo as AVDf e as AVDi), do estado psicológico bem como na mudança da percepção das necessidades de saúde e na diminuição das necessidades de serviços Li (2004).

A avaliação multidisciplinar é essencial para a adequada prestação de cuidados de saúde na população em geral, e nos idosos em particular, nomeadamente naqueles mais vulneráveis (McAuley & Baird-Holme, 1999). Neste sentido Challis et al. (2004) desenvolveram um estudo para determinar os benefícios da avaliação por um especialista em pessoas idosas com vulnerabilidade e susceptíveis de serem admitidas em lares. Os resultados apontam para uma diminuição na deterioração da função física, menor contacto com cuidados domiciliários e serviços de emergência nos idosos que receberam a avaliação clínica, assim como os seus cuidadores experienciaram menores níveis de situações de stresse. Outro aspecto refere-se à cobertura de situações de morbilidade desconhecidas até há data de realização da avaliação clínica, em particular as disfunções cognitivas. Por último, os autores frisam que os custos deste tipo de avaliação são menores do que aqueles que resultam da ausência desta intervenção. Esta abordagem é totalmente compatível com a recomendação da integração do médico especialista em gerontologia na comunidade, coextensiva com uma adequada prática clínica em psiquiatria geriátrica.

Stott et al. (2006) concluíram que um programa com base na avaliação compreensiva geriátrica associado a reabilitação multidisciplinar e realizada no domicílio reduzia a incapacidade dos idosos em alto risco para a admissão hospitalar não-electiva.

Kutner et al. (1992) desenvolveram um projecto relacionado com a avaliação multidimensional da qualidade de vida dos idosos designado de *multicenter trials of frailty and*

injuries: cooperative studies of intervention thecniques (FICSTI), composto por uma série de estudos clínicos com intervenções biomédicas, comportamentais e do meio envolvente designadas para aumentar a capacidade física funcional e reduzir as quedas e as repercussões destas nos idosos vulneráveis.

A satisfação com a qualidade de vida nas pessoas idosas com capacidade reduzida para o auto-cuidado está relacionada com diversos factores de ordem física, mental, social e económica que interagem entre si. Borg et al. (2006) no estudo que realizaram sobre a satisfação com a qualidade de vida em idosos com idade igual e superior a 65 anos deram conta da multidimensionalidade desta variável, enunciando como principais resultados os seguintes: o sentimento de solidão, diminuição na capacidade para o auto-cuidado, recursos económicos insuficientes em relação às suas necessidades e o sentimento de preocupação pelo seu estado de saúde em geral. Estes autores salientaram ainda que a satisfação com a qualidade de vida é mais baixa nas mulheres com o aumentar da idade do que nos homens, estando este aspecto condicionado pelo maior número de mulheres viúvas que se apresentam com menor grau de instrução e recursos económicos mais baixos.

Stallard, Decker e Sellers (2002) reflectem sobre a obrigação social da sociedade em cuidar da saúde dos idosos, providenciando um nível adequado de cuidados de saúde para todos, salientando que a avaliação com base na idade é errónea e que a prática de cuidados de enfermagem devia suportar este princípio.

Com o processo do envelhecimento as pessoas experienciam alterações de ordem física, funcional, psicológica e social. Em termos de avaliação de saúde estas modificações precisam de ser traduzidas em relação ao processo de transição saúde/doença. Estima-se que cerca de 80% dos problemas de saúde associados ao envelhecimento podem ser prevenidos através da mudança do estilo de vida, bem como na melhoria no estado de saúde, resultando em ganhos na qualidade de vida dos idosos (Kligman & Pepin, 1992; Gingold, 1993; Byles, 2000).

A necessidade de cuidados, que se reflecte na procura de serviços, não pode ser definida com base somente na idade cronológica, mas também tendo em conta o estado geral do idoso, do seu bem-estar, estado de risco, apoio social e nível sócio económico no contexto da comunidade onde o idoso reside (Byles, 2000; Smeeth et al., 2001).

Apesar da prevalência e consequências dos problemas de saúde que afectam os idosos, muitos deles só são detectados se forem especificamente procurados. Por exemplo, a questão da incontinência urinária que abrange um número significativo das mulheres

idosas com repercussões sociais visíveis, somente um terço destas mulheres afectadas com esta situação informa o seu médico de família. Outra questão refere-se à depressão no idoso, que se sabe ser um problema comum neste grupo etário, mas por vezes não é devidamente diagnosticado ou medicado.

Atendendo a estes factores, é fundamental que se faça uma avaliação do estado de saúde individual em vez de enquadrar as necessidades dos idosos de acordo com um plano pré-estabelecido com base na idade (Shapiro, 1998; Byles, 2000; Swift, 2001). Assim, uma avaliação centrada na pessoa é confiável e válida como abordagem a ser utilizada na prática clínica (Fazel, Hope & Jacoby, 1999).

Outros estudos apontam para o facto da sensibilização dos médicos de família para a actualização na sua formação na área da promoção da saúde nos idosos ter um impacto positivo na saúde dos seus utentes idosos, bem como na promoção da saúde neste grupo particular, direccionada numa abordagem personalizada (Kerse, Flicker, Jolley, Arroll & Young, 1999).

Na actualidade existe grande preocupação na coordenação entre os cuidados de saúde primários e os serviços de internamento hospitalar, de reabilitação e serviços de apoio domiciliário, que possa dificultar a continuidade da aplicação deste modelo integrador de cuidados. Todavia, o desafio está no assegurar da adesão às linhas orientadoras deste modelo como por exemplo: desenvolvimento de planos assistenciais tendo em conta as crenças e os recursos do idoso, simplificação do plano assistencial em várias etapas para facilitar a implementação e criar um *continuum* suporte formal e informal para a condução efectiva do plano (Aminzadeh, 2000; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005).

Na sequência do que foi proposto referimo-nos a alguns exemplos de iniciativas e intervenções que convergem com a avaliação geriátrica compreensiva que abrange uma avaliação multidisciplinar, desde problemas médicos, funcionais, psicossociais e do meio envolvente do idoso, com o intuito de desenvolver um plano assistencial de acompanhamento a longo prazo (Rubenstein & Rubenstein, 1991; Rubenstein & Rubenstein, 1995; Gold & Bergman, 2000; Ellis & Langhorne, 2004; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005).

Esta avaliação utiliza instrumentos de natureza diversa, numa perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar, orientada para realizar um levantamento, o mais completo possível, do estado de saúde do idoso (especial atenção aos órgãos dos sentidos como a visão, audição e tacto); função cognitiva; estado nutricional; estado funcional, autonomia na realização de actividades de vida diária físicas e instrumentais; polimedicação), dos seus

problemas sociais, económicos, familiares, ou outros, que determinem o seu comportamento e condicionem a sua independência e, consequentemente, a sua qualidade de vida (Gold & Bergman, 2000; Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Veríssimo, 2005).

Neste contexto, constata-se que os serviços locais de saúde estão bem posicionados para desenvolverem, enquanto "instituições promotoras de saúde" e centros de bem-estar, uma grande parte da resposta de serviços necessários à população, dada a facilidade de acesso (Tucker, 2006). Contudo, conforme refere o mesmo autor, é necessária mais investigação para determinar em como estas instituições podem contribuir, numa perspectiva de cuidados integrados centrados na pessoa, para a melhoria dos serviços a prestar à comunidade, não só em termos de saúde mas também em termos sociais, tendo em conta as tendências demográficas actuais.

Numa projecção feita tendo como base os dados da *Veterans Health Administrations* (VHA) de Filadélfia, Estados Unidos da América conjuntamente com os dados dos lares e serviços de longa-duração, constatou-se que na próxima década, o número de idosos mais velhos (idade superior a 85 anos) duplicará, resultando num aumento de 20% a 25% na utilização de serviços de apoio da comunidade e de lares (Kinosian, Stallard & Wieland, 2007).

No sentido de melhorar os cuidados de saúde e de assistência social aos idosos mais vulneráveis surgiram várias iniciativas governamentais na Inglaterra que pretendem dar resposta a esta finalidade. Uma dessas iniciativas tem como elemento integrador o princípio de que os cuidados personalizados e centrados na pessoa são aqueles que permitem o sucesso de intervenções de apoio pró-activas junto deste grupo populacional crescente. Tendo como elemento de referência os *matrons* (governantes, director de pensionato ou outra instituição) de cada comunidade os quais desenvolvem desta forma um trabalho que vai ao encontro das reais necessidades dos idosos (Masterson, 2007). Outra iniciativa tem a denominação de *Evercare Model* constituída por um grupo de enfermeiros de cuidados de saúde primários que prestam cuidados aos idosos na comunidade no âmbito da promoção da saúde e que desenvolvem o seu trabalho em parceria com a universidade local (Hudson & Moore, 2006).

Em Oxfordshire também foi desenvolvido um programa utilizando o *Health Act Flexibilities* o que permitiu maior equidade à população na utilização de serviços de saúde em cuidados de saúde primários e cuidados de longa-duração, com a rentabilização da utilização dos lares e residências (Roberts, 2006).

Outro modelo de prestação de cuidados com ligação bem-sucedida entre os serviços hospitalares e cuidados de saúde primários aos idosos foi estudado por Bird, Kurowsski, Dickman e Kronborg (2007), em Victoria na Austrália, tendo como referência o *Programme of All-Inclusive Care for Elderly People (PACE)* estabelecido nos Estados Unidos e o *Canadian System of Integrated Care for Older Persons* (SIPA), no Canadá. Este modelo, assente na avaliação geriátrica multidimensional, tem uma equipa multidisciplinar perita em diversas áreas tais como: enfermagem, psicologia, gerontologia, gestão de recursos, assistência social e especialistas em geriatria. A avaliação das necessidades dos idosos é realizada e referenciada a um elemento da equipa designado como *"cuidador facilitador"* de referência para o idoso. Este elemento proporciona o contacto com os serviços de saúde e outros requeridos de acordo com o levantamento de necessidades assegurando que os serviços sejam providenciados com acessibilidade para o utente. De referir que de entre os serviços os mais utilizados foram por ordem decrescente: ajuda doméstica, consultas de especialidades médicas, fisioterapia, terapia ocupacional, cuidados pessoais, transporte, apoio na gestão dos recursos financeiros, podologia e visita domiciliária de enfermagem.

A avaliação feita da aplicação deste modelo de cuidados resultou na constatação da diminuição de admissões aos serviços de urgência e internamento hospitalar por parte dos idosos, concluindo que este modelo facilita a acessibilidade aos serviços de saúde na comunidade e providencia a comunicação e coordenação entre os serviços existentes.

Exemplos de implementação de legislação referente à integração de um modelo de cuidados de saúde com a coordenação dos serviços de saúde e de assistência social na comunidade, organizadas em Inglaterra e na Escócia desde 1997, realçam a importância do trabalho de parceria desenvolvido pelos serviços de cuidados de saúde e de assistência social, coordenados em conjunto com os grupos civis dos utilizadores dos serviços e dos seus cuidadores (formais e informais) de onde resultou uma intervenção efectiva tendo em conta as reais necessidades da população idosa (Cook, Petch, Glendinning & Glasby, 2007).

Uma área em permanente desenvolvimento é a das aplicações informáticas. As potencialidades dos recursos informáticos no apoio aos idosos podem vir a facilitar o seu quotidiano. Mas também a utilização de recursos informáticos por parte dos idosos varia de acordo com a acessibilidade a estes recursos e com os conhecimentos para os utilizar. Na actualidade, mesmo em países economicamente desenvolvidos, existe uma minoria de idosos com idade igual ou acima de 65 anos que são utilizadores da internet para fins de obter informação, compras *on-line* e correio electrónico. Contudo, a

sociedade deve providenciar meios para tornar os idosos aptos a lidar com estas tecnologias que lhes poderão trazer benefícios no contexto da vida diária (Willis, 2006).

O rápido envelhecimento da população está a causar novas barreiras de comunicação para as pessoas idosas, que além do mais, vivem na grande maioria das vezes de forma isolada durante mais tempo. As telecomunicações podem ser a chave para resolver estes problemas, adequando os recursos tecnológicos às pessoas com diminuição da acuidade visual e auditiva quer a nível do espaço doméstico, quer a nível de organizações_comunitárias. Estas últimas têm um impacto positivo pois fomentam a comunicação e a ligação dos idosos ao seu meio envolvente (Vanderheiden, 2006).

A preocupação em adequar o espaço de casa às necessidades das pessoas à medida que vão envelhecendo é uma preocupação que tem vindo a tornar-se pertinente na medida em que os nossos idosos têm maior esperança de vida e na sua grande maioria os seus recursos não permitem o realojamento em lares ou residenciais (Rogers & Fisk, 2006). O leque de actividades para as quais os idosos poderão necessitar de ajuda é vasto, mas centra-se em três grandes categorias: actividades de vida diárias (estas actividades requerem força muscular, equilíbrio e coordenação motora); actividades instrumentais de vida diárias (requerem capacidades físicas e cognitiva como a memória, atenção, capacidade de decisão e resolução de problemas); e actividades de optimização de vida diária (*enhanced activities of daily living - EADLS*) tais como aprender a utilizar tecnologia nova, comunicação com a família e amigos ou o envolvimento em actividades de lazer. A capacidade em desenvolver as actividades de optimização de vida diária contribui para a manutenção da qualidade de vida, mas estas são aquelas actividades que requerem uma função cognitiva mais intensa (Rogers, 1998).

A tecnologia a ser utilizada em casa, num futuro próximo, terá a potencialidade de maximizar as capacidades cognitivas dos residentes, contribuindo para a sua independência. Existem já alguns exemplos que estão a ser testados, como é o caso do espelho memória em que o indivíduo terá acesso a uma imagem com a indicação de ter tomado a medicação ou não com o respectivo horário, ou onde colocou a chave de casa, são exemplos de sistemas operativos que ajudam as pessoas com diminuição da memória (Rogers & Fisk, 2006).

Outra potencialidade da tecnologia no apoio aos idosos é na monitorização de saúde através de um acesso via sensores de casa ligados a uma rede central dos cuidados de saúde primários com acesso reservado à equipa clínica, o que permite a avaliação contínua em casos de comprometimento motor ou em casos de doença crónica cuja

evolução, mudanças e tendências ao longo do tempo podem se repercutir no estado geral do indivíduo. Estas avaliações são indicadores chave da eficácia do tratamento ou da avaliação de intervenções preventivas e proactivas como aquelas que optimizem a realização de actividades instrumentais de vida diárias como por exemplo a toma de medicação em segurança, monitorização de parâmetros vitais (Kaye & Hayes, 2006).

Estas intervenções requerem que os instrumentos sejam acessíveis aos idosos e que não constituam mais uma barreira, bem assim como assegurar que se mantém a independência e privacidade dos idosos que utilizam estes serviços (Cantor, 2006).

Vincent, Reinharz, Deaudelin, Garceau e Talbot (2006) desenvolveram uma investigação com um desenho quasi-experimental com o objectivo de avaliar o impacto do sistema de televigilância realizado por uma equipa de enfermeiros a idosos vulneráveis a residirem em casa. Este estudo decorreu num período de 9 meses com um grupo de idosos com idade igual ou acima de 65 anos com incapacidades motoras ou cognitivas e os seus respectivos cuidadores. Essas incapacidades diminuídas permitiam, ainda assim, aos idosos permanecerem em suas casas em segurança. A televigilância permitiu uma comunicação bidireccional entre o utente e o receptor do centro de televigilância. Como principais resultados salientaram a diminuição da carga emocional dos cuidadores, e a satisfação com a qualidade de vida dos idosos era elevada. Aos 3 meses verificou-se uma diminuição dos serviços domiciliários de 18 para 10 visitas/cliente. O total de custos na utilização de serviços sociais e de cuidados de saúde por cliente caiu para 17% após os primeiros 3 meses e para 39% nos três meses seguintes.

Estes resultados permitiram concluir que as intervenções desenvolvidas aos idosos registados num serviço de televigilância coordenado por enfermeiros, para além da recomendação de outros profissionais de saúde, decrescem os custos do sistema de cuidados de saúde (graças à diminuição de internamentos hospitalares e em serviços domiciliários), sem um impacto negativo no bem-estar dos idosos e dos seus familiares cuidadores (Vincent et al., 2006).

Kaufman e Rockoff (2006) desenvolveram um programa de acesso a informação sobre saúde *on-line* para idosos. Estes autores são da opinião de que o apetrechamento das organizações inseridas nas comunidades com infra-estruturas tecnológicas apropriadas são espaços excelentes para ensinar os idosos a lidar com os recursos multimédia como a internet, fomentando as suas habilidades para poderem obter acesso a informação relacionada com a saúde e torná-los mais participativos na sua gestão.

A avaliação do impacto de um programa de integração social e de cuidados médicos entre idosos vulneráveis que residem na comunidade evidenciou como principais resultados: recuperação da função física (com um aumento na realização de actividades de vida diária), redução do declínio do estado cognitivo, igual utilização dos serviços de saúde, mas com redução no número de visitas domiciliárias pelo médico de família. Este estudo demonstrou que a realização destes programas se torna benéfica não só para a população de idosos, mas também na diminuição dos custos efectivos com a redução das admissões a instituições de saúde (Bernabei et al., 1998).

Outro estudo avaliou, igualmente, o impacto de um programa de promoção de saúde em idosos com baixos recursos económicos, evidenciando idênticos resultados no que diz respeito à melhoria do estado funcional (incluindo as AVDf e as AVDi), do estado psicológico bem como na mudança da percepção das necessidades de saúde e na diminuição das necessidades de serviços (Li, 2004).

Stott et al. (2006) concluíram que um programa com base na avaliação compreensiva geriátrica associado a reabilitação multidisciplinar e realizada no domicílio reduzia a incapacidade dos idosos em alto risco para a admissão hospitalar não-electiva.

Numa abordagem mais específica Amin, Kuhle e Fitzpatrick (2003) recomendam a avaliação compreensiva geriátrica dirigida às mulheres idosas. Esta deve ter como referência o seu processo de envelhecimento em termos fisiológicos, psicossociais e ambientais. Relativamente à esperança de vida, é natural que a mulher idosa possa vir a viver sozinha, com mais anos de dependência e com alguma dificuldade financeira e/ou pobreza. Enquanto elemento representativo da família é esta que assume na grande maioria o papel de cuidadora de outros familiares, em especial o cônjuge, bem como das crianças. Em termos da avaliação das doenças crónicas mais comuns geriátricas é de esperar a ocorrência de situações relacionadas com incontinência urinária, perda de peso e à nutrição, demência e depressão, alterações da mobilidade, e risco de quedas, osteoporose, doença cardíaca, hipertensão, hiperlipidémia, diabetes mellitus, obesidade, doenças tumorais do foro ginecológico, e de polimedicação. Esta avaliação deve ter também a perspectiva socioeconómica deste grupo populacional em virtude da comum situação de pobreza ou dificuldade económica.

Resulta desta revisão da literatura a noção de que as necessidades de cuidados de saúde decorrentes das alterações físicas e psicossociais do processo de envelhecimento, e a alocação de recursos de saúde para satisfazer essas necessidades de cuidados são medidos pelos instrumentos de qualidade de vida com uma avaliação geriátrica multidi-

mensional, que avaliam as necessidades de saúde e sociais dos idosos. Isto é, a avaliação com uma cobertura multidimensional de todos os domínios funcionais detecta potenciais efeitos secundários das intervenções.

O que se pode traduzir na representação esquemática seguinte (Figura 10) com relevo para os factores e áreas funcionais (decorrentes das necessidades e incapacidades das diferentes dimensões) intervenientes no processo de envelhecimento e a avaliação geriátrica multidimensional.

Figura 10 – Factores e áreas funcionais intervenientes no processo de envelhecimento

Decorre daqui a necessidade de aplicação de instrumentos de avaliação de saúde que possa ser aplicado a todos os utentes dos cuidados de saúde primários, cujos resultados evidenciam necessidades específicas da população é um óptimo meio para a alocação

de recursos de cuidados de saúde e sociais apropriados às necessidades dos utentes (Stevens & Gillam, 1998).

Em síntese, poder-se-á dizer que os idosos, em virtude dos problemas multivariados que habitualmente os afectam, devem ser sistematicamente avaliados numa perspectiva global e multidisciplinar, sendo que para isso a avaliação geriátrica multidimensional é a mais vantajosa não só na resposta aos seus problemas de doença, mas também aos problemas psíquicos e sociais relacionados com as suas incapacidades e necessidades (Rubenstein, 2004; Scanlan, 2005; Verissímo, 2005; Ferreira et al., 2006).

– Parte II –

ESTUDO EMPÍRICO

As estratégias metodológicas subjacentes ao presente estudo assentam no pressuposto de testar e desenvolver uma metodologia de abordagem da população idosa, tendo como ponto de referência o Centro de Saúde.

Esta preocupação, manifestamente para além dos objectivos académicos, representará mais um esforço no sentido de disponibilizar instrumentos e testar metodologias que estabeleçam um compromisso entre as condições reais do exercício profissional e as necessidades dos utentes a serem atendidas.

Dando seguimento ao trabalho que envolveu a criação da versão portuguesa do OARS, Rodrigues (1999), propomo-nos agora testar no contexto de uma população abrangida por um Centro de Saúde a possibilidade da sua utilização, explorando as limitações e dificuldades de aplicação desta metodologia e as eventuais características facilitadoras da sua divulgação e implementação pelas equipas de enfermagem (Rodrigues, 2005b).

Nesta Parte II apresentamos: os objectivos do estudo; as suas finalidades; as hipóteses que nos propomos testar; o material e os métodos utilizados; e a análise e discussão dos resultados obtidos.

1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

OBJECTIVOS GERAIS

- Avaliar a capacidade funcional dos idosos;
- Estudar a utilização de serviços de saúde e apoio social pelos idosos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o estado funcional em cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária) na população idosa abrangida por um Centro de Saúde;
- Avaliar a utilização e necessidade sentida de serviços, pela população idosa abrangida por um Centro de Saúde;

2. FINALIDADES DO ESTUDO

- Demonstrar a utilidade do OARS na medição da utilização dos serviços de saúde e das necessidades sentidas nessa utilização;
- Demonstrar a utilidade do OARS na identificação de áreas de intervenção clínicas e sociais;
- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos idosos;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Contribuir para a adequação da formação dos enfermeiros a esta nova realidade social e de saúde.

3. HIPÓTESES

A formulação de hipóteses surge na continuidade da definição, e do enquadramento, do problema em estudo. A determinação dos factores, ou motivos que influenciam os acontecimentos, permitem a análise de relações entre fenómenos e a procura de soluções para o problema em investigação.

O desenvolvimento e a apresentação do estudo têm por base a metodologia OARS e a organização do questionário. A nossa análise centra-se nas diferenças de avaliação, das incapacidades nas cinco áreas funcionais e na utilização de serviços, tendo por base os grupos etários e o sexo.

Na formulação das hipóteses, e consequentemente em todo o trabalho, está subjacente uma análise em três níveis.

Num primeiro nível é efectuada a análise intra grupo etário, quanto ao sexo, para os três grupos etários definidos (65-74 anos, 75-84 anos e ≥85 anos), correspondendo às hipóteses 1, 2, 3, 4, 5, 16 e 19.

A um segundo nível efectuamos a análise entre os três grupos etários, para o total da amostra, correspondendo às hipóteses 6, 7, 8, 9, 10, 17 e 20.

No terceiro nível a análise centra-se no sexo, considerando o total da amostra, correspondendo às hipoteses 11, 12, 13, 14, 15, 18 e 21.

Assim, as hipóteses formuladas são as seguintes:

Hipótese 1 – Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de recursos sociais;

Hipótese 2 – Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de recursos económicos;

Hipótese 3 – Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de saúde mental;

Hipótese 4 – Não existe diferenças de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de saúde física;

Hipótese 5 – Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de actividades de vida diária;

Hipótese 6 – Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de recursos sociais;

Hipótese 7 – Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de recursos económicos;

Hipótese 8 – Não existe diferenças de classificação entre grupos etários, na área funcional de saúde mental;

Hipótese 9 – Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de saúde física;

Hipótese 10 – Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de actividades de vida diária;

Hipótese 11 – Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de recursos sociais;

Hipótese 12 – Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de recursos económicos;

Hipótese 13 – Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de saúde mental;

Hipótese 14 – Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de saúde física;

Hipótese 15 – Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de actividades de vida diária;

Hipótese 16 – Não existe diferença na utilização de serviços entre sexos, nos três grupos etários;

Hipótese 17 – Não existe diferença na utilização de serviços entre grupos etários;

Hipótese 18 – Não existe diferença na utilização de serviços entre sexos, no total da amostra;

Hipótese 19 – Não existe diferença na necessidade sentida de serviços entre sexos, nos três grupos etários;

Hipótese 20 – Não existe diferença na necessidade sentida de serviços entre grupos etários;

Hipótese 21 – Não existe diferença na necessidade sentida de serviços entre sexos, no total da amostra.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. MODELO DE AVALIAÇÃO OARS

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

O instrumento original é o resultado dos trabalhos desenvolvidos pelo Center for the Study of Aging and Human Development, da Duke University desde 1972.

Desenvolvido para avaliar alternativas à institucionalização de idosos dependentes, o sistema de recolha de informação que criou permite a avaliação de programas e a tomada de decisões sobre afectação de recursos e serviços (Fillenbaum & Smyer, 1981).

A multiplicidade de diagnósticos de saúde tão característica nos idosos, onde se cruzam aspectos físicos, mentais e sociais fortemente ligados entre si, apontam a avaliação multidimensional como a apropriada para a criação de uma imagem mais próxima das necessidades deste grupo populacional. Esta visão alargada do contexto de vida, nas suas múltiplas facetas, permite avaliar as possibilidades, ou perspectivas, de independência (apesar da doença), limitações físicas, mentais ou sociais, úteis indicadores para quem cuida de idosos (George & Fillenbaum, 1985).

Dos pressupostos referidos resulta um modelo conceptual centrado em três elementos:

- avaliação da capacidade funcional, em cada uma das áreas definidas, classificando o individuo em escalas cujas pontuações permitem definir funcionamentos equivalentes;

- utilização e necessidade de serviços caracterizando o uso actual e a necessidade sentida;

- avaliação de alternativas de serviços a implementar em resposta às incapacidades detectadas.

O OARS é um instrumento multidimensional com qualidades reconhecidas na área da saúde, desenvolvido especificamente para idosos, cujas características lhe permitem

desempenhar um papel no estudo desta população, auxiliando na identificação de problemas e orientando intervenções (Hook, Berkman & Dunkle, 1996).

Esta metodologia foi desenvolvida para avaliar a capacidade funcional em cinco áreas centrais da qualidade de vida do idoso: recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária. De forma complementar e estreitamente relacionada, mede a utilização e a necessidade sentida de um conjunto alargado de serviços, passíveis de responder às incapacidades ou limitações detectadas.

Dos pressupostos referidos resulta um modelo conceptual centrado em três elementos:

- avaliação da capacidade funcional, em cada uma das áreas definidas, classificando o individuo em escalas cujas pontuações permitem definir funcionamentos equivalentes;
- utilização e necessidade de serviços caracterizando o uso actual e a necessidade sentida;
- avaliação de alternativas de serviços a implementar em resposta às incapacidades detectadas.

4.1.1. Versão portuguesa do OARS

Os instrumentos de medição em saúde desenvolvidos e validados em contextos sociais e culturais diferentes constituem-se como alternativa à criação de novas formas de avaliação se os objectivos para que foram criados responderem a idênticas necessidades de utilização e a sua adaptação cultural e linguística se tornar viável (Ferreira & Marques, 1988).

Adaptação cultural e linguística

A utilização do OARS, traduzido e adaptado, em contextos diferentes do original, apresenta alguma complexidade que tem sido ultrapassada dada a linguagem acessível e dirigida a um grupo populacional em que são manifestas as dificuldades de recolha de informação. Este facto é apontado por Wilkin, Hallam e Dogget (1994) como facilitador da

sua adaptação a outras línguas, de que são exemplos as versões em outras línguas latinas (Blay, Ramos & Mari, 1988; Patiño, 1994; Fibla, Patiño & Dominguez, 1996).

A versão inicial em língua portuguesa, elaborada por Rodrigues (1999), foi avaliada por três juízes com experiência na utilização de escalas de medição em saúde e profissionalmente relacionados com cuidados de saúde primários e cuidados a idosos. Consideraram a versão apresentada apta a ser utilizada sugerindo apenas alterações pontuais, pelo que foram mantidas todas as características da versão original, nomeadamente os aspectos que facilitam e validam a informação obtida.

O questionário é constituído apenas por perguntas fechadas, o que permite respostas validamente comparáveis entre si (menor variabilidade nas respostas), e maior facilidade de resposta (tendo os inquiridos uma tarefa de reconhecimento e de menor recurso à memória) e facilidades na análise, codificação e informatização de um instrumento longo e de demorada aplicação.

Atendendo às características da população alvo, o limite máximo de apelo à memória é de seis meses e o mínimo de um mês, considerando Foddy (1996) que o período aceitável para a memória sobre acontecimentos relevantes é de um ano e de trinta dias o limite credível para os pouco relevantes. Reconhecendo, no entanto, como refere o mesmo autor que a validade da resposta não depende tanto da formulação da pergunta mas do conhecimento que os inquiridos têm do tipo de resposta a fornecer.

Estudo psicométrico

A qualidade de um instrumento de medida, avaliada através de análise psicométrica, resulta do estudo da fiabilidade e validade (Streiner & Norman, 1995).

Fiabilidade

A fiabilidade integra dois conceitos independentes: a existência de coerência interna e a reprodutibilidade.

A coerência interna implica a existência de homogeneidade no conteúdo das perguntas e a não existência de erro aleatório, ou seja, avalia a forma como cada item se correlaciona com todos os outros na mesma escala ou dimensão, definindo até que ponto todos os

itens se referem à mesma dimensão. Esta avaliação é efectuada através do coeficiente α (alfa) de Cronbach e tratando-se de um instrumento multidimensional o seu estudo foi efectuado para cada dimensão.

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

Quadro 2 – Comparação do agrupamento factorial dos itens subjectivos do OARS.

ITENS SUBJECTIVOS DAS ESCALAS OARS-MFAQ (com indicação dos números das perguntas)	Coeficiente de fiabilidade(*)		
	Original[1] (E.U.A.)	Versão[2] Espanhola	Versão[3] Portuguesa
RECURSOS SOCIAIS		**0,69**	**0,64**
Factor de interacção (p.8; 9; 10)	0,56	0,61	0,63
Factor de confiança (p.11; 14)	0,69	0,59	0,80
Factor de sentimentos (p.12; 13)	0,71	0,47	0,32
RECURSOS ECONÓMICOS		**0,86**	**0,89**
Percepção de recursos económicos (p.21; 22; 27; 28; 29; 30)	0,86	0,86	0,89
SAÚDE MENTAL		**0,88**	**0,83**
Satisfação com a vida (p.32;33; 34-2; 34-7; 34-15; 35)	0,70	0,80	0,81
Transtornos do sono (p.34-1; 34-6)	0,58	0,71	0,81
Factor de energia (p.34-5; 34-9; 34-10; 34-11; 34-13; 34-14)	0,71	0,76	0,65
Factor de paranóia (p.34-3; 34-4; 34-8)	0,52	0,58	0,51
SAÚDE FÍSICA		**0,77**	**0,85**
Auto percepção de saúde física (p.53; 55)	0,74	0,77	0,85
ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA		**0,96**	**0,91**
Factor instrumental das AVD (p.56; 57; 58; 59; 60; 61; 62)	0,87	0,94	0,89
Factor físico das AVD (p.63; 64; 65; 66; 67; 68)	0,84	0,94	0,82

(*) Alfa de Cronbach
(1) Fillenbaum (1988)
(2) Fibla et al. (1996)
(3) Rodrigues (1999)

Não foi possível, para a versão portuguesa, o estudo da concordância entre observadores (determinando a concordância de resultados quando a mesma situação é avaliada por diversos entrevistadores) dado que para o estudo de validação psicométrica apenas se dispunha de um entrevistador (Rodrigues, 1999). No entanto, estudos de Fillenbaum (1988) e Patiño (1994) apontam para que os resultados das avaliações não são influenciados pelo entrevistador já que não diferem significativamente.

A reprodutibilidade pretende avaliar a capacidade do instrumento de medida em obter uma mesma resposta em momentos diferentes (reprodutibilidade teste-reteste) a uma mesma população sob as mesmas condições. As alterações verificadas, em função do tempo considerado, resultam do instrumento e não de erros aleatórios (Wilkin et al., 1994).

Foi definido para esse estudo (Rodrigues, 1999) seleccionar trinta indivíduos com apoio institucional de um Centro de Dia, e aplicar o questionário na totalidade com um intervalo de tempo de uma semana entre os dois momentos de aplicação, desconhecendo os inquiridos que iriam ser confrontados com o mesmo questionário.

Um intervalo de sete a catorze dias é apontado por Patiño (1994) como adequado para este instrumento, não ocorrendo neste espaço de tempo fenómenos capazes de alterar a percepção em relação ao conjunto de áreas a avaliar, permitindo ao mesmo tempo que as questões e as respostas anteriormente formuladas não sejam relembradas.

Quadro 3 – Correlação de Pearson para a aplicação do OARS em dois tempos diferentes.

Escala de classificação de recursos sociais (p.97)	0,962
Escala de classificação de recursos económicos (p.98)	0,964
Escala de classificação de saúde mental (p.99)	0,979
Escala de classificação de saúde física (p.100)	1,000
Escala de classificação de desempenho de AVD (p.101)	1,000
Auto avaliação de recursos sociais (p.14)	1,000
Auto avaliação de recursos económicos (p.28)	1,000
Auto avaliação de saúde mental (p.35)	0,859
Auto avaliação de saúde física (p.53)	0,866

Fonte: Rodrigues (1999)

Validade

A capacidade que um instrumento de medida possui para medir aquilo que se propõe é definida como validade. Esta, não sendo determinada em abstracto, deverá ser analisada no contexto da sua utilização prática (Wilkin et al., 1994).

A validade de conteúdo define se o instrumento é uma medida adequada ao domínio em estudo (Waltz, Strickland & Lenz, 1991). Resulta de um consenso quanto aos domínios que deve incluir cada dimensão, sendo necessária a colaboração de peritos/juízes que possam propor e seleccionar os mais significativos. A versão portuguesa, analisada por três juízes, foi considerada adequada ao nosso contexto social e cultural, com terminologia e um conjunto de itens pertinentes em função da informação a obter (Rodrigues, 1999).

A validade de construção vem sendo aferida desde a construção da versão original, tendo participado na sua construção uma equipa multidisciplinar com recurso à adaptação de escalas já existentes (Fillenbaum & Smyer, 1981; Fillenbaum (1988); Fibla et al., 1996). A validade de construção da versão portuguesa foi realizada através da análise factorial com as perguntas que compõem as diferentes áreas funcionais, numa amostra de 426 indivíduos (Ferreira et al., 2006), demonstrando a relação das diferentes dimensões com as variáveis que lhe estão subjacentes, explorando o acordo entre os factores hipotéticos definidos previamente e os resultados obtidos dos inquiridos (Ferreira & Marques, 1998).

A análise factorial efectuada com os dados disponíveis de dois estudos (Rodrigues, 1999; Nogueira, 2003) demonstrou que os resultados obtidos para a versão em língua portuguesa nos indicam uma estrutura idêntica à da versão original. Os valores resultantes dessa análise, apresentados no Quadro 4, apenas diferem, em relação à estrutura da versão original, no posicionamento da p.68 (Capacidade de tomar banho ou duche) que para a versão portuguesa surge, não integrada nas AVD Física, mas nas AVD Instrumentais. Não encontramos uma explicação satisfatória para o facto, admitindo no entanto, que tratando-se na nossa população idosa de uma aquisição, ou aprendizagem, mais recente no tempo, dadas as nossas características sócio-económicas, esta actividade se encontre englobada nas AVD Instrumentais pela necessidade de utilização de objectos e instrumentos que limitam a execução da actividade e que só lhes estiveram disponíveis numa idade mais tardia.

Quadro 4 – Estrutura factorial em OARS-PT

Recursos sociais	***F1***	***F2***	***F3***	
Ter alguém que o ajude (p.14)	**0,893**	0,125	0,026	
Ter alguém em quem confia (p.11)	**0,847**	0,249	0,091	
Vezes em que se sentiu só (p.12)	0,206	**0,772**	0,136	
Satisfação no contacto com familiares e amigos (p.13)	0,219	**0,720**	0,041	
Número de vezes em que visitou alguém (p.10)	0,175	-0,176	**0,818**	
Número de vezes em que falou ao telefone (p.9)	-0,003	0,380	**0,693**	
Número de pessoas que conhece bem para visitar (p.8)	-0,061	0,460	**0,567**	
Recursos económicos	***F1***			
Rendimentos satisfazem necessidades (p.28)	**0,864**			
Ter dinheiro para pequenos extras (p.29)	**0,853**			
Ter dinheiro para garantir o futuro (p.30)	**0,844**			
Propriedades e rendimentos para emergência (p.21)	**0,807**			
Rendimentos cobrem despesas (p.22)	**0,775**			
Avaliação da sua situação económica (p.27)	**0,774**			
Saúde mental	***F1***	***F2***	***F3***	***F4***
Satisfação com a vida (p.33)	**0,763**	0,080	0,241	0,048
Vida interessante (p.34.02)	**-0,728**	-0,115	-0,062	-0,138
Feliz a maior parte do tempo (p.34.07)	**-0,713**	-0,111	-0,071	-0,188
Vida entusiasmante (p.32)	**-0,690**	0,305	0,185	0,117
Acordo fresco e descansado de manhã (p.34.01)	**-0,628**	-0,282	0,217	0,164
Avaliação do seu estado mental ou emocional (p.35)	**0,497**	0,438	0,287	0,001
Sente palpitações e falta de ar (p.34.14)	-0,004	**0,744**	0,149	0,213
Sentiu-se bem a maior parte do tempo (p.34.10)	-0,201	**-0,665**	0,112	0,097
Sentiu-se muitas vezes fraco (p.34.11)	0,279	**0,608**	0,273	0,166
Não aguenta mais (p.34.05)	0,365	**0,545**	0,092	0,025
Dificuldade em manter o equilíbrio (p.34.13)	0,129	**0,489**	0,231	0,310
Só a maior parte do tempo (p.34.15)	0,112	0,201	**0,751**	-0,177
Sente que não serve para nada (p.34.09)	0,380	0,147	**0,598**	-0,011
Tramam algo contra si (p.34.08)	-0,031	0,050	**0,583**	0,239
Ninguém o compreende (p.34.04)	0,105	0,019	0,399	**0,699**
Vontade de fugir de casa (p.34.03)	0,436	0,119	0,038	**0,653**
Sono irregular (p.34.06)	-0,046	0,198	-0,230	**0,596**
Saúde física	***F1***			
Interferência dos problemas de saúde na vida (p.55)	**0,924**			
Avaliação da sua saúde em geral (p.53)	**0,924**			
Actividades da vida diária	***F1***	***F2***		
Capacidade de preparar refeições (p.59)	**0,835**	0,125		
Capacidade de fazer as tarefas de casa (p.60)	**0,785**	0,170		
Capacidade de lidar com o dinheiro (p.62)	**0,767**	0,340		
Capacidade de tomar os medicamentos (p.61)	**0,738**	0,345		
Capacidade de usar o telefone (p.56)	**0,732**	0,135		
Capacidade de ir às compras (p.58)	**0,722**	0,325		
Capacidade de tomar banho ou duche (p.68)	**0,698**	0,373		
Capacidade de ir a outros locais (p.57)	**0,651**	0,296		
Capacidade de se levantar e de se deitar na cama (p.67)	0,142	**0,873**		
Capacidade de se vestir e despir sozinho (p.64)	0,335	**0,821**		
Capacidade de se alimentar (p.63)	0,207	**0,696**		
Capacidade de andar (p.66)	0,184	**0,637**		
Capacidade de cuidar da sua aparência (p.65)	0,457	**0,628**		

Fonte: Ferreira, Rodrigues e Nogueira (2006)

A validade de critério pretende demonstrar a relação dos resultados obtidos com o novo instrumento, com os obtidos por outro instrumento já conhecido e que serve de padrão (Ferreira & Marques, 1998).

Neste campo a versão original apresenta algumas limitações na área de recursos sociais (Fillenbaum & Smyer, 1991), mas a grande dificuldade resulta de não existirem variáveis de critério significativas para a generalidade dos instrumentos utilizados em ciências sociais (Ferreira & Marques, 1998). Como medida de critério foi adoptado um instrumento multidimensional, validado para língua portuguesa, o SF-36 (MOS SF-36 – *Medical Outcomes Study Short-Form General Health Survey*), que avalia a auto-percepção do estado de saúde e da qualidade de vida (Ferreira, 2000a; Ferreira, 2000b; Ferreira & Santana, 2003) com demonstrada capacidade de avaliação para idosos (Stadnyk, Calder & Rockwood, 1998).

No Quadro 5 são apresentados os valores das correlações resultantes da utilização das oito dimensões do SF-36, e das classificações finais em cada uma das cinco áreas avaliadas pelo OARS e as auto avaliações efectuadas nessas mesmas áreas efectuadas pelos idosos.

Quadro 5 – Correlação entre os índices do SF-36 e os do OARS

	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM
Escalas de classificação								
Recursos sociais	0,089	-0,161	-0,161	-0,224	-0,125	-0,099	-0,298	-0,346
Recursos económicos	0,196	0,061	-0,292	-0,194	-0,352	-0,083	-0,199	-0,452
Saúde mental	-0,223	-0,223	-0,460	-0,495	**-0,591**	-0,522	-0,325	**-0,611**
Saúde física	-0,483	-0,373	-0,397	-0,402	-0,328	-0,377	-0,119	-0,276
Actividades de vida diária	**-0,569**	-0,145	-0,114	-0,130	-0,386	-0,160	0,051	**-0,600**
Escalas de auto avaliação								
Recursos sociais	-0,301	-0,145	-0,304	-0,361	-0,223	-0,195	-0,082	-0,219
Recursos económicos	-0,059	0,105	0,193	0,039	0,230	0,225	0,242	0,350
Saúde mental	0,323	0,148	0,458	0,469	0,524	0,462	0,085	0,032
Saúde física	0,426	0,439	**0,620**	**0,655**	**0,677**	0,522	0,302	0,522

FF- Função Física
DF- Desempenho físico
DC- Dor física e corporal
SG- Saúde em geral
VT- Vitalidade
FS- Função social
DE- Desempenho emocional
SM- Saúde mental

Fonte: Rodrigues (1999)

Observamos os valores mais elevados na correlação da auto avaliação da saúde física com a dor física e corporal (0,620), saúde em geral (0,655) e vitalidade (0,677). A classificação na área de actividades de vida diária correlaciona-se bem com a função física (-0,569) e a saúde mental (-0,600). Igualmente a classificação na área de saúde mental se correlaciona bem com a vitalidade (-0,591) e com a saúde mental (-0,611).

Os dados resultantes dos estudos acima apresentados permitem-nos afirmar, com alguma segurança, que do processo de adaptação cultural e linguístico e dos resultados dos testes psicométricos efectuados, resultou uma versão portuguesa do instrumento de medição OARS fiável e válida para utilização na população idosa do nosso país (Ferreira, Rodrigues & Nogueira 2006).

Dispomos de uma versão em língua portuguesa do OARS (Rodrigues, 1999) e já de algum trabalho desenvolvido (Ferreira & Rodrigues, 1999; Ferreira & Rodrigues, 2000; Ferreira et al., 2006), do qual apresentámos nos Quadros anteriores alguns resultados e comparações, pelo que nos parecem existir os meios, em termos de instrumento de colheita de dados e metodologia, para o desenvolvimento deste estudo.

4.1.2. Variáveis e escalas de medida

Dos instrumentos elaborados com o objectivo de permitir uma abordagem multidimensional, o nosso interesse recaiu no *The Older Americans Resources and Services Program*, adiante designado apenas como OARS.

Considerado um dos mais adequados instrumentos de avaliação multidimensional disponível para avaliar a capacidade funcional de idosos (Patiño, 1994; Wilkin et al., 1994), possibilita a recolha de informação com reconhecida fiabilidade e validade para avaliação e tomada de decisões fundamentadas de afectação de recursos e serviços (Fillenbaum & Smyer, 1981).

A metodologia que levou à criação deste instrumento foi desenvolvida para permitir a avaliação funcional em cinco áreas fundamentais da qualidade de vida do idoso: recursos sociais, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária. Complementando essa informação, mede a utilização e a necessidade sentida de serviços.

A avaliação das necessidades de saúde é a primeira etapa da promoção da saúde (Clegg & Doherty, 2001), apresentando-se o modelo de cuidados integrados para residentes na

comunidade como o indicado na redução de admissões a instituições, no declínio funcional (Bernabei et al., 1988) e no acompanhamento pós-hospitalização (McCormack, 1998; Schraeder et al., 2001).

Os múltiplos diagnósticos de saúde a que os idosos estão sujeitos, interligando aspectos físicos, mentais e sociais, indicariam por si só a pertinência de uma avaliação multidimensional (Kutner et al., 1992). Associando a medida da capacidade funcional que avalia a possibilidade de independência apesar da presença de patologia, limitações de ordem física, mental ou social (Benyamini et al., 2000), dispomos de indicadores úteis para quem cuida de idosos (George & Fillenbaum, 1985), permitindo racionalizar intervenções comunitárias e cuidados prestados (Crawford et al., 1999; Tonks, 1999; Elkan et al., 2001; Stuck et al., 2002).

O modelo conceptual do OARS inclui, assim, três componentes:

- Avaliação da capacidade funcional, em cinco áreas, classificando o indivíduo em escalas cujas pontuações definem funcionamentos equivalentes;

- Medição da utilização e necessidade de serviços, definindo o uso actual e a necessidade sentida;

- Avaliação das alternativas de serviços a implementar com base na capacidade funcional.

A utilização na íntegra deste modelo conceptual, permite avaliar a capacidade funcional e medir a utilização de serviços estabelecendo a relação entre funcionalidade e disponibilidade de apoio.

O OARS é composto por duas partes.

A parte A (OARS - *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire*) constitui a avaliação funcional nas áreas de recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e actividades de vida diária.

É constituído por 70 questões dirigidas ao inquirido (perguntas 1 a 70), 10 questões dirigidas a um informante (perguntas 72 a 82), 14 questões sobre o inquirido respondidas pelo entrevistador (perguntas 83 a 96), cinco escalas de avaliação funcional, uma por cada área avaliada, com pontuações de incapacidade funcional de 1 a 6 (perguntas 97 a 101) e um somatório das pontuações de incapacidade em cada uma das áreas que constitui a pontuação acumulada de incapacidade (pergunta 102).

Esta parte é iniciada com o questionário preliminar, o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ), composto por dez questões (1.1 a 1.10), que avalia o déficit da função cognitiva, permitindo definir se o inquirido é idóneo para responder ao questionário (não o sendo, por erro em mais de quatro perguntas, será necessário recorrer a um informante).

Os recursos sociais, importantes pela constituição e manutenção de uma rede social de suporte (Glass, Mendes de Leon, Marottoli & Berkmann, 1999), são avaliados pela quantidade e adequação da inter-acção social, bem como da disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade, correspondendo a classificação aos critérios apresentados em Quadro 6.

Quadro 6 – Critérios de classificação na área de recursos sociais

Recursos Sociais	**Critérios de classificação**
1 - Muito bons	As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente.
2 - Bons	As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente; Ou As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
3 - Ligeiramente insatisfatórios	As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente; Ou As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
4 - Moderadamente insatisfatórios	As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo; Ou As relações sociais são pelo menos ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
5 - Fortemente insatisfatórios	As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando; Ou As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
6 - Totalmente insatisfatórios	As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.

A avaliação dos recursos económicos centra-se nos rendimentos e na auto avaliação da sua adequação às necessidades, correspondendo a classificação aos critérios apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 – Critérios de classificação na área de recursos económicos

Recursos Económicos	Critérios de classificação
1 - Muito bons	Os seus rendimentos são amplos; o sujeito tem economias.
2 - Bons	Rendimentos amplos; o sujeito não tem economias; Ou Rendimentos suficientes; o sujeito tem economias.
3 - Ligeiramente insatisfatórios	Rendimentos suficientes; o sujeito não tem economias; Ou Rendimentos algo insuficientes; o sujeito tem economias.
4 - Moderadamente insatisfatórios	Rendimentos um pouco insuficientes; o sujeito não tem economias.
5 - Fortemente insatisfatórios	Rendimentos totalmente insuficientes; o sujeito pode ter ou não ter economias.
6 - Totalmente insatisfatórios	Rendimentos totalmente insuficientes; o sujeito pode ter ou não ter economias.
(Considera-se que os rendimentos são suficientes se cobrem todas as necessidades do sujeito)	

A avaliação da saúde mental inclui o questionário preliminar (SPMSQ) para avaliação da função cognitiva, a avaliação da presença de sintomas psiquiátricos (com o SPES – *Short Psyquiatric Evaluation Schedule*) e a auto avaliação de saúde mental.

A saúde mental deveria ser um dos componentes dos cuidados de saúde nas intervenções comunitárias (Puskar & Bernardo, 2002) já que a incapacidade nesta área combinada com limitações nas actividades de vida diária apontam para institucionalização ou intenso apoio domiciliário (Brayne, Johnson & Bond, 1999; Burns et al., 2001).

O SPMSQ avalia a presença e dá uma definição simples de deterioração intelectual ou déficit cognitivo, sendo a maioria dos seus itens versões modificadas de outras escalas (Liang, Levin & Krause, 1989).

O SPES é constituído por 15 itens indicando a presença ou ausência de sintomas psiquiátricos com indicações de incapacidade nesta área. É derivado de outro instrumento e recomendado como medida de saúde mental de idosos (Gatz, 1987).

Os itens do SPES são agrupados em quatro dimensões: satisfação com a vida, perturbações do sono, factor de energia (centrado na sensação de energia/letargia) e factor de paranóia (centrado na suspeição ou ideação) (Fillenbaum, 1988). Todavia, em trabalhos posteriores (Liang et al., 1989) foram propostas alterações que agrupam os itens nas dimensões de alienação, sintomas psicossomáticos e depressão.

A classificação na área de saúde mental corresponde aos critérios apresentados no Quadro 8.

Quadro 8 – Critérios de classificação na área de saúde mental

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

A avaliação na área de saúde física inclui o uso de medicamentos prescritos, presença de patologia (particularmente as crónicas e a forma como interferem nas actividades diárias) e a auto avaliação de saúde física. Estas três dimensões (doença crónica, incapacidade funcional e auto avaliação de saúde) e a relação que estabelecem entre si são o ponto central de qualquer modelo de avaliação de saúde física em idosos (Whitelaw & Liang, 1991). A classificação na área de saúde física corresponde aos critérios apresentados em Quadro 9.

Quadro 9 – Critérios de classificação na área de saúde física

Saúde Física	**Critérios de classificação**
1 - Muito boa	Ocupa-se de actividades físicas vigorosas, regularmente ou pelo menos de vez em quando.
2 - Boa	Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
3 - Ligeiramente insatisfatória	Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
4 - Moderadamente insatisfatória	Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
5 - Fortemente insatisfatória	Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida, ou que requerem amplo tratamento médico.
6 - Totalmente insatisfatória	Acamado e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

A avaliação da área de actividades de vida diária (AVD) apresenta duas escalas (AVD instrumentais e AVD físicas) e a presença de incontinência, correspondendo a classificação aos critérios apresentados no Quadro 10.

Quadro 10 – Critérios de classificação na área de actividades de vida diária

Actividades de Vida Diária	**Critérios de classificação**
1 - Capacidade muito boa	Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
2 - Capacidade boa	Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
3 - Capacidade ligeiramente insatisfatória	Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para de uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
4 - Capacidade moderadamente insatisfatória	Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda; Ou Requer ajuda regular para a preparação das refeições.
5 - Capacidade fortemente insatisfatória	Necessita ajuda diária mas não necessariamente todo o dia ou noite com muitas AVD.
6 - Capacidade totalmente insatisfatória	Necessita ajuda durante todo o dia e/ou noite para realizar as AVD.

A parte B (OARS - *Services Assessment Questionnaire*) constitui o grupo de perguntas com o número 71 do questionário e recolhe informação sobre a utilização, nos últimos seis meses, de um conjunto de serviços potencialmente necessários, deixando ao critério dos utilizadores a alteração do número ou a sua adaptação aos objectivos específicos do estudo. Os serviços são agrupados em seis categorias apresentadas em Quadro 11.

Quadro 11 – Serviços inseridos no OARS-SAQ

Serviços gerais de apoio	Serviços de cuidados pessoais Supervisão contínua Serviços de monitorização Serviços domésticos Preparação de refeições Serviços administrativos, legais e de protecção
Serviços sociais e recreativos	Serviços sociais / recreativos Viagens dirigidas a idosos Desporto
Serviços de saúde	Consultas médicas Dispositivos de apoio e próteses Serviços de saúde mental Psicofármacos (Medicamentos psicotrópicos) Cuidados de enfermagem Fisioterapia
Serviços de apoio económico	Ajuda económica em geral Ajuda para compra de comida
Serviços de avaliação e coordenação	Serviços de coordenação, informação e apoio Avaliação sistemática multidimensional
Serviços não classificados	Transporte Serviços de emprego Preparação para as actividades de vida diária Serviços de realojamento

4.1.3. Pontuação de incapacidade funcional

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

No final do questionário o entrevistador, em função dos parâmetros definidos em cada uma das cinco áreas, emite um juízo quantitativo, com a atribuição de uma pontuação de incapacidade funcional (PIF), baseado em toda a informação recolhida ao longo da entrevista. Esta tarefa é facilitada por um conjunto de questões dirigidas ao entrevistador (perguntas 83 a 96).

4.1.4. Perfis funcionais

As pontuações atribuídas nas cinco áreas permitem combinações que agrupam os inquiridos em função das suas incapacidades. Sendo definido, para cada escala de classificação, um ponto de corte que as dicotomize em dois grupos; em função das necessidades ou possibilidades de intervenção nessa área, obtêm-se grupos de funcionamento homogéneo ou com idêntico tipo de incapacidades. Da combinação do diferente número de áreas em que se verifique uma classificação definida como insatisfatória (por ex. pontuações 5 e 6) resulta um conjunto de 32 perfis funcionais.

Esta classificação por perfis funcionais pode estar indicada nos casos, ou problemas, em que seja apropriado dar especial atenção a indivíduos com limitações em áreas consideradas relevantes ou passíveis de intervenção.

Quadro 12 – Sistema dos 32 perfis funcionais

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

S - Área de recursos sociais
E - Área de recursos económicos
M - Área de saúde mental
F - Área de saúde física
A - Área de actividades de vida diária

A metodologia OARS tem sido utilizada em diversos países como E.U.A. (Fillenbaum, 1988); e países de língua latina como Espanha (Patiño, 1994; Patiño et al., 1996; Fibla et al., 1996; Espejo et al., 1997; Iglesia et al., 1997), Brasil (Blay et al., 1988) e Itália (Liotta, 2002).

4.2. POPULAÇÃO

Definimos como população alvo do estudo os utentes inscritos e residentes na área geográfica de abrangência da sede do Centro de Saúde de Eiras, da Sub-Região de Saúde de Coimbra.

A opção por esta população e este Centro de Saúde fica apenas a dever-se ao facto de integrar profissionais com preocupações demonstradas nesta área e que já haviam acolhido com agrado a possibilidade de vir a utilizar esta metodologia.

Desconhecia-se qualquer especificidade desta população que a distinguisse das demais e as actividades desenvolvidas pelo Centro de Saúde enquadram-se nas geralmente encontradas nestas unidades de saúde.

Os serviços administrativos do Centro de Saúde, com autorização solicitada pelo autor à Administração Regional de Saúde do Centro, disponibilizaram a listagem, em papel, de todos os utentes inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, indicando o respectivo número de processo, nome, idade, morada completa e número de telefone. Foi solicitado aos enfermeiros uma análise dessa listagem, validando a informação fornecida.

Os dados obtidos foram organizados por sexo e idade de forma a ser possível efectuar uma amostragem sistemática estratificada.

4.3. AMOSTRA

A partir da listagem de todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos inscritos no Centro de Saúde foram estes agrupados por ano de nascimento e sexo. Com base nestes dados foram criadas novas listagens com o número de utente, para cada ano de nascimento e sexo. Tendo, assim, conhecimento do número de utentes por idade (a partir do ano de nascimento) e por sexo, efectuou-se, de forma aleatória e sistemática, a definição dos elementos a incluir na amostra.

A população incluía 808 indivíduos, composta por todos os utentes inscritos no Centro de Saúde alvo do estudo. Foi obtida uma amostra (aleatória e estratificada, correspondendo a 25% da população) que será genericamente caracterizada no capítulo referente à análise e discussão dos resultados. Este valor representa um compromisso entre a exigida representatividade e as possibilidades de realização das entrevistas pelo autor, de que resultou amostra constituída por 202 indivíduos.

4.4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados, através de entrevista, foi efectuada pelo autor.

Para minimizar dificuldades no contacto com os utentes, resultantes do facto de não serem pessoalmente conhecidos, foram estes previamente abordados por enfermeiros do Centro de Saúde ou efectuado o primeiro contacto na sua presença. Essa abordagem, com explicação dos objectivos do estudo e solicitação de colaboração, foi efectuada de três formas: (1) no Centro de Saúde aquando de consultas, (2) no domicílio aquando de actividades de prestação de cuidados ou (3) no domicílio dos outros elementos da amostra aquando das deslocações para prestação de cuidados já que estes residiam nas proximidades e não alterava trajectos.

Este procedimento só se tornou possível pela colaboração dos enfermeiros, pelo elevado número de visitas domiciliárias que são efectuadas, pela proximidade geográfica das residências e pelo contacto próximo que estes profissionais vêm mantendo ao longo dos anos com os utentes. Teve a vantagem de obter a participação de todos os elementos inicialmente definidos na amostra e terá diminuído as objecções e receios na prestação, a um estranho, de informações de foro pessoal.

4.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS NA RECOLHA DE DADOS

Todas as entrevistas para obtenção de dados foram precedidas de explicação sobre os objectivos do estudo, garantindo o anonimato e a não utilização das informações fornecidas para outros fins ou por terceiros.

O facto do autor ser apresentado, ou indicado, por enfermeiros do Centro de Saúde não representa, em seu entender, qualquer tipo de coerção, nem mesmo persuasão, surgindo simplesmente da necessidade de facilitar o contacto e quebrar a barreira inicial que se colocaria ao fornecer de informações do foro pessoal e íntimo a um estranho.

4.6. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Realizada a recolha de dados, foi necessário recorrer a análise estatística adequada, visando a interpretação dos dados quantitativos na sua multiplicidade complexa de relações.

Para o tratamento dos dados, e tendo em atenção as hipótese formuladas, foram os elementos da amostra distribuídos por sexos e por três grupos etários (65-74 anos; 75-84 anos; e igual ou superior a 85 anos).

Neste sentido, os dados obtidos foram introduzidos numa base de dados e processados no programa informático de estatística SPSS 14.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*) do Windows versão XP.

Os dados foram, assim, tratados informaticamente, tendo-se recorrido a métodos inerentes à estatística descritiva e inferencial.

Relativamente à estatística descritiva, os dados foram analisados e apresentados em tabelas, onde são apresentados cálculos referentes a frequências absolutas (nº) e relativas (%).

Quanto à estatística inferencial, para testar as hipóteses utilizou-se, na comparação de médias, o teste não paramétrico de U de Mann-Whitney e o teste Kruskal Wallis para verificação da diferença de médias. Para a análise das variáveis dicotómicas o teste de Qui quadrado.

Nos testes de hipóteses o nível de significância considerado foi de 0,05.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta-se dividido em cinco partes, distintas, apesar de estreitamente relacionadas.

Na primeira efectuamos a caracterização da amostra, centrada na distribuição por sexo, estado civil e habilitações literárias.

Na segunda apresentamos a avaliação funcional do indivíduo nos aspectos mais ligados à intervenção tradicionalmente relacionada com os técnicos de saúde, como a funcionalidade biológica/física, a funcionalidade mental e a capacidade para o desempenho das actividades de vida diária.

Na terceira abordamos os aspectos que se centram nos recursos sociais e económicos, alguns deles fora do âmbito da intervenção dos técnicos de saúde.

Aquando da apresentação dos resultados de avaliação das cinco áreas funcionais, e realçando os problemas e dificuldades colocadas à avaliação funcional multidimensional de idosos, centramos particular atenção nas diferenças mais significativas que surgiram entre a avaliação efectuada pelo entrevistador com base nos critérios de avaliação (PIF – Pontuação de Incapacidade Funcional, perguntas 97 a 101 do questionário) e a avaliação efectuada com base no modelo de avaliação OARS, este último informatizado.

Na quarta parte apresentamos, para um conjunto alargado de serviços, a utilização e a necessidade sentidas desses recursos, directa e indirectamente relacionados com a qualidade de vida deste grupo etário.

O tratamento da informação obtida foi realizado com recurso a programa informático (SPSS) partindo da lista das variáveis para a introdução de dados proposta para o OARS por Fillenbaum (1988) e por Ferreira et al. (2006) para a versão portuguesa.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra resultante da população em estudo consiste em 202 indivíduos dos quais 80 do sexo masculino e 122 do sexo feminino (Tabela 1, Apêndice AII.1). Seguindo um critério de amostragem aleatória e estratificada por ano de nascimento, são agregados em três grupos etários (65-74 anos, 75-84 anos e igual ou superior a 85 anos) e por sexos (dentro de cada grupo etário e para o total da amostra), com os quais trabalharemos todos os dados ao longo do estudo.

Assim, o grupo etário de 65-74 anos é constituído por 50 homens (43,9%) e 64 mulheres (56,1%), representando, um total de 114 elementos e 56,4% da amostra. O grupo etário 75-84 anos é composto por 24 homens (37,5%) e 40 mulheres (62,5%), que com os seus 64 elementos representa 31,7% do total da amostra. O grupo etário de 85 e mais anos constitui-se com 6 homens (25%) e 18 mulheres (75,0%), num total de 24 elementos que correspondem a 11,9% da amostra.

Encontramos desde já, uma distribuição por grupos etários e por sexos, semelhante à encontrada na população do nosso país caracterizada por uma diminuição da população ao longo dos diferentes grupos etários, mais acentuada na diminuição dos elementos masculinos. Se a diferença entre sexos não é significativa no grupo 65-74 anos, vai-se manifestando no grupo etário 75-84 anos ($p=0,046$) e acentuando no grupo de 85 e mais anos ($p=0,014$). Esta diferença quanto ao sexo entre os três grupos etários é significativa ($p<0,001$). Para o total da amostra a diferença entre sexos é significativa com $p=0,003$.

O estado civil conta, na amostra, com a presença de três situações: solteiro, casado e viúvo. A situação de solteiro surge apenas entre as mulheres e com valores muito próximos dentro de cada grupo etário, diminuindo de 7,8%, para 7,5% e 5,6%, respectivamente para os três grupos etários, com um valor sempre acima de 4% para o total de cada grupo etário e fixando-se em 7,4% para o total da amostra. Este dado resultará de uma proporção de mulheres superior à de homens, encontrada já em idades inferiores aos 65 anos, resultante de uma sobremortalidade masculina com causas históricas, sociais e laborais.

Os valores apresentados pelo estado civil de casado e viúvo divergem quando se passa de um grupo etário para o imediatamente superior. Este fenómeno acompanha a sobremortalidade masculina apresentando os sucessivos grupos etários, maior diferença percentual de homens relativamente às mulheres, redução do valor para o estado civil de

casado e aumento do de viúvo. As mulheres apresentam-se assim, sempre com valores mais baixos para o estado civil de casado e mais elevados para o de viúvo. No entanto, dentro dos diferentes grupos etários, a diferença apenas é significativa para o estado civil no grupo 65-74 anos. A diferença entre grupos etários, para o estado civil, é significativa ($p<0,001$), mantendo-se para a diferença entre sexos para o total da amostra. Temos, assim, para o estado civil, a presença de solteiros apenas entre as mulheres (com valores percentuais próximos em todos os grupos etários) valores de casados mais baixos ao passar para os grupos etários de idade mais avançada, acompanhados de valores mais elevados para os viúvos. Nos três sucessivos grupos etários mantém-se aproximado o valor de solteiras, diminui o valor de casadas e aumenta o de viúvas. Para o total da amostra esta diferença, quanto ao estado civil, mantém-se de forma significativa ($p<0,001$).

As habilitações literárias encontradas na amostra vão desde a situação de não saber ler nem escrever, até ao ensino médio. Nenhum elemento da amostra possuía formação de nível superior. No grupo etário 65-74 anos aproximadamente metade (49,1%) dos elementos possui o ensino básico primário, sendo o valor para os homens de 66,0% e para as mulheres de 35,9%. Notório, também, os 43,8% de mulheres que não sabem ler nem escrever. Para este grupo etário, e quanto ao sexo, a diferença de formação literária é significativa ($p=0,001$), apresentando as mulheres menos habilitações. No grupo etário 75-84 anos o dado saliente é o facto de 52,5% das mulheres não saber ler nem escrever, quando para os homens esse valor é de 16,7%, resultando um valor global de 39% neste grupo etário. Tal como no grupo etário anterior, a diferença entre sexos é significativa ($p=0,001$), verificando-se globalmente menores habilitações, e também aqui uma pior situação das mulheres. Para o grupo de 85 e mais anos, encontramos mais de metade da amostra sem saber ler ou escrever (50,0% dos homens e 55,5% das mulheres), não se encontrando qualquer elemento com formação além do ensino básico primário. Mais uma vez as mulheres apresentam em todos os casos valores inferiores, mas aqui sem significado estatístico. Entre grupos etários, e para habilitações literárias, a diferença é estatisticamente significativa ($p=0,001$), apresentando o grupo etário 84 e mais anos menores habilitações que o grupo 75-84 anos, e este menores que o grupo 65-74 anos. Para o total da amostra a diferença entre sexos é significativa ($p<0,001$), apresentando as mulheres menores habilitações.

Destas três variáveis o estado civil e as habilitações literárias, ainda que nem sempre de forma explícita, vão ser encontradas no desenrolar do estudo ajudando a compreender e justificando incapacidades e necessidades de serviços que envolvam a presença, ou

ausência, de cuidadores informais (que surgem de laços familiares resultantes do estado civil) e quando algum nível de literacia se torna imprescindível para algumas das actividades de vida diária ou utilização de serviços elementares nas sociedades contemporâneas.

5.2. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO INDÍVIDUO

A análise e discussão dos resultados relativos à avaliação funcional nas cinco áreas (recursos sociais, recursos económicos, saúde física, saúde mental e actividades de vida diária), tal como referido na introdução ao presente capítulo, organizar-se-á em dois blocos. Neste ponto centramo-nos na área de saúde física, saúde mental e actividades de vida diária.

A prioridade a estas áreas é apenas, e só, resultante do facto de serem as áreas em que a intervenção dos técnicos de saúde é mais visível e aquelas em que o seu papel é determinante no despiste, cuidado e encaminhamento das situações que requerem serviços de saúde. As áreas de recursos sociais e recursos económicos, apesar das implicações no estado de saúde e qualidade de vida, estão tradicionalmente fora do âmbito das instituições e competências dos diferentes técnicos de saúde. A sua separação nesta apresentação visa mostrar a sua importância na avaliação global, e logo multidimensional, do estado funcional dos idosos e do papel que técnicos e instituições, aparentemente separados das instituições de saúde, podem ser chamados a desempenhar, em intervenções e desenvolvimento de serviços que promovam a qualidade de vida deste grupo populacional.

5.2.1. Funcionalidade biológica

Na área de saúde física vamos centrar a nossa análise nas doenças referidas, nas limitações que essas doenças provocam nas actividades e o consumo de medicamentos com elas relacionado, na utilização e necessidade sentida de ajuda técnica, na indicação médica de redução de bebidas alcoólicas, na auto avaliação de saúde física, na classificação segundo a PIF na área de saúde física, e ainda, na classificação segundo o modelo OARS de pontuação na área de saúde física.

Patologias referidas

Um dos aspectos avaliados na área de saúde física é a existência de patologia. Este dado é obtido com questões que remetem o inquirido para respostas sobre doenças que o afectem neste momento, o modo como essa patologia interfere nas suas actividades e o consumo de medicamentos com ela relacionado.

Na Tabela 2 (Apêndice AII.2) são apresentadas as doenças referidas. Estão ordenadas em função do número de referências efectuadas.

A hipertensão arterial é a patologia mais referida, sendo indicada a sua presença em 110 elementos da amostra correspondendo a 54,5% do total. É a patologia mais referida em todos os grupos etários (57,9% no grupo etário 65-74 anos, 53,1% no grupo etário 75-84 e 41,7% no grupo etário de 85 e mais anos). Em todos os grupos etários os valores percentuais são mais elevados para as mulheres, com valor para o total da amostra de 56,6% para as mulheres e 51,3% para os homens.

A artrite ou reumatismo é referida em 84 casos (41,6%). Apresenta, também, valores percentuais mais elevados para as mulheres em todos os grupos etários, sendo que para o total da amostra é referida por 50,8% das mulheres e 27,5% dos homens.

Os problemas cardíacos são referidos por 70 idosos (34,7%), com valor percentual mais elevado para os homens apenas no grupo etário de 85 e mais anos. No total da amostra está presente em 35,2% das mulheres e 33,8% dos homens.

Os problemas circulatórios dos membros são referidos 49 vezes (24,3%). No grupo etário de 85 e mais anos o valor percentual é igual (16,7%), mas nos restantes grupos é mais referida pelos homens. O valor para o total da amostra é de 28,8% para os homens e 21,3% para as mulheres.

A diabetes foi referida por 38 elementos (18,8%), sendo mais referida pelas mulheres em todos os grupos etários. Apresenta valores próximos, quer para homens quer para mulheres nos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos. No grupo de 85 anos e mais não é referida por nenhum homem e nas mulheres reduz para cerca de metade o valor percentual. Para o total da amostra, é referida por 20,5% das mulheres e 16,3% dos homens.

O acidente vascular cerebral (AVC) e as suas consequências são referidos por 28 idosos (13,9%), sendo manifesta a sua maior presença no grupo etário de 85 e mais anos com

66,6% nos homens e 33,3% nas mulheres. Para o total da amostra a distribuição é de 16,3% para os homens e 12,3% para as mulheres.

Estes resultados vão ao encontro da informação sobre as doenças crónicas prevalentes referidas no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004) e reforçam a noção de que no contexto das sociedades contemporâneas, as causas de morbilidade e mortalidade mais comuns nos idosos são, a hipertensão, a insuficiência cardíaca, a diabetes mellitus, as doenças osteoarticulares, as doenças neoplásicas e as alterações da acuidade visual e auditiva (Warshaw, 2006).

Estas são as patologias mais referidas sendo que algumas delas podem provocar limitações nas actividades associando-se a consumos elevados de medicação, estando de acordo com outros estudos consultados.

Assim, a hipertensão é uma condição com expressão na população idosa, existindo uma diferença entre sexos na sua prevalência, maior entre as mulheres, sendo a sua frequência superior a 75% nas mulheres de idade igual ou superior a 75 anos (Vasan et al., 2002 citado por Supiano, 2006). Os problemas cardíacos e os acidentes vasculares cerebrais são considerados a maior causa de incapacidade crónica, disfunção na tolerância ao exercício, redução da qualidade de vida, perda de independência, institucionalização e morte entre a população idosa americana (Yusuf et al., 1994; Fried et al., 2004 citado por Kraschnewski, Alexandre & Peterson, 2006; Thomas & Rich, 2006), seguida da diabetes (Sakharova & Inzucchi, 2005; Pompei, 2006).

As doenças crónicas são o factor major que influencia a capacidade das pessoas idosas em viverem o seu dia-a-dia de forma independente e segura no seio da comunidade onde residem. Clark, Stump, Hui, e Wolinsky (1998) observaram que 81% da amostra constituída por 2.857 idosos com 70 ou mais anos de idade referiram diminuição das suas capacidades funcionais, perda de independência e perda da auto-estima, relacionadas com a presença de patologia.

Patologias, grau de limitação e consumo de medicamentos relacionados

As patologias mais referidas não são necessariamente aquelas que mais interferem nas actividades. Na Tabela 3 (Apêndice AII.3) é conjugada a informação sobre as patologias mais referidas ordenando-as pela frequência com que foi indicada a sua presença, indicando-se para cada uma o grau com que interfere nas actividades (valores

percentuais para o total de vezes referida), e ainda, para cada patologia referida, o número de indivíduos que referem medicação associada a essa patologia.

Como se reparará em alguns casos a indicação de utentes com receita de medicamento apresenta valores superiores aos dos mesmos para a presença de patologia. Estão nesta situação a hipertensão, problemas cardíacos, problemas circulatórios dos membros, diabetes e úlcera. Com excepção dos problemas circulatórios dos membros, não são patologias referidas como interferindo muito nas actividades, o que pode justificar o seu "esquecimento" aquando da solicitação para indicar as doenças de que padece no momento, apesar da questão sobre a toma de medicação ser prévia.

A explicação para o facto poderá, no entanto, ser outra. A elevada frequência com que estas patologias são referidas, a forma insidiosa e progressiva como se vão instalando, a aceitação de um progressivo deterioro físico que acompanha o envelhecimento, poderão levar os nossos idosos a considerar esta situação como sendo resultado de um processo normal e não como algo passível de intervenção, cuidado ou tratamento.

Este facto poderá estar também presente quando observamos que algumas das patologias que mais interferem nas actividades têm para a receita de medicamento um valor menor de distribuição de utentes. É exemplo a artrite ou reumatismo referida por 41,6% mas em que apenas 25,7% referem medicação associada.

Acresce a esta situação a questão dos idosos não valorizarem tanto as dores crónicas em relação aos mais novos, pois consideram como uma decorrência normal do seu processo de envelhecimento (Bernabei et al., 1998).

As patologias referidas com maior interferência nas actividades são a asma, o cancro e a doença de Parkinson com 100% dos que referem a patologia a indicarem que interfere muito. Por ordem decrescente seguem-se a bronquite crónica (83,3%), as doenças da pele com 78,6% a artritre ou reumatismo (77,4%), o AVC (75,0%) e os problemas circulatórios dos membros (53,1%).

Duas das patologias mais citadas, a hipertensão (54,5%) e os problemas cardíacos (34,7%) são referidas como interferindo pouco nas actividades, respectivamente em 51,8% e 70,0% dos casos, sendo ao mesmo tempo aquelas para as quais há maior percentagem de inquiridos (57,4% e 39,1%) a indicar a existência de receita de medicamento com elas relacionadas.

Na revisão da literatura constata-se que o aumento da prescrição de medicamentos relacionada com a existência de maior número de múltiplas doenças crónicas é um facto. Thomas, Ritter e Wallack (2001) debruçando-se sobre a prescrição de medicamentos na população idosa entre 1997 e 2000, dividiram uma amostra de idosos em diferentes grupos quanto aos custos/gastos com medicamentos, classificando-os em baixo custo, médio, elevado e muito elevado custo. Estudaram ainda quais os medicamentos mais utilizados entre os diferentes grupos e observaram que mais de metade dos idosos, mesmo no grupo com baixos custos em medicamentos, utilizavam medicação para doenças cardiovasculares; uma menor percentagem (cerca de 10%) utilizava medicação para controlo da diabetes e medicação gastrointestinal. No grupo de elevados custos verificaram que estes idosos apresentavam condições de cronicidade mais acentuada do que no grupo de baixo-custo, sendo mais representativa a medicação para doenças cardiovasculares (87%), medicação antilipídica (54,2%), aproximadamente metade com medicação antidepressiva (45,6%) e com utilização de medicação anti-inflamatória para as situações de artrite (45,6%). Estes dados confirmam a situação dos elevados custos com os idosos enquanto pessoas com uma maior complexidade na avaliação clínica que requerem tratamento para muitas condições do foro físico e mental.

Utilização e necessidade sentida de ajuda técnica

As ajudas técnicas utilizadas e cuja necessidade se faz sentir na amostra são a bengala ou tripé, as muletas, a cadeira de rodas, a prótese dentária, a prótese auricular e a sonda vesical (Tabela 4, Apêndice AII.4). Ao inquirido é questionado não apenas a sua utilização mas também a necessidades sentida para além da que já utiliza.

A bengala ou tripé surge utilizada em todos os grupos etários mas a necessidade sentida para além da utilização surge apenas em um caso no grupo etário de 65-74 anos. Encontramos uma utilização com diferenças significativas (p=0,015) entre grupos etários, com mais utilização no grupo etário 75-84 anos (com 20,3% a utilizar), apresentando as mulheres deste grupo a maior utilização percentual com 27,5%. Entre sexos, dentro de cada grupo etário e para o total da amostra, as diferenças de utilização não são significativas.

A prótese dentária apresenta-se como a ajuda técnica de maior utilização e necessidade sentida. O grupo etário com maior utilização desta ajuda técnica é o de 65-74 anos com 51,8% (52,0% dos homens e 51,6% das mulheres). No grupo etário 74-85 anos a

utilização deste abrange 43,8% da amostra (37,5% dos homens e 47,5% das mulheres). No grupo etário de 85 e mais anos é utilizada por 41,7%, apresentando os homens o valor mais elevado de utilização com 66,7% e 33,3% para as mulheres. A utilização de prótese dentária não apresenta diferenças significativas, para o sexo, nem nos diferentes grupos etários nem para o total da amostra. Já para a necessidade sentida, não existindo diferenças para o total da amostra quanto ao sexo, verifica-se que existe diferença quanto ao grupo etário (p=0,027), com o grupo etário 75-84 anos a referir em 23,4% dos casos a necessidade desta ajuda técnica (o que elevaria para 67,2% os utilizadores se todas as necessidade de prótese dentária fossem satisfeitas).

A ajuda técnica de muletas apenas surge com utilização, e em nenhum caso foi referida a sua necessidade sentida. Entre grupos etários a diferença de utilização é significativa (p=0,035). A sua maior utilização verifica-se no grupo etário de 85 e mais anos (16,7%) e a menor entre os de 75-84 anos (1,6%), sendo estes que para o apoio à marcha, mais utilizam, como vimos, a bengala ou tripé.

A cadeira de rodas aparece, como ajuda técnica, com maior utilização no grupo etário de 85 e mais anos, sendo a diferença de utilização entre grupos etários (p=0,003) e necessidade sentida (p=0,025) significativa. Entre sexos no total da amostra não se verificam diferenças na utilização e na necessidade sentida.

A prótese auricular aparece em todos os grupos etários como ajuda técnica com necessidade sentida. Não surge a sua utilização no grupo etário de 85 e mais anos, mas apesar disso a diferença não tem significado estatístico, dada a pouca utilização desta ajuda. Já quanto à necessidade sentida, a diferença entre grupos etários é significativa (p=0,048) sendo esta de 17,2% para o grupo etário 74-85 anos e 16,7% para o de 85 e mais anos. Para o total da amostra, entre sexos, a diferença de utilização e necessidade sentida não tem significado estatístico.

A utilização de sonda vesical surge com utilização predominante, e diferença significativa, no grupo etário de 85 e mais anos (apenas foi referida fora desse grupo por um homem no grupo etário de 65-74 anos). A utilização por 12,5% dos indivíduos deste grupo etário não apresenta diferenças significativas para o sexo, recorrendo a ela 16,7% dos homens e 11,1% das mulheres. A procura desta ajuda técnica, aparentemente, não se faz sentir não tendo surgido qualquer referência à sua necessidade sentida.

No que diz respeito à utilização de instrumentos de ajuda na vida quotidiana do idoso, Gosman-Hedström e Blomstrand (2003) salientam que a principal finalidade da promoção da saúde a nível da terapia ocupacional no idoso é a de melhorar a realização no

desempenho das actividades diárias, e de os manter independentes na realização destas actividades. Para isso muitos idosos necessitam de instrumentos de auxílio para poderem continuar a realizar as suas actividades de vida diária sem o apoio de terceiros, o que se traduz num impacto que tanto pode ser positivo como negativo para os utilizadores. Positivo porque estes instrumentos de auxílio permitem aos idosos que deles necessitam realizar as suas actividades e manter os seus papéis quer na esfera doméstica quer na esfera da vida social, negativo se a estes instrumentos se associa a ideia de limitação em todas as actividades que outrora o/a idoso (a) realizava de forma autónoma.

Indicação de redução do consumo de bebidas alcoólicas

A referência, por parte dos inquiridos da amostra (Tabela 5, Apêndice AII.5), a uma indicação médica de redução do consumo de bebidas alcoólicas, apenas surge por parte de homens. Não foi referida no grupo etário de 85 e mais anos mas surge em 26,0% dos homens do grupo etário 65-74 anos e em 29,1% no grupo etário de 75-84 anos. Para o total da amostra, 25,0% dos homens refere ter algum problema relacionado com o consumo de bebidas alcoólicas ou já ter sido aconselhado pelo seu médico a reduzir a sua ingestão.

Auto avaliação de saúde física

A auto avaliação da saúde física é efectuada solicitando-se aos inquiridos uma apreciação da sua saúde física actual e uma comparação com a situação há cinco anos atrás (Tabela 6, Apêndice AII.6).

O primeiro aspecto a realçar, quanto à auto avaliação actual da saúde física, é o facto de não se observar diferença estatisticamente significativa, quer para o sexo em todos os grupos etários e para o total da amostra, quer entre os grupos etários.

Classificando a sua saúde como “muito boa” surgem, no total da amostra, apenas 1,3% dos homens e 1,6% das mulheres. Classificando-a como “má” encontramos, para o total da amostra 22,5% dos homens e 27,1% das mulheres. Esta classificação apresenta o valor mais elevado entre as mulheres com 85 e mais anos (44,4%) e o mais baixo, também entre as mulheres, com 75-84 anos (20%). Globalmente é o grupo etário com 85 e mais anos que se classifica pior com 41,6% a referir “má” saúde física.

A auto avaliação de "regular", em que para o total da amostra se enquadram 42,4% dos homens e 53,3% das mulheres, apresenta o valor mais elevado para as mulheres de 75-84 anos com 67,5%. É este mesmo grupo etário que mais classifica a sua saúde de "regular" com 60,9% dos casos, contra 44,7% do grupo 65-74 anos e 37,5% do grupo de 85 e mais anos.

Com uma auto avaliação de "boa" saúde física, o grupo etário 65-74 anos apresenta o valor mais elevado (26,3%), seguido do grupo etário de 75-84 anos (12,6%) e do de 85 e mais anos (4,2%).

Quando questionados sobre a comparação que fazem entre a situação actual e a que tinham há cinco anos, a classificação de "melhor" surge apenas em um caso (0,8% do total da amostra) para uma mulher do grupo etário de 75-84 anos.

A classificação de "pior" é a que surge mais referida, independentemente do grupo etário ou sexo, apresentando no total da mostra 63,7% para os homens e 76,2% para as mulheres. Classificando de "igual" a sua situação actual temos 31,3% dos homens e 18,1% das mulheres. Esta auto avaliação, por comparação com há cinco anos, apenas apresenta diferença (p=0,046) entre sexos para o total da amostra, apresentando as mulheres uma avaliação mais negativa da sua situação actual.

Estes resultados contrariam os referidos por Lyyra, Törmäkangas, Read, Rantanen e Berg (2006) que verificaram que a presença de um número considerável de doenças crónicas não diminuía o nível de qualidade de vida referido pelos participantes. Evidenciam, igualmente, que os idosos que percepcionavam satisfação com a sua vida no momento presente viviam mais tempo independentemente das possibilidades de ocorrência de doença, ou disfunção física, cognitiva ou baixo apoio social.

A auto percepção sobre o envelhecimento tem sido referenciado como preditor independente de incapacidade funcional e mortalidade nos idosos. Barker, O'Hanlon, McGee, Hickey e Conroy (2007) desenvolveram um instrumento multidimensional de avaliação da percepção dos idosos face ao seu processo de envelhecimento. Destacam como principais resultados: os indivíduos que se identificavam com elevado nível de consequências negativas decorrentes do envelhecimento eram aqueles que estavam mais susceptíveis na adaptação às dificuldades relacionadas com o aparecimento de doenças crónicas e com diminuição da percepção de autocontrolo e uma resposta emocional mais negativa face ao envelhecimento. Pelo contrário, estes autores verificaram que os indivíduos que se identificavam com um nível positivo elevado acerca do seu envelhecimento, estavam mais inclinados a desenvolverem percepções adaptativas

como um autocontrolo face às experiências positivas e negativas decorrentes do processo de envelhecimento.

Um estudo realizado a 3.660 idosos de nacionalidade francesa para identificar as diferenças entre sexo e a percepção subjectiva do estado de saúde, cognição, depressão e incapacidade, revelou os seguintes resultados: para o grupo masculino a percepção subjectiva da saúde foi avaliada como preditor da mortalidade, independentemente das variáveis sócio demográficas, estado de saúde física, sintomatologia depressiva, função cognitiva, e incapacidade. No caso do grupo feminino tal não se constatou, sendo esta medida mais indicada para a aplicação em grupos masculinos (Helmer, Barberger--Gateau, Letenneur & Dartigues, 1999).

Atendendo a que a dependência funcional e os riscos de incapacidade aumentam com a idade, e de que a perda da independência é parcialmente relacionada com o decréscimo da actividade física, Frisard et al. (2007) desenvolveram um estudo comparativo entre um grupo de idosos com idade igual e superior a 90 anos e outros com idades compreendidas entre 60-74 anos que residem na comunidade para avaliar se existe relação entre a performance funcional e o nível de actividade física. Os resultados salientam que nos idosos nonagenários têm uma disfunção na performance física comparativamente aos mais novos e que esta está directamente associada à diminuição da actividade física. Estes resultados demonstram que, e tendo em conta o modelo de envelhecimento saudável, a existência de um certo grau de disfunção da performance física faz parte do natural processo de envelhecimento, mas a manutenção da actividade física ajuda a retardar este declínio funcional relacionado com o avançar da idade.

Pontuação de incapacidade funcional (PIF) na área de saúde física

A pontuação de incapacidade funcional na área de saúde física (p. 100 do questionário) é efectuada pelo entrevistador classificando o indivíduo numa escala que vai de saúde física “Muito boa” a “Totalmente insatisfatória”.

Do estudo comparativo, entre sexos, para cada um dos grupos etários e para o total da amostra, e entre grupos etários, não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa (Tabela 7, Apêndice AII.7). Aparentemente indica uma situação em que independentemente do sexo (dentro de cada grupo etário e no total da amostra) e do grupo etário, a classificação atribuída, por sexo e por grupo etário, não difere de forma significativa. Este dado vai ao encontro do verificado na auto avaliação de saúde física,

efectuado pelo inquirido, não divergindo esta, aparentemente, da avaliação efectuada pelo entrevistador.

Reunindo critérios de classificação "Muito boa" apenas foi encontrado um inquirido (homem do grupo etário 65-74 anos), coincidindo com o que se verificou para a classificação de "Totalmente insatisfatória".

A classificação de "Boa" saúde física foi atribuída, no total da amostra, a 25,0% dos homens e 9,8% das mulheres. Curioso o facto de o grupo etário de 85 e mais anos, apresentar o valor percentual mais elevado (25,0%), sendo assim classificados 33,3% dos homens e 22,2% das mulheres. No grupo etário de 65-74 anos os valores percentuais são próximos para os homens (32,0%) mas mais baixo para as mulheres (10,9%). O grupo etário 75-84 anos é o que apresenta valores mais baixos de saúde física "Boa", com 8,3% para homens e 2,5% para mulheres.

Os valores percentuais mais elevados encontram-se para a classificação de saúde física "Ligeiramente insatisfatória" com que foram pontuados, no total da amostra, 41,2% dos homens e 59,8% das mulheres. O grupo etário 75-84 anos é o que apresenta aqui as pontuações mais elevadas com 58,3% para homens e 67,5% para mulheres.

Uma classificação de "Moderadamente insatisfatória" apresenta, dentro de cada grupo etário, valores muito aproximados entre sexos. Igualmente entre grupos etários é nesta classificação que os valores mais se aproximam.

Classificados com saúde física "Fortemente insatisfatória" não encontramos indivíduos no grupo etário 75-84 anos. O grupo etário 65-74 anos surge com 7,0% (8,0% dos homens e 6,3% das mulheres), valores mais baixos do que no grupo de 85 e mais anos com um total de 25,0% (16,7% dos homens e 27,8% das mulheres). No total da amostra obtêm esta classificação 6,2% dos homens e 7,4% das mulheres.

Estes resultados reforçam a ideia de que os idosos descrevem o seu estado subjectivo de saúde como bom, mesmo tendo as limitações decorrentes da presença de numerosas doenças crónicas, pois para estes essas limitações fazem parte do seu processo de envelhecimento conforme já descrito por Heikkinen, Leinonen e Berg (1997).

É evidenciado nestes resultados que relativamente à avaliação subjectiva sobre o estado de saúde as mulheres referem, em geral, piores níveis de qualidade de vida do que os homens, para a maioria dos seus indicadores (estado de saúde física, capacidade funcional, adequados rendimentos, contactos sociais, stress psicológico e habilidade

cognitiva). Um estudo levado a cabo num grupo de idosos Israelitas constatou tal evidência, salientando uma particularidade que pode justificar estas diferenças da avaliação subjectiva do estado de saúde entre sexos, pois estes autores observaram que a avaliação qualitativa de "pobre" e "boa/excelente" é diferente consoante é referida por homens ou por mulheres (Pragger, Walter-Ginzburg, Blumstein & Modan, 1999).

Por outro lado, os nossos resultados contrariam os de Fone e Lundgren-Lindquist (2003) que estudaram a relação entre o estado de saúde, capacidade funcional e o envelhecimento bem-sucedido em idosos com idades compreendidas entre os 65-85 anos de idade, numa amostra de conveniência com 75 idosos sendo 45% mulheres e 55% homens. À parte do viés conduzido pela forma de amostra, observou-se que a maioria dos idosos avaliava a sua saúde como muito boa ou excelente para a sua idade. Enquanto alguns revelavam certas condicionantes relacionados com medicação para controlar doenças crónicas, ou casos de quedas no ano anterior à recolha de dados, na sua maioria o nível de actividade física era levemente elevado.

Pontuação segundo o modelo OARS na área de saúde física

A análise efectuada com base no modelo de pontuação do OARS, para a área de saúde física, é apresentada em Tabela 8 (Apêndice AII.8), e resulta do tratamento informático da informação recolhida, através do questionário, com base na relação entre variáveis e *scores* propostos pelos autores do instrumento original e adaptados para a versão portuguesa (Ferreira et al., 2006).

A classificação, e análise daí resultante, diferem da efectuada pelo entrevistador em vários aspectos, apresentando-se aqui uma breve apresentação dos resultados mais relevantes, deixando para o Capítulo 1, da Parte III (A subjectividade e a objectividade na avaliação global do indivíduo) uma análise, explicativa mais exaustiva, das diferenças encontradas.

Ao contrário do que se verificou na classificação e pontuação efectuada pelo entrevistador, surge aqui a indicação (p=0,011) de que existem diferenças de classificação na área de saúde física quando a análise se centra nos grupos etários.

Como se observa o modelo de pontuação OARS trabalha, também, com uma escala de seis pontos cujo significado geral é o mesmo que aquele utilizado pelo entrevistador, de "Excelente" saúde física a "Limitação total".

Com uma classificação de “Excelente” e “Boa” não foi pontuado nenhum indivíduo da amostra.

Com “Limitação pequena” são classificados 30,0% dos homens e 26,2% das mulheres, valores mais baixos do que aqueles encontrados na classificação efectuada pelo entrevistador.

A classificação de “Limitação moderada” é atribuída a 35,0% dos homens e a 41,0% das mulheres e a de “Limitação grave” apresenta valores percentuais iguais para ambos os sexos com 26,2%.

A “Limitação total” surge aqui com 8,8% e 6,6%, respectivamente para homens e mulheres.

De uma forma geral, e numa análise superficial, para os valores do total da amostra, a classificação segundo o modelo OARS, baixa aproximadamente um ponto na escala de classificação quando comparada com a pontuação atribuída pelo entrevistador. Afasta-se, também no mesmo sentido, da auto avaliação efectuada pelos inquiridos, em que estes classificam melhor a sua saúde física.

A diferença aqui verificada, na classificação entre grupos etários, deve-se a uma pior pontuação observada nos grupos etários 75-84 anos e 85 e mais anos, comparativamente à efectuada pelo entrevistador, tendo, aparentemente, o modelo OARS, uma análise em que não interferem os factores pessoais do inquirido e do entrevistador (maior subjectividade e menor valorização de incapacidades associadas, social e culturalmente).

Para o total da amostra as classificações obtidas na área de saúde física, pelo entrevistador com a pontuação de incapacidade funcional e pelo modelo OARS, são apresentadas na Tabela 9.

Tabela 9 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de saúde física

Classificações	Muito boa	Boa	Ligeiramente insatisfatória	Moderadamente insatisfatória	Fortemente insatisfatória	Totalmente insatisfatória
PIF	0,5%	15,8%	52,5%	23,8%	6,9%	0,5%
Modelo OARS	-	-	27,7%	38,6%	26,3%	7,4%

Em resumo, os resultados mais relevantes na área de saúde física são os seguintes:

Auto avaliação

- Não se observa diferença estatisticamente significativa, quer para o sexo em todos os grupos etários quer entre grupos etários.
- Com uma auto avaliação de "boa" saúde física, o grupo etário de 65-74 anos apresenta o valor mais elevado (26,3%), seguido do grupo etário de 75-84 anos (12,6%) e do de 85 e mais anos (4,2%).
- Quanto à comparação entre a situação actual e há cinco anos a classificação de "pior" é a que surge mais referida, independentemente do grupo etário ou sexo, apresentando no total da mostra 63,7% para os homens e 76,2% para as mulheres.

Pontuação de Incapacidade Funcional

- Do estudo comparativo, entre sexos, para cada um dos grupos etários e para o total da amostra, e entre grupos etários, não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa.
- A classificação de "Boa" saúde física foi atribuída, no total da amostra, a 25,0% dos homens e 9,8% das mulheres.
- Quanto à classificação de "Boa" saúde física o grupo etário de 85 e mais anos, apresentar o valor percentual mais elevado (25,0%), sendo assim classificados 33,3% dos homens e 22,2% das mulheres.
- Os valores percentuais mais elevados encontram-se para a classificação de saúde física "Ligeiramente insatisfatória" com que foram pontuados, no total da amostra, 41,2% dos homens e 59,8% das mulheres.
- O grupo etário 75-84 anos é o que apresenta aqui as pontuações mais elevadas com 58,3% para homens e 67,5% para mulheres.

Pontuação segundo o modelo OARS

- Existem diferenças de classificação na área de saúde física quando a análise se centra nos grupos etários.
- De uma forma geral, e numa sumária análise, para os valores do total da amostra, a classificação segundo o modelo OARS, baixa aproximadamente um ponto na escala de classificação quando comparada com a pontuação atribuída pelo entrevistador. Afasta-se, também no mesmo sentido, da auto avaliação efectuada pelos inquiridos, em que estes classificam melhor a sua saúde física.

5.2.2. Funcionalidade mental

Na área de saúde mental vamos centrar a nossa análise no número de erros no SPMSQ, na distribuição segundo a resposta de sentido negativo aos itens do SPES, na auto avaliação de saúde mental, na classificação segundo a PIF na área de saúde mental, e ainda, na classificação segundo o modelo OARS de pontuação na área de saúde mental.

Erros no SPMSQ

O SPMSQ encontra-se colocado no início do questionário, correspondendo às questões preliminares. Inclui as perguntas 1.1 a 1.10 que têm como objectivo determinar se o inquirido reúne, do ponto vista cognitivo, condições para que as suas respostas sejam consideradas válidas (Tabela 10, Apêndice AII.9). Aconselham os autores da versão original do questionário que quando se verificam mais de cinco erros, nestas dez perguntas, a informação não seja colhida do sujeito e que se recorra a um informante qualificado. Esta situação faz com que se perca toda a informação subjectiva que só o sujeito pode fornecer. Como foi referido aquando da apresentação do questionário, os seus utilizadores têm vindo a aconselhar menor rigidez neste ponto já que um elevado número de respostas incorrectas podem resultar de outros factores que não da incapacidade do inquirido, e só recorrer a informante se isso for imprescindível, ou associar a informação de inquirido e informante.

No presente estudo foram excluídos apenas 13 inquiridos (6,4% do total da amostra) tendo-se recorrido apenas nestes a um informante, apesar de, como se verificará, o número de inquiridos com mais de cinco erros ter sido superior.

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

Respostas aos itens do SPES

O SPES, como indicado em Tabela 11 (Apêndice AII.10), é composto por 15 perguntas (perguntas 34.1 a 34.15 do questionário). A sua apresentação, com a distribuição das respostas de sentido negativo, é efectuada agrupando as perguntas por dimensões conforme proposto pelos autores do instrumento original. O tratamento destes dados permite verificar da existência de sintomas psiquiátricos. Não propõe um diagnóstico, mas fornece indicações sobre a função mental, permitindo não apenas o conhecimento sobre o estado de uma população mas também, se pertinente, o encaminhamento do indivíduo para serviço especializado.

O modelo OARS de pontuação permite a transformação desta informação, sintetizando-a numa escala que classifica o indivíduo em função da existência de sintomas psiquiátricos, conforme apresentado em Tabela 12 (Apêndice AII.11). A pontuação varia desde sintomas psiquiátricos não significativos até sintomas psiquiátricos graves.

Da análise da Tabela 12 (Apêndice AII.11) verificamos que a existência de sintomas psiquiátricos não apresenta diferenças significativas, para o total da amostra quanto ao sexo, nem quanto ao grupo etário. Igualmente, dentro dos diversos grupos etários, não se observam diferenças significativas de classificação quanto ao sexo.

No total da amostra são classificados como não apresentando sintomas psiquiátricos significativos, 9,5% dos homens e 12,2% das mulheres; e com sintomas leves surgem 66,2% dos homens e 54,8% das mulheres. Com situações de maior incapacidade,

classificadas como de evidentes e graves, os dados apontam para a existência de 23,0% dos homens e 28,7% das mulheres com sintomas psiquiátricos evidentes e que 1,3% dos homens e 4,3 das mulheres apresentem sintomas graves.

Conforme já mencionámos no enquadramento teórico, as condições que envolvem a manutenção da saúde mental do idoso variam de acordo com os factores pessoais e ambientais, no entanto as alterações observadas, decorrentes do processo de envelhecimento, englobam, desde a disfunção cognitiva moderada até à demência, nos seus diferentes graus de severidade. Outra doença que se traduz como associada à velhice é a depressão.

Quanto à revisão da literatura referente à satisfação com a vida e saúde mental Boron, Willis e Schaie (2007) indicam que as mulheres idosas apresentam mais distúrbios no humor/disposição, no entanto nos homens idosos observaram-se maiores motivos para a apresentação de distúrbios depressivos. Segundo os mesmos autores, com o avançar da idade, em ambos os sexos, ocorre um aumento de sintomas de distúrbios de motivação, enquanto os sintomas de distúrbios de humor/disposição evidenciaram uma pequena diferença.

Ried e Planas (2002) ao investigar as diferenças entre os homens e as mulheres idosas com idades superiores ou iguais a 65 anos de idade, relativamente à idade, estado de saúde e presença de sintomas depressivos concluíram que com o envelhecimento tanto as mulheres como os homens referem respostas similares aquando da presença de sintomas depressivos. No entanto, as mulheres relatam em maior percentagem essas queixas relativamente aos homens. Assim, com o envelhecimento as mulheres reportaram-se a um declínio no seu estado de saúde, os seus sintomas depressivos aumentam significativamente mas a um nível mais baixo do que nos homens. Os autores salientam o facto de que apesar do risco de depressão ser, globalmente, mais elevado para as mulheres idosas, é também um assunto de particular relevância a ser referenciado relativamente aos homens que apresentam um agravamento súbito no seu estado de saúde.

Constata-se que as mulheres apresentam em maior número estados depressivos e que estes tendem a aumentar com o avançar da idade (Ambo et al., 2001). Outros estudos já tinham demonstrado que a depressão é mais comum nas mulheres (Macintyre, 1994; Murray Research Centre, 1994; Hybels, Blazer & Pieper, 2001; Minicuci, Maggi, Pavan, Enzi & Crepaldi, 2002; Ormel et al., 2002; Blazer, 2003). Uma possível explicação

sugerida para esta diferença de género poderá residir no facto das mulheres terem maior esperança de vida o que lhes atribui uma exposição maior a factores de risco.

Os resultados deste estudo relativamente à dimensão saúde mental no idoso sublinham aspectos já referidos por outros autores relativamente ao aparecimento de sinais que alertam para o despoletar de estados depressivos na crescente população idosa, e de outras incapacidades como as resultantes da demência. Neste sentido, a integração de serviços de saúde mental no âmbito dos cuidados de saúde primários é uma medida que deve ser posta em prática, especialmente quando fica patente em relatórios recentes as necessidades dos idosos com problemas desse foro (Burns et al., 2001; Puskar & Bernado, 2002; Cyr, 2007).

Auto avaliação de saúde mental

Para a auto avaliação de saúde mental apresentamos, em Tabela 13 (Apêndice AII.12), os dados referentes a duas perguntas. A que questiona sobre a avaliação da situação actual (pergunta 35) e a que propõe a comparação desta com a verificada há cinco anos (pergunta 36).

Da auto avaliação actual ressalta a inexistência de diferença, para o sexo, em todos os grupos etários. Já da comparação entre grupos etários, para o total da amostra, observamos significativa diferença (p=0,003) com 29,2% do grupo etário de 85 e mais anos a classificar a sua saúde mental actual de má. No grupo etário de 65-74 anos esta avaliação surge em 7,0% e no grupo 74-85 anos em 6,0% dos inquiridos. Para o total da amostra, entre sexos, observamos uma pior auto avaliação por parte das mulheres (p=0,032), com 53,3% a classificar de razoável a sua saúde mental actual (contra 42,5% dos homens) e de má 10,7% (contra 7,5 % dos homens).

A comparação da situação actual com a existente há cinco anos indica, em todos os grupos etários, uma percepção de agravamento. Se no grupo etário 65-74 anos 50,0% classificam de pior a sua situação actual, no grupo etário 75-84 anos esse valor passa para 70,3% e no de 85 e mais anos atinge os 75,0%, apresentando-se esta diferença na comparação como significativa (p=0,006) como resultado de uma percepção de agravamento mais notória entre os inquiridos dos grupos etários constituídos por indivíduos mais idosos. Já entre sexos, para o total da amostra, não se verificam diferenças significativas nesta avaliação.

Estes resultados podem ser importantes visto que na revisão da literatura damos conta de que quando questionados sobre o que realmente importa na qualidade de vida, as respostas são similares tanto para as mulheres idosas como para os homens idosos, no entanto as mulheres que relatavam existência de estados depressivos apresentavam uma satisfação menor assim como os homens que se apresentavam viúvos (Berg, Hassing, McClearn & Johansson, 2006).

Outra dimensão relaciona-se com o facto particularmente motivador, nos idosos, do sentimento de se sentir útil para os outros referindo este componente como importante para a manutenção do envelhecimento saudável (Ficher, 1995). Neste sentido, Gruenewald, Karlamangla, Greendale, Singre e Seeman (2007) desenvolveram um estudo sobre esta temática e concluíram que os idosos que raramente se sentiam úteis para a família e amigos evidenciavam um aumento na incapacidade e dificuldade na realização de actividades de vida diária, sugerindo estes dados que o sentimento de utilidade poderá mudar a trajectória da saúde dos idosos funcionando como um reforço positivo. No estudo realizado por Krause (2007) evidenciou-se que o suporte antecipatório, isto é saber que contar com a ajuda de terceiros quando necessária, está associado a um maior sentido de controlo ao longo do tempo, especialmente nos idosos com idade superior a 75 anos. No nosso estudo constata-se que os idosos em geral não se sentem satisfeitos com a sua vida, estando esta mais acentuda nas mulheres.

Pontuação de incapacidade funcional (PIF) na área de saúde mental

A pontuação de incapacidade funcional na área de saúde mental (p.99 do questionário) é efectuada pelo entrevistador classificando o indivíduo numa escala que vai de saúde mental “Muito boa” a “Totalmente insatisfatória”.

Na Tabela 14 (Apêndice AII.13) são apresentados os dados resultantes dessa classificação.

Ressalta desses resultados uma diferente classificação ($p<0,001$) para os diversos grupos etários. Se no grupo etário 65-74 anos os classificados com boa e ligeiramente insatisfatória saúde mental é de, respectivamente, 41,2% e 39,5%, esses valores no grupo etário 75-84 anos passam para 29,7% e 48,8% e para 8,3% e 33,3% no grupo de 85 e mais anos. A diferença entre sexos, nos diversos grupos etários, apenas se verifica no grupo de 65-74 anos ($p=0,001$) sendo as mulheres pior classificadas. A classificação efectuada pelo entrevistador apresenta também diferença para o sexo ($p<0,001$), quando

se analisa o total da amostra, sendo as mulheres pior classificadas. Mantendo a referência anterior, de boa e ligeiramente insatisfatória saúde mental, os homens apresentam 46,3% e 30,0%, respectivamente, contra os 25,4% e 49,2% nas mulheres.

Pontuação segundo o modelo OARS na área de saúde mental

A pontuação segundo o modelo OARS (Tabela 15, Apêndice AII.14) apresenta algumas diferenças face à classificação efectuada pelo entrevistador.

Não classifica nenhum dos inquiridos com excelente saúde mental, e com saúde mental boa, classifica, no total da amostra 5,0% dos homens e 4,1% das mulheres. Por grupos etários, são classificados com boa saúde mental 6,0% dos homens e 4,7% das mulheres no grupo de 65-74 anos, 4,2 % dos homens e 5,0% das mulheres do grupo 74-85 anos e nenhum dos elementos do grupo de 85 e mais anos.

Com limitação pequena são classificados, no total da amostra, 58,7% dos homens e 41,8% das mulheres. Por grupos etários e para o total, o grupo de 65-74 anos apresenta com esta classificação 50,9% dos seus elementos (60,0% dos homens e 43,7% das mulheres) e o grupo de 75-84 anos, 51,6% (66,75 dos homens e 42,5 % das mulheres). No grupo de 85 e mais anos os valores são mais baixos, com 29,2% do total de elementos deste grupo, repartido por 16,7% das mulheres e 33,3% dos homens.

A classificação com limitação moderada apresenta, para o total, valores próximos em todos os grupos etários. No grupo 65-74 anos 36,0% (28,0% dos homens e 42,2% das mulheres), no grupo 75-84 anos 37,5% (25,0% dos homens e 45,0% das mulheres) e no grupo de 85 e mais anos 37,5% (33,3% dos homens e 38,9% das mulheres).

Classificados com limitação grave ou total, temos no total da amostra 8,8% dos homens e 11,5% das mulheres. O grupo 65-74 anos com 7,9%, e o grupo 74-85 anos com 6,2% do total, obtêm valores abaixo daqueles encontrados no grupo de 85 e mais anos que apresenta no total do grupo, com esta classificação 33,3% dos seus elementos (50,0% dos homens e 27,85 das mulheres).

Nos três grupos etários não se observam diferenças de classificação quanto ao sexo, o mesmo não se verificando quando comparamos o total da amostra já que aí a diferença é significativa (p=0,026), com as mulheres a ser piores classificadas. Para os grupos etários a diferença de classificação também é significativa com o grupo etário de 85 e mais anos a apresentar pior classificação.

A classificação que foi atribuída através do modelo OARS no que diz respeito à área de saúde mental reporta-nos para a abordagem do declínio cognitivo, percepção de perda de memória, salientando que se observou, à semelhança de outros estudos, a diferença entre género, sendo estas agravadas para o sexo feminino.

Constata-se que com o avançar da idade surge a probabilidade de perda de memória. Na sua forma mais moderada, é caracterizada pela auto percepção de perda de memória e em testes de memória pelo declínio na execução de actividades que requerem a memória objectiva em comparação com adultos jovens. Cerca de 40% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos apresentam perda de memória associada à idade (Small, 2002).

A disfunção cognitiva moderada representa a forma mais severa de perda de memória, sendo definida por um défice de memória significativo sem disfunções funcionais. Isto é, os idosos com esta disfunção mantêm-se independentes na realização das suas actividades de vida diárias. Cerca de 10% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos têm disfunção cognitiva moderada, e destes cerca de 15% desenvolvem uma demência de Alzeimer (Small, 2002).

A diferença entre sexos na função cognitiva, nos idosos mais velhos, relacionada com o grau de instrução, estudado por van Exel et al. (2001), indica que as mulheres apresentavam uma melhor função cognitiva do que os homens, independentemente do seu grau de instrução ser mais baixo. Este estudo suporta a ideia de que diferenças biológicas, como a presença de arteriosclerose, entre mulheres e homens poderão contar para a diferença entre sexos no declínio cognitivo.

Desta forma, sublinhamos a questão da compreensão da saúde mental no idoso, que terá de atender ao percurso feito pelo indivíduo ao longo da vida, e tal como o envelhecimento, deverá ser entendida como um processo de ordem física, psicológica e social, em que múltiplos factores intervêm (Silva, 2005).

Para o total da amostra as classificações obtidas na área de saúde mental, pelo entrevistador com a pontuação de incapacidade funcional e pelo modelo OARS, são apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de saúde mental

Classificações	Muito boa	Boa	Ligeiramente insatisfatória	Moderadamente insatisfatória	Fortemente insatisfatória	Totalmente insatisfatória
PIF	4,0%	33,7	41,6	13,3	5,4	2,0
Modelo OARS	-	4,5	48,5	36,6	10,4	

Em resumo, os resultados mais relevantes na área de saúde mental são os seguintes:

Auto avaliação

- Da auto avaliação actual ressalta a inexistência de diferença, para o sexo, em todos os grupos etários.
- Para o total da amostra, entre sexos, observamos uma pior auto avaliação por parte das mulheres.
- A comparação da situação actual com a existente há cinco anos indica uma percepção de agravamento mais notória entre os inquiridos dos grupos etários constituídos por indivíduos mais idosos.

Pontuação de Incapacidade Funcional

- Da pontuação de incapacidade funcional na área de saúde mental ressalta uma diferente classificação ($p<0,001$) para os diversos grupos etários, com um acentuar do nível de insatisfação à medida que os idosos progridem no grupo etário.
- A classificação efectuada pelo entrevistador apresenta também diferença para o sexo ($p<0,001$), quando se analisa o total da amostra, sendo as mulheres pior classificadas relativamente aos homens.

Pontuação segundo o modelo OARS

- A pontuação segundo o modelo OARS não classifica nenhum dos inquiridos com excelente saúde mental, e com saúde mental boa, classifica, no total da amostra 5,0% dos homens e 4,1% das mulheres.
- Com limitação pequena são classificados, no total da amostra, 58,7% dos homens e 41,8% das mulheres.
- A classificação com limitação moderada apresenta, para o total, valores próximos em todos os grupos etários.
- Classificados com limitação grave ou total, temos no total da amostra 8,8% dos homens e 11,5% das mulheres.
- Nos três grupos etários não se observam diferenças de classificação quanto ao sexo, o mesmo não se verificando quando comparamos o total da amostra já que aí a diferença é significativa (p=0,026), com as mulheres a ser piores classificadas.

5.2.3. Actividades de vida diária

Na área de actividades de vida diária (AVD) os dados apresentados centram-se na capacidade para realizar as AVD instrumentais e físicas sem ajuda, na existência de incontinência, na classificação segundo a PIF na área de AVD e ainda a classificação efectuada nesta área pelo modelo de pontuação do OARS.

Actividades de vida diária instrumentais

As actividades de vida diária instrumentais incluem o uso do telefone, uso de transporte, efectuar compras, preparar refeições, fazer as tarefas da casa, tomar os medicamentos e administrar o dinheiro.

Na apresentação dos resultados, Tabela 17 (Apêndice AII.15), centramo-nos apenas na capacidade de realizar cada uma das actividades referidas sem qualquer tipo de ajuda.

No entanto, na colheita de dados os indivíduos são classificados (perguntas 56 a 62), quanto à capacidade de realizar as AVD (sem qualquer tipo de ajuda, com alguma ajuda e com incapacidade total para a sua realização).

Em todas as actividades se verificam diferenças significativas de classificação, entre os grupos etários ($p<0,001$). Em todas as actividades a capacidade de realização das actividades, sem ajuda, é mais elevada no grupo de 65-74 anos. Essa capacidade é menor no grupo de 75-84 anos (relativamente ao grupo anterior), apresentando o grupo etário de 85 e mais anos os mais baixos valores para a capacidade de realização sem ajuda das actividades de vida diária instrumentais.

A capacidade para usar o telefone verifica-se, no total da amostra, para 70,0% dos homens e 27,9% das mulheres. No grupo etário 65-74 anos 56,1% dos seus elementos (78,0% dos homens e 39,1% das mulheres) são capazes de usar o telefone, diferença que se mostra significativa ($p<0,001$) quanto ao sexo. No grupo de 74-85 anos o valor é de 34,4% (58,3% dos homens e 20,0% das mulheres) mantendo-se esta diferença significativa quanto ao sexo ($p=0,005$). No grupo de 85 e mais anos encontramos o valor mais baixo de capacidade para o uso do telefone com 16,7% (50,0% dos homens e 5,6% das mulheres) apresentando-se esta diferença não significativa relativamente ao sexo.

O uso de transporte sem ajuda é possível, no total da amostra, para 80,0% dos homens e 55,7% das mulheres ($p=0,001$). Para o total do grupo de 65-74 anos (78,9%) e para o grupo de 74-85 anos (60,9%) não se observa diferença significativa, apesar de nos dois casos o valor para as mulheres ser inferior. No grupo de 85 e mais anos 12,5% de indivíduos são capazes de usar transporte sem ajuda, mas para este valor apenas contribuem os homens (50,0% apresentam capacidade de realização), já que nenhuma das mulheres deste grupo é capaz de usar transporte sem ajuda.

Fazer compras sem ajuda é possível para 67,5% dos homens e 56,6% das mulheres no total da amostra, diferença sem significado estatístico. Idêntica situação se verifica em todos os grupos etários, onde os valores de capacidade para a realização de compras nos homens e mulheres são próximos. Para os diferentes grupos etários essa possibilidade apresenta valores distintos, com 78,1% dos indivíduos no grupo de 65-74 anos, 51,6% no grupo 75-84 anos e 4,2% no grupo de 85 e mais anos (sendo que neste grupo etário não se observou qualquer mulher capaz de realizar compras sem ajuda).

A preparação de refeições apresenta uma diferente capacidade de realização ($p<0,001$), quanto ao sexo, para o total da amostra. Assim 30,0% dos homens refere ser capaz de preparar as suas refeições, enquanto 74,6% das mulheres o faz. Com capacidade para a

realização desta AVD são 67,5% dos indivíduos com 65-74 anos (40,0% dos homens e 89,1% das mulheres com p<0,001) e 50,0% dos indivíduos com 75-84 anos (12,5% dos homens e 72,5% das mulheres com p<0,001). Para o grupo de 85 e mais anos a diferença entre sexos não é significativa, apresentando 25,0% dos elementos deste grupo a capacidade de preparar sem ajuda as suas refeições.

No total da amostra fazer as tarefas da casa sem ajuda é possível, para 25,0% dos homens e 48,4% das mulheres (p=0,006). Os três grupos etários apresentam situações distintas. Assim, 55,3% dos casos (34,0% dos homens e 71,9% das mulheres com p<0,001) no grupo de 65-74 anos tem capacidade de realização desta tarefa, já no grupo de 75-84 anos só 20,3% (8,3% dos homens e 27,5% das mulheres com p=0,027) a têm. O grupo etário de 85 e mais anos apresenta os valores mais baixos de capacidade para a realização desta actividade com 12,5% do total e sem diferenças entre sexos.

A toma de medicamentos é a AVD em que há maior número de idosos capazes de a realizar sem ajuda. No total da amostra 86,3% dos homens e 81,1% das mulheres não necessitam de qualquer ajuda para a toma da sua medicação, não existindo, nem aqui nem em qualquer grupo etário, diferença entre sexos para a capacidade de realização desta actividade. No grupo etário de 65-74 anos 90,4% dos idosos não necessitam de ajuda, o mesmo se verificando em 85,9% dos indivíduos com 75-84 anos e em 41,7% daqueles com idade igual ou superior 85 anos.

Para o total da amostra, na capacidade para administrar o dinheiro, há diferença significativa quanto ao sexo (p<0,001) com 78,8% dos homens e 44,3% das mulheres a referirem não necessitar de ajuda. No grupo 65-74 anos, 68,4% (86,0% dos homens e 54,7% das mulheres, p=0,001) e no grupo 75-84 anos, 51,6% (70,8% dos homens e 40,0% das mulheres, p=0,041), são capazes de administrar o seu dinheiro. No grupo de 85 e mais anos, não se verificam diferenças quanto ao sexo e a capacidade de realização desta actividade mantém-se em 25,0% dos casos.

De acordo com o mencionado no enquadramento teórico as alterações e défices causados pela diminuição na cognição implicam diminuição e/ou perdas nas capacidades funcionais interferindo de forma significativa na realização das denominadas actividades de vida diária (AVD), ocorrendo assim um declínio funcional. As AVDs são actividades desenvolvidas no dia-a-dia relacionadas com o auto-cuidado e com a participação social, e podem ser subdivididas em actividades de vida diária física (AVDf) e actividades de vida diária instrumentais (AVDi).

Os resultados deste estudo convergem com os resultados de outros estudos descritos anteriormente. Assim, a dificuldade no desempenho de certas actividades da vida diária ocorre primeiramente em relação às AVDi, que são mais complexas, incluindo o uso de telefone, limpeza da casa, uso de transporte, lidar com finanças, fazer compras. As perdas relativas às AVDf surgem na maioria das vezes após as perdas das AVDi, sendo estas actividades as relacionadas com os cuidados pessoais básicos e que são fundamentais para garantir independência, tais como cuidados de higiene pessoal, vestir-se e despir-se e alimentar-se (Gama et al., 2000; Saliba, Orlando, Wenger, Hays & Rubenstein, 2000; Desai, Lentzner & Weeks, 2001; Nourhashémi et al., 2001; Bell-McGinty et al., 2002; Gill, Allore & Han, 2006; Kelley-Moore, Schumacher, Kahana & Kahana, 2006; Oliveira, 2006).

Actividades de vida diária físicas

As actividades de vida diária físicas incluem a capacidade para comer, vestir e despir, cuidar da aparência, andar, levantar e deitar na cama e tomar banho ou duche.

Na apresentação dos resultados, Tabela 18 (Apêndice AII.16), centramo-nos apenas na capacidade de realizar cada uma das actividades referidas sem qualquer tipo de ajuda. No entanto, na colheita de dados os indivíduos são classificados (perguntas 63 a 68), quanto à capacidade de realizar as AVD, sem qualquer tipo de ajuda, com alguma ajuda e totalmente incapazes para sozinhos as realizarem, como já havíamos referido para as actividades de vida diária instrumentais.

Também aqui se verificam diferenças na realização de todas estas actividades quando comparamos os diferentes grupos etários, variando de $p=0,001$ para vestir e despir e cuidar da aparência, a $p<0,001$ para todas as restantes.

Quanto ao sexo, o dado mais relevante é o facto de, para o total da amostra e nos três grupos etários, não se verificar nunca, a existência de valores com diferença estatisticamente significativa.

Relativamente à capacidade para comer, 91,3% dos homens e 93,4 % das mulheres, no total da amostra, fazem-no sem ajuda. Na análise por grupo etário verifica-se que 94,7% do grupo 65-74 anos, 96,9% dos de 75-84 anos e 70,8% dos com 85 ou mais anos, não necessita de ajuda para se alimentar. Nas AVD físicas, comer, é a que apresenta maior número de idosos com capacidade de realização da tarefa sem ajuda.

Para vestir e despir 90,0% dos homens e 86,9% das mulheres, no total da amostra, não necessitam de ajuda. Por grupos etários a capacidade para a sua realização é de 90,4%, 92,2 e 66,7%, respectivamente para o grupo etário 65-74 anos, 75-84 anos e de 85 e mais anos.

Cuidar da sua aparência sem ajuda é possível para 90,0% dos homens e 88,5% das mulheres, no total da amostra. São os grupos etários de 65-74 anos (92,1%) e 75-84 anos (92,2%) que apresentam valores próximos, enquanto no grupo de 85 e mais anos já há menos pessoas que são capazes de cuidar da sua aparência sem ajuda (66,7%).

A capacidade para andar sem ajuda, está presente em 92,5% dos homens e 89,3% das mulheres. São os grupos etários mais jovens, 65-74 anos (93,0%) e 75-84 anos (95,3%) que apresentam maior percentagem, com valores próximos, enquanto no grupo de 85 e mais anos a percentagem de idosos (66,7%) é bastante menor.

A maior parte dos idosos (91,3% dos homens e 86,9% das mulheres), é capaz de levantar e deitar na cama sem ajuda. Por grupo etário há uma percentagem elevada nos grupos etários mais jovens que é capaz de realizar esta actividade (92,1% no grupo etário de 65-74 anos, 92,2% no grupo etário de 75-84 anos). Já no grupo de 85 e mais anos a percentagem é bastante menor (62,5%).

Tomar banho ou duche é, neste grupo de actividades, aquela que apresenta percentagens mais baixas de idosos com capacidade para realizar esta actividade. Assim, apenas 86,3% dos homens e 77,9% das mulheres são capazes de tomar banho ou duche sem ajuda. Por grupos etários, observamos que a percentagem diminui do grupo mais jovem para o mais velho (o grupo etário de 65-74 anos apresenta 88,6%, o grupo etário 75-84 anos 78,1% e o grupo etário de 85 e mais anos, 54,2%).

Dos resultados apresentados verificamos que de todas as actividades de vida diária físicas, tomar banho ou duche é aquela que apresenta menor percentagem de idosos capazes de realizar esta tarefa sem ajuda.

O diferente comportamento, entre o conjunto das actividades de vida diária físicas, e a capacidade para tomar banho ou duche sem ajuda, pode ficar a dever-se à barreira que muitas vezes representa a banheira e a maior exigência de controlo psicomotor que esta actividade exige. No entanto, pode não ser de excluir a possibilidade da dificuldade resultar de, ao contrário das outras actividades, esta ter tido uma aprendizagem e um contacto com os materiais necessários a um bom desempenho, já em idade avançada de que resultaria uma dificuldade acrescida. Já em estudo anterior, Ferreira et al. (2006),

a partir da análise factorial para as actividades de vida diária, com base nos dados obtidos na população idosa portuguesa com a utilização do OARS, indicam que tomar banho ou duche deveria ser agregada às actividades de vida diária instrumentais.

Independentemente da justificação para um diferente comportamento desta variável, as dificuldades acrescidas de realização apontam para a necessidade de ajustar as condições ambientais, instrumentais e de segurança que permitam potenciar a sua realização por maior número de idosos.

Os nossos resultados são similares aos de Lee (2000), de onde se salientou a partir de análise multivariada que os idosos que avaliaram como menos favoráveis a sua capacidade física para se auto cuidarem e a actividade física, eram aqueles que experienciavam piores resultados de saúde. Em termos de diferenciação por género constatou-se que a avaliação pobre da saúde no global afectava mais os homens. A capacidade para se auto cuidar foi observada como preditiva só para as mulheres, enquanto esta foi relacionada com a mortalidade nos homens.

A diminuição na capacidade para o auto cuidado, que por sua vez dificulta a realização das actividades diárias, revelou uma correlação negativa mais elevada com a qualidade de vida do que a presença de doenças crónicas, diferenciando-se de acordo com o género. Assim, nos homens a necessidade de ajuda residia na preparação de refeições e em actividades de tarefas domésticas como arrumar e limpar a casa, enquanto nas mulheres as necessidades situavam-se na ajuda na mobilidade, como por exemplo, na deslocação a espaços distantes de casa e fazer compras (Avlund, Era, Davidsen & Gause-Nilsson, 1996; Bowling & Windsor, 2001; Thumboo et al., 2003; Bowling, 2005; Borg et al., 2005; Coppin et al., 2006).

Incontinência

A existência de incontinência é avaliada questionando os inquiridos (pergunta 69) sobre se têm tido problemas em *chegar à casa de banho a tempo* (Tabela 19, Apêndice AII.17).

Para o total da amostra, 17,6% dos homens e 30,4% das mulheres referem que, durante o dia ou noite, se *molham ou sujam*, mostrando-se a diferença entre géneros significativa (p=0,040).

Nos diversos grupos etários a diferença entre sexos não é significativa. No grupo etário 65-74 anos 28,3% dos inquiridos apresentam algum tipo de incontinência, enquanto no grupo de 75-84 anos esse valor é de 19,4%. No grupo etário de 85 e mais anos encontramos o valor mais elevado, com 62,5% (50,0% dos homens e 66,7% das mulheres). Na análise entre grupos etários encontramos diferença com significado estatístico ($p<0,001$) distinguindo-se claramente os de idade igual ou superior a 85 anos como aqueles entre os quais mais frequentemente surgem situações de incontinência.

O facto de o grupo etário mais jovem ter maior percentagem do que o grupo intermédio talvez se deva à maior mobilidade neste grupo e a incontinência de esforço ser mais frequente. Nos mais idosos é a incontinência mista a mais frequente.

A incontinência urinária é um problema de saúde comum para as mulheres e homens idosos que vivem na comunidade e pode ter repercussões negativas nas suas vidas, sendo a sua prevalência dependente do factor idade e sexo, com maiores valores percentuais para as mulheres (Stoddart, Donovan, Whitley, Sharp & Harvey, 2001).

Estes autores argumentam que a questão da incontinência urinária ainda é considerada um tabu em termos sociais sendo que muitos idosos a apresentam e não a referenciam nem utilizam os serviços de saúde para os ajudar, este aspecto é mais comum para os homens idosos. As mulheres protegem-se mais no caso das perdas de urina, sendo habitual a utilização de pensos absorventes.

A sensibilização em termos de saúde pública deve ser encorajada promovendo campanhas de prevenção e tratamento da incontinência urinária na população idosa (Stoddart et al., 2001).

Os nossos dados vão ao encontro, e reforçam, a atenção dada na literatura ao facto da incontinência urinária no idoso ser um problema de saúde que muitas vezes leva à necessidade de admissão nos lares de terceira idade. Morrison e Levy (2006) fizeram uma extrapolação da população dos E.U.A. para o ano 2000 e sugeriram um custo anual relacionado com a admissão a instituições acima referidas de cerca de 6,0 biliões de dólares (3,0 biliões para cada grupo de homens e mulheres idosos).

Pontuação de incapacidade funcional (PIF) na área de actividades de vida diária

A pontuação de incapacidade funcional na área de AVD resulta da avaliação efectuada pelo entrevistador com base nos critérios de classificação apresentados na pergunta 101 (Tabela 20, Apêndice AII.18).

Da avaliação efectuada pelo entrevistador resulta que a pontuação nos diversos grupos etários apresenta diferença ($p<0,001$).

Para o total da amostra, não se verifica diferença, para o sexo, com significado estatístico. A pontuação de muito boa e boa capacidade, para o desempenho das AVD, apresenta valores percentuais próximos, respectivamente de 5,0% e 21,2% para os homens e 2,5% e 17,2% para as mulheres. Também aproximados são os valores de pontuação de fortemente insatisfatória e totalmente insatisfatória capacidade de desempenho das AVD com valores de 8,8% e 3,8% para os homens e 9,8% e 4,9% para as mulheres. Apenas nas pontuações de ligeiramente insatisfatória e moderadamente insatisfatória capacidade se observam valores mais elevados para as mulheres (48,4% e 17,2% contra 21,2% e 40,0% dos homens respectivamente).

No grupo etário de 65-74 anos a pontuação efectuada não apresenta diferença para o sexo. É o grupo etário com maior pontuação de muito boa (6,2%) e boa (29,8%) capacidade para as AVD. Com pontuação de ligeiramente e moderadamente insatisfatória capacidade surgem pontuados 37,7% e 16,7%, respectivamente, dos indivíduos deste grupo etário, restando para fortemente e totalmente insatisfatória capacidade 7,0% e 2,6% das pontuações.

O grupo etário de 75-84 anos não apresenta qualquer elemento pontuado com muito boa, nem com totalmente insatisfatória, capacidade para o desempenho das AVD. A diferença de pontuação, quanto ao sexo, apresenta diferenças ($p=0,008$), apresentando os homens piores pontuações. As maiores diferenças percentuais verificam-se nas pontuações de ligeiramente insatisfatória, 42,2% do total, (16,7% para os homens e 57,5% para as mulheres) e moderadamente insatisfatória capacidade de desempenho, 45,3% do total, (66,6% para os homens e 32,5% para as mulheres). Com pontuação de boa capacidade surgem 3,1% (4,2% dos homens e 3,1% das mulheres) e 9,4% são pontuados com fortemente insatisfatória capacidade (12,5% dos homens e 7,5% das mulheres).

No grupo etário de 85 e mais anos não se verifica diferença de pontuação quanto ao sexo. Não foi pontuado com muito boa capacidade nenhum elemento deste grupo etário. Com boa capacidade de desempenho encontramos 8,4% dos elementos deste grupo

(16,7% dos homens e 5,6% das mulheres). As pontuações cujo valor percentual se afasta das obtidas pelos outros grupos etários são as de fortemente e totalmente insatisfatória capacidade de desempenho das AVD. Com fortemente insatisfatória capacidade são pontuados 20,8% (16,7% dos homens e 22,2% das mulheres) e com totalmente insatisfatória capacidade 25,0% (16,7% dos homens e 27,8% das mulheres).

A pontuação de incapacidade funcional na área de actividades de vida diária remete-nos para a avaliação da capacidade funcional/autonomia funcional ou competência funcional e avaliação de fragilidade/vulnerabilidade que inclui a avaliação das capacidades do indivíduo em realizar as várias actividades de vida diária, as actividades instrumentais de vida diária e actividades relacionadas com a mobilidade (WHO, 2002).

Deste modo, esta avaliação constata que a satisfação com a qualidade de vida em idosos com reduzida capacidade para se auto cuidar é determinada por diversos factores, com aspectos sociais, físicos, mentais e financeiros que interagem entre si, em especial os sentimentos de solidão, degradação da capacidade para se auto-cuidar, pobre saúde em geral, sentimentos de preocupação e baixos recursos financeiros em relação às suas necessidades (Borg et al., 2006). Por sua vez, a capacidade para a realização de actividades físicas de vida diária de forma autónoma é um factor importante associado ao auto relato do estado de saúde entre as pessoas idosas (Leinonen, Heikkinen & Jylhä, 1999a, 1999b).

Neste contexto, a compreensão do processo de declínio funcional de Hébert (1997) assente na noção do comprometimento da autonomia pela incapacidade que resulta da vulnerabilidade do processo de envelhecimento do indivíduo, quer a nível fisiológico quer a nível psicológico, e consequentes disfunções permite uma avaliação geriátrica compreensiva que integre uma variedade de intervenções com a finalidade de prevenir, adiar ou compensar o processo de declínio funcional que se repercute na autonomia funcional do indivíduo idoso nomeadamente na realização das suas actividades de vida diárias.

Pontuação segundo o modelo OARS na área de actividades de vida diária

A pontuação segundo o modelo OARS para a área de actividades de vida diária (Tabela 21, Apêndice AII.19) apresenta diferenças face à efectuada pelo entrevistador. No entanto, alguns aspectos globais mantêm-se. Para o total da amostra não se verifica diferença, quanto ao sexo, e apenas no grupo etário de 75-84 anos a pontuação para

homens e mulheres apresenta diferença estatística, tal como verificado na pontuação atribuída pelo entrevistador, e também aqui se observa diferença de pontuação quanto ao grupo etário.

O que se apresenta de modo distinto, em relação ao entrevistador, é a forma como os elementos da amostra se distribuem nas diversas pontuações.

Numa imagem simples diríamos que o modelo de pontuação OARS reforça, em relação ao efectuado pelo entrevistador, uma melhor pontuação no grupo etário de 65-74 anos, uma pior pontuação do grupo etário de 85 e mais anos, ao mesmo tempo que no grupo etário de 75-84 anos distribui os seus elementos por todas as possibilidades de pontuação (ao contrário do entrevistador que não pontuou qualquer elemento com muito boa nem com totalmente insatisfatória capacidade de desempenho).

Assim, para o total da amostra, surgem com excelente ou boa capacidade 25,0% dos homens e 16,4% das mulheres, valores aproximados aos atribuídos pelo entrevistador (26,2% e 19,7%, respectivamente, correspondendo à soma de muito boa e boa capacidade).

Para o total da amostra as classificações obtidas na área de actividades de vida diária, pelo entrevistador com a pontuação de incapacidade funcional e pelo modelo OARS, são apresentadas na Tabela 22.

Tabela 22 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de actividades de vida diária

Classificações	Muito boa	Boa	Ligeiramente insatisfatória	Moderadamente insatisfatória	Fortemente insatisfatória	Totalmente insatisfatória
PIF	3,5%	18,8%	37,6%	26,2%	9,4%	4,5%
Modelo OARS	19,8%		29,2%	33,2%	4,9%	12,9%

Em resumo, os resultados mais relevantes na área de actividades de vida diárias são os seguintes:

Auto avaliação

AVDi

- Em todas as actividades se verificam diferenças significativas de classificação, entre os grupos etários (p<0,001). O grupo etário de 85 e mais anos apresenta os mais baixos valores para a capacidade de realização sem ajuda das actividades de vida diária instrumentais.

- Para o total da amostra, na capacidade para administrar o dinheiro, na capacidade para usar o telefone, no uso de transporte e no fazer as compras sem ajuda há diferença significativa quanto ao sexo apresentando os homens melhor nível de autonomia relativamente às mulheres.

- Quanto à preparação de refeições esta apresenta uma diferente capacidade de realização (p<0,001), quanto ao sexo, para o total da amostra, assim como em fazer as tarefas da casa sem ajuda, apresentando as mulheres pontuações mais elevadas.

AVDf

- As actividades de vida diária físicas incluem a capacidade para comer, vestir e despir, cuidar da aparência, andar, levantar e deitar na cama e tomar banho ou duche. Verificaram-se diferenças na realização de todas estas actividades quando comparamos os diferentes grupos etários.

- Dos resultados apresentados verificamos que de todas as actividades de vida diária físicas, tomar banho ou duche é aquela que apresenta menor percentagem de idosos capazes de realizar esta tarefa sem ajuda.

Pontuação de Incapacidade Funcional

- Para o total da amostra, não se verifica diferença, para o sexo, com significado estatístico.

- A pontuação de muito boa e boa capacidade, para o desempenho das AVD, apresenta valores percentuais próximos, respectivamente de 5,0% e 21,2% para os homens e 2,5% e 17,2% para as mulheres.

- Observam-se valores mais elevados de pontuações de ligeiramente insatisfatória e moderadamente insatisfatória capacidade nas mulheres.

- No grupo etário de 65-74 anos a pontuação efectuada não apresenta diferença para o sexo. É o grupo etário com maior pontuação de muito boa (6,2%) e boa (29,8%) capacidade para as AVD.

- O grupo etário de 75-84 anos não apresenta qualquer elemento pontuado com muito boa, nem com totalmente insatisfatória, capacidade para o desempenho das AVD.

Pontuação segundo o modelo OARS

- A pontuação segundo o modelo OARS para a área de actividades de vida diária para o total da amostra não se verifica diferença, quanto ao sexo, e apenas no grupo etário de 75-84 anos a pontuação para homens e mulheres apresenta diferença estatística, tal como verificado na pontuação atribuída pelo entrevistador, e também aqui se observa diferença de pontuação quanto ao grupo etário.

- O modelo de pontuação OARS reforça, em relação ao efectuado pelo entrevistador, uma melhor pontuação no grupo etário de 65-74 anos, uma pior pontuação do grupo etário de 85 e mais anos, ao mesmo tempo que no grupo etário de 75-84 anos distribui os seus elementos por todas as possibilidades de pontuação.

5.3. AVALIAÇÃO FUNCIONAL DO INDIVÍDUO INTEGRADO NO SEU MEIO

A avaliação do indivíduo integrado no seu meio corresponde ao estudo das áreas funcionais de recursos sociais e recursos económicos.

5.3.1. Recursos sociais

Na área de recursos sociais são apresentados dados referentes: à(s) pessoa(s) com quem vive, à auto avaliação de recursos sociais, à pessoa disponível para a prestação de ajuda em caso de doença ou incapacidade, à PIF na área de recursos sociais e à pontuação segundo o modelo OARS.

Pessoas com quem vive

As respostas à questão sobre a(s) pessoa(s) com quem vive distribuíram-se por: vive sozinho, com o cônjuge, filhos, netos, pais ou sogros, irmãos, outros familiares e outros não familiares (Tabela 23, Apêndice AII.20).

Para o total da amostra, 83,8% dos homens e 55,0% das mulheres vivem com o cônjuge. Estes valores podem ser devidos a uma situação de menor longevidade entre os homens e consequente maior viuvez entre as mulheres, contribuindo para o facto de encontrarmos a viver sozinhos mais mulheres que homens (20,5% das mulheres e apenas 6,3% dos homens). O cônjuge apresenta-se como a situação mais frequente de coabitação e o elemento mais importante no apoio informal.

Esta constatação é reforçada ao verificarmos que os valores percentuais de idosos a residir com os filhos apresentam, para o sexo, valores próximos, com 32,5% para os homens e 37,7% para as mulheres.

Todas as outras situações de coabitação apresentam valores baixos.

Destes resultados parece ressaltar uma situação mais penalizadora para as mulheres dado que é entre elas que se encontram mais pessoas a viver sozinhas.

Para os diferentes grupos etários mantém-se como as mesmas situações já referidas de coabitação: o residir com o cônjuge, sozinho ou com filhos.

No grupo etário 65-74 anos residem com o cônjuge 79,0% dos inquiridos, sendo que entre os homens o valor atinge os 94,0% e nas mulheres 67,2%. Vivem sozinhos apenas 0,4% dos homens subindo para 17,2% as mulheres na mesma situação (11,4% do total). A viver com os filhos encontramos um valor mais elevado para as mulheres, com 34,4%, e de 28,0% para os homens.

No grupo etário de 75-84 anos observamos um maior valor percentual (21,9% do total) das situações em que o idoso reside sozinho, relativamente ao grupo anterior, apresentando-se neste 8,3% dos homens e 30,0% das mulheres. A residir com o cônjuge encontramos 70,8% dos homens e 47,5% das mulheres (56,3% do total). A residir com os filhos a situação, em relação ao sexo, é inversa em relação aos dois outros grupos etários, já que neste são os homens, com 41,7% dos casos contra 25,0% das mulheres, aqueles que mais residem com os filhos (31,3% no total deste grupo etário). Indiciam, estes dados, uma situação de aparente maior necessidade de apoio informal por parte dos homens neste grupo etário, provávelmente resultante de maior incapacidade funcional e cultural a que o cônjuge já não terá possibilidade de dar resposta.

No grupo etário de 85 e mais anos, mantém-se a situação, já verificada nos anteriores grupos etários, de um mais elevado valor percentual de homens a residir com o cônjuge, 50,0%, contra 27,8% das mulheres (representando esta situação 33,3% do total). A residir com os filhos os valores são mais elevados neste grupo etário (66,7% do total) com 33,3% dos homens e 77,8% das mulheres.

Os dados apresentados para as situações de coabitação enquadram-se na estrutura etária da amostra deste estudo, apresentando os homens uma menor longevidade, representada por uma menor presença nos grupos etários mais idosos. De assinalar, também, para os homens do grupo etário de 75-84 anos, a aparente maior necessidade de apoio por parte dos filhos facto que para as mulheres só vem a surgir de forma marcante no grupo etário de idade igual ou superior a 85 anos.

À semelhança do que é referido nas tendências demográficas a nossa amostra também é predominantemente feminina (com a maior esperança de vida associada ao sexo feminino) estando por isso mais sujeitas a enfrentar problemas de saúde sem a ajuda do seu cônjuge e a terem que viver sozinhas ou com filhos (Grunfeld, Glosop, McDowell & Danbrook, 1997; Hellström, Persson & Hallberg, 2004; Pizzetti et al., 2005).

Os resultados do nosso estudo vão ao encontro do observado por outros autores no que diz respeito à dimensão da coabitação, onde o cônjuge apresenta-se como a situação mais frequente de coabitação e o elemento mais importante no apoio informal, seguido de filhos e sozinho (Eriksson, Hessler, Sundh & 1999; Kallan, 1997; Jonhson, Backlund, Sorlie & Loveness, 2000; Manor et al., 2000; Wu & Hart, 2002; Hellström & Hallberg, 2004; Guilley et al., 2005; Pizzetti et al., 2005; Litwin & Shiovitz-Ezra, 2006).

Auto avaliação de recursos sociais

A auto avaliação de recursos sociais (Tabela 24, Apêndice AII.21) centra-se na existência de ajuda e do tempo que essa ajuda estaria disponível (desde sempre que necessário até só às vezes).

Não foi encontrado nenhum caso, na totalidade da amostra, em que fosse referida a inexistência de qualquer tipo de ajuda. Todos os inquiridos referiram dispor de algum tipo de ajuda ainda que esporádica, e mesmo nos casos em que não foi o próprio a responder, se verificou que algum tipo de apoio existia.

Para o total da amostra a auto avaliação da disponibilidade de ajuda apresenta uma diferença significativa quanto ao sexo ($p<0,001$) sendo o sexo feminino o que apresenta pior avaliação para essa disponibilidade.

Referem ter ajuda sempre que necessário 50,0% dos homens e 21,3% das mulheres. Referem dispor de ajuda, ainda que por pouco tempo, 27,4% e 32,0%, respectivamente. 21,3% dos homens e 45,9% das mulheres referem ter ajuda esporádica, definida no questionário como “às vezes”.

Por grupo etário, para o total da amostra, a auto avaliação apresenta diferença significativa ($p<0,001$), sendo que é no grupo etário de 75-84 anos que percentualmente (12,4%) é referida pelos idosos uma menor disponibilidade de ajuda sempre que necessário. Nos restantes grupos a disponibilidade será maior mas em cada um por motivos diversos.

No grupo etário de 65-74 anos, e para o sexo, a disponibilidade de ajuda apresenta diferença significativa ($p<0,001$) com uma melhor auto avaliação por parte dos homens. Assim, 64,0% dos homens e 17,2% das mulheres referem disponibilidade de ajuda sempre que necessário (37,8% do total). Com disponibilidade de ajuda por pouco tempo

encontramos 20,0% dos homens e 29,7% das mulheres (25,4% do total). Dispondo de ajuda apenas às vezes é apontado por 16,0% dos homens e 53,1% das mulheres, o que representa 36,8% do grupo etário.

No grupo etário de 75-84 anos a auto avaliação não apresenta diferença estatisticamente significativa quanto ao sexo. No entanto, os homens apresentam melhor auto avaliação de ajuda disponível, indicando 20,8% ajuda disponível sempre que necessário contra apenas 7,5% das mulheres (12,4% do total). As situações em que a ajuda seria possível por pouco tempo, apresentam valores aproximados (41,7% para os homens e 45,0% para as mulheres, com 43,8% no total do grupo etário), e a disponibilidade de ajuda às vezes é referida por 37,5% dos homens e 47,5% das mulheres, correspondendo igualmente a 43,8% do total do grupo etário.

O grupo etário de 85 e mais anos também não apresenta diferença estatisticamente significativa, quanto ao sexo, para a auto avaliação da disponibilidade de ajuda. Verificamos que 62,5% dos elementos deste grupo etário (50,0% dos homens e 66,6% das mulheres) indicam a disponibilidade de ajuda sempre que necessário, e 16,7% (33,3% dos homens e 11,1% das mulheres) apenas dispõem de ajuda por um curto período de tempo. Referindo ajuda apenas às vezes, não encontramos homens sendo que as mulheres com esta auto avaliação são 16,7% (12,5% do total do grupo etário).

Os valores encontrados para a auto avaliação de recursos sociais, centrados na disponibilidade de ajuda, reflectem o que já havíamos verificado nos dados anteriores que indicavam a estrutura etária desta população, o estado civil e a pessoa com quem cohabitam. É, no entanto, com a indicação da pessoa disponível para a prestação de cuidados em caso de doença ou incapacidade que se torna mais clara na área de recursos socais, a interligação entre estrutura demográfica, estado civil e existência de filhos com disponibilidade para ajuda.

Pessoa disponível para a prestação de cuidados em caso de doença ou incapacidade

As pessoas disponíveis para a prestação de cuidados (ou já prestadoras), em caso de doença ou incapacidade, referidas pelos inquiridos são o cônjuge, irmãos, filhos, netos, outros parentes, amigos e apoio formal por parte de instituições (Tabela 25, Apêndice AII.22).

Para o total da amostra as pessoas mais referidas para a prestação de cuidados são o cônjuge e os filhos. Todas as outras indicadas, incluindo os irmãos, podem ser consideradas pouco relevantes ou mesmo meramente pontuais, já que são referidas por uma baixa percentagem de idosos.

No total da amostra, o cônjuge representa para 63,8% dos homens e 23,0% das mulheres a pessoa disponível para a prestação de cuidados. Os filhos são referidos como disponíveis por 45,0% dos homens e 76,2% das mulheres. Assim enquanto para a maioria dos homens o cônjuge representa a principal fonte de ajuda, para a maioria das mulheres são os filhos.

No grupo etário de 65-74 anos, 80,0% dos homens e 26,6% das mulheres (correspondendo a 50,0% do total do grupo etário) refere o cônjuge como pessoa disponível para a prestação de cuidados, enquanto a referência aos filhos surge por parte de 36,0% dos homens e 70,3% das mulheres (55,3% do total).

Para o grupo etário de 75-84 anos o cônjuge (25,0%) é referenciado em menor percentagem do que os filhos (73,4%), mas neste grupo há também diferença entre homens e mulheres. Assim, embora em ambos a principal ajuda sejam os filhos a percentagem de mulheres que o refere é mais elevado (82,5% enquanto nos homens é de 58,3%).

Situação idêntica é referida pelos idosos com 85 e mais anos.

Do conjunto de dados resultante do conhecimento de com quem os idosos cohabitam, da sua percepção da disponibilidade de ajuda e da pessoa disponível para a prestação de cuidados em caso de doença ou incapacidade, resulta um quadro em que sobressaem três aspectos: a importância dos cuidadores informais em todos os grupos etários, o papel do cônjuge feminino no seio do casal no grupo etário de 65-74 anos e a existência de filhos como elemento importante em todos os grupos etários para a possibilidade de apoio.

Os resultados apresentados mostram que o apoio informal proporcionado pelos elementos mais próximos do agregado familiar (cônjuge e filhos) é aquele que tem expressão e é perspectivado pelos idosos, de ambos os sexos, como o mais relevante aquando da necessidade de ajuda. Este dado surge em todos os grupos etários revelando os idosos a residir nesta comunidade uma percepção de que fora dos laços mais próximos de parentesco e maritais a possibilidade de apoio será praticamente inexistente.

O papel do cônjuge feminino surge em todos os grupos etários. No entanto, compreensivelmente é no grupo etário de 65-74 anos que ele se apresenta de forma mais relevante. Numa idade em que as incapacidades ainda não se perspectivam como profundas, os homens vêem na esposa o potencial cuidador informal disponível em caso de necessidade de cuidados. Aparentemente o mesmo não se passa com as mulheres que mesmo neste grupo etário, apontam maioritariamente os filhos, e não o cônjuge, como possível cuidador. Factores culturais que associam a mulher, e menos o homem, ao cuidar na doença, e o papel tradicionalmente desempenhado pela mulher nas tarefas domésticas e na preparação das refeições, levaram a que estas, ao contrário dos seus cônjuges, não vejam nestes competências que lhes permitam o desempenho desse papel. Nos grupos etários de 75-84 anos e de 85 e mais anos, apesar de se manter uma maior referência ao cônjuge como potencial cuidador por parte dos homens, essa percentagem de idosos é já menor, talvez pelo reconhecimento de uma menor capacidade funcional e de haver mais mulheres que homens e muitas delas serem viúvas.

A existência de uma diminuta rede social de apoio formal para idosos a residir na comunidade, que quando existe se centra principalmente nos serviços domésticos e no fornecimento de refeições, faz recair nos cuidadores informais (cônjuges e filhos) a resposta às necessidades dos idosos. Mesmo no grupo etário de 65-74 anos se revela a importância do papel atribuído pelos idosos aos filhos, perspectivando-os como a principal fonte de apoio informal uma vez que há uma maior percentagem de idosos a referir tal facto.

PIF na área de recursos sociais

A PIF na área de recursos sociais, pergunta 97 (Tabela 26, Apêndice AII.23), resultante da avaliação e pontuação efectuada pelo entrevistador, revela a existência de diferença significativa quanto ao sexo para o total da amostra ($p<0,001$), com as mulheres a ser pontuadas de forma mais negativa.

No total da amostra, para o grupo etário, não se verifica diferença estatisticamente significativa. Para o sexo dentro dos grupos etários essa diferença apenas é significativa para o grupo etário de 65-74 anos.

Para o total da amostra não se encontra qualquer mulher classificada com muito bons recursos sociais e para os homens essa classificação surge em 5,0%. Como possuindo

bons recursos sociais são classificados 42,4% dos homens e 19,7% das mulheres. Com recursos sociais ligeiramente insatisfatórios surgem 28,7% dos homens e 35,2% das mulheres, agravando-se a classificação destas com a pontuação de moderadamente insatisfatórios, ao serem assim pontuados 16,3% dos homens e 41,8% das mulheres. As classificações de fortemente insatisfatórios e totalmente insatisfatórios recursos sociais foram referidos por 6,3% e 1,3% de homens, respectivamente, e por 2,5% e 0,8% de mulheres.

No grupo etário de 65-74 anos a diferença de classificação entre sexos revela-se significativa ($p<0,001$), com piores pontuações atribuídas às mulheres. Assim, com muito bons recursos sociais apenas são pontuados homens (6,0%). Com bons recursos sociais são classificados 54,0% dos homens e 18,8% das mulheres (34,2% do total). Ligeiramente insatisfatórios recursos sociais são apresentados por 22,0% dos homens e 28,1% das mulheres (25,5% do total). Com recursos sociais moderadamente insatisfatórios foram classificados 12,0% dos homens e 50,0% das mulheres (33,3% do total), e com a classificação de fortemente insatisfatórios 6,0% dos homens e 3,1% das mulheres (correspondendo a 4,4% do total). Nenhum elemento deste grupo etário foi classificado com recursos sociais totalmente insatisfatórios.

O grupo etário de 75-84 anos não apresenta, quanto ao sexo, diferença de classificação estatisticamente significativa. No total do grupo etário foram classificados com muito bons recursos sociais 1,6% dos seus elementos, com bons recursos sociais 12,5%, com ligeiramente insatisfatórios 45,3% e com moderadamente insatisfatórios 37,5% (correspondendo a 29,1% nos homens e 42,5% nas mulheres). Classificados com fortemente insatisfatórios recursos sociais surgem 3,1% do total do grupo etário (referentes a 8,3% dos homens, não se observando nenhuma mulher com esta classificação). Com recursos sociais totalmente insatisfatórios não foi classificado qualquer elemento deste grupo etário.

No grupo etário de 85 e mais anos também não se verificou, quanto ao sexo, uma classificação com diferença estatística. Nenhum elemento deste grupo etário foi classificado com muito bons recursos sociais. Com bons recursos sociais surgem classificados 45,9% (50,0% dos homens e 44,4% das mulheres) e com recursos moderadamente insatisfatórios 33,3% (resultante de igual percentagem para homens e para mulheres). As classificações de moderadamente insatisfatórios recursos sociais com 8,3% e fortemente insatisfatórios recursos sociais com 4,2%, neste grupo etário, resultam de pontuações apenas atribuídas a mulheres (correspondendo a valores que para o sexo feminino, dentro deste grupo são, respectivamente, de 11,1% e 5,6%). Apenas neste

grupo etário se encontram indivíduos classificados com recursos sociais totalmente insatisfatórios, com o valor de 8,3% (16,7% dos homens e 5,6% das mulheres).

Pontuação segundo o modelo OARS na área de recursos sociais

O modelo de pontuação OARS para a área de recursos sociais, tal como para as restantes áreas, parte de conjuntos de variáveis que constituem o indicador final para cada área (Ferreira et al., 2006). Para a área de recursos sociais não foi possível obter a informação subjectiva, necessária à construção desse indicador final, de três elementos da amostra (não respondentes). Este facto implica que nos resultados apresentados na Tabela 27 (Apêndice AII.24), exista menos um elemento masculino no grupo etário de 65-74 anos e dois elementos no grupo etário de 85 e mais anos (um masculino e outro feminino).

A pontuação segundo o modelo OARS para a área de recursos sociais indica a existência de diferença significativa de classificação quanto ao sexo para o total da amostra e para o grupo etário, também no total da amostra. Quanto à classificação para o sexo, dentro de cada grupo etário essa diferença surge nos grupos etários de 65-74 anos e 75-84 anos. Apenas no grupo de 85 e mais anos a diferença de classificação, quanto ao sexo, não apresenta diferença estatisticamente significativa. Nenhum elemento da amostra foi classificado com limitação total nesta área.

Como verificado anteriormente, na classificação efectuada pelo entrevistador (PIF), Tabela 26 (Apêndice AII.23), essa diferença de classificação apenas era verificada na comparação entre sexos para o total da amostra e entre sexos para o grupo etário de 65-74 anos.

Para o total da amostra a diferença de classificação, quanto ao sexo, apresenta diferença significativa ($p<0,001$) observando-se pior classificação nas mulheres. Pontuados com recursos sociais excelentes encontramos 5,1% dos homens e 0,8% das mulheres. Com bons recursos sociais 29,5% dos homens e 12,4% das mulheres. Com uma limitação pequena os valores mantêm-se próximos dos anteriores com 26,9% das mulheres e 13,2% dos homens. Nas situações de classificação de limitação moderada e limitação grave, a situação inverte-se passando as mulheres a ser mais pontuadas. Com limitação moderada surgem 25,6% dos homens e 33,9% das mulheres e com limitação grave, respectivamente 12,8% e 39,7%. Os dados encontrados nesta área, com excepção da classificação de excelentes recursos, indicam para os homens uma situação em que as

piores classificações vão progressivamente apresentando valores percentuais mais baixos, e uma situação inversa para as mulheres em que a piores classificações vão estando associados valores percentuais mais elevados.

No grupo etário de 65-74 anos os resultados obtidos não são, globalmente, muito diferentes daqueles verificados para o total da amostra. A diferença de classificação entre sexos é significativa (p<0,001), sendo as mulheres pior classificadas. Com excepção das pontuações de excelentes e de limitação pequena, nestes recursos, observa-se que nos homens as piores pontuações vão correspondendo a valores percentuais menores, enquanto que nas mulheres verifica-se o inverso. As pontuações mais gravosas encontradas nesta área (limitação moderada e limitação grave) apresentam valores para os homens de 16,3% e 12,3%, respectivamente, enquanto que nas mulheres são de 34,4% e 42,2%.

No grupo etário de 75-84 anos a diferença para o sexo é também significativa (p=0,004). Nenhuma mulher foi classificada com excelentes ou bons recursos sociais, e os homens surgem com 4,2% e 12,5%, respectivamente. Com limitação pequena encontramos 20,8% dos homens e 12,5% das mulheres. A classificação de limitação moderada apresenta os valores mais aproximados entre homens (45,8%) e mulheres (42,5%). Com limitação grave a situação é uma vez mais favorável aos homens (16,7% para estes e 45,0% para as mulheres).

No grupo etário de 85 e mais anos as diferenças de classificação não são estisticamente significativas, embora em apreciação global os homens surjam mais pontuados em excelentes e bons recursos sociais (respectivamente 20,0% e 49,0%, contra 5,9% e 29,4% nas mulheres). Com limitação pequena e limitação moderada surge igual valor para os homens (20,0%), apresentando as mulheres, respectivamente, 35,3% e 11,8%. Com limitação grave não é pontuado qualquer homem mas para as mulheres esta classificação é obtida por 17,6%.

Este dado global, indicador de diferente classificação quanto ao sexo na área de recursos sociais, era já evidente na classificação efectuada pelo entrevistador mas o modelo de classificação torna-o aqui mais evidente. Não surgia, também, na avaliação efectuada pelo entrevistador, ao contrário do que aqui se observa, uma diferença de classificação estatisticamente significativa entre grupos etários. O que a pontuação segundo o modelo OARS revela, é que essa diferença se verifica (p<0,001), sendo o grupo etário de 75-84 anos aquele em que as incapacidades nesta área são mais relevantes.

Estes resultados são, aparentemente, o culminar de todos os dados já observados anteriormente que apontam para o facto de, globalmente, serem as mulheres a apresentar maiores incapacidades na área funcional de recursos sociais e, em termos de grupo etário ser o de 75-84 anos, aquele em que estas mais se manifestam.

A diferença, com pior pontuação para as mulheres, pode ser explicada pelos menores contactos sociais, menor participação em actividades sociais e menor disponibilidade de ajuda resultante da viuvez.

A diferente classificação, quanto ao grupo etário, com maior incapacidade verificada no grupo de 75-84 anos, poderá ter explicações diferentes para as melhores classificações no grupo etário de 65-74 anos e no grupo etário de 85 e mais anos. No grupo etário de 65-74 anos, as menores situações de viuvez (com a disponibilidade de ajuda em caso de doença ou incapacidade) e a possibilidade de manutenção dos contactos sociais, permitem a existência de valores de incapacidade menores daqueles verificados no grupo etário de 75-84 anos. Neste último grupo etário agravam-se as situações de viuvez (principalmente para as mulheres) e as incapacidades em outras áreas funcionais diminuem a possibilidade de interacção social. No grupo etário de 85 e mais anos, aquele onde se verificam as melhores classificações na área de recursos sociais, faz-se sentir de forma mais evidente a intervenção do apoio informal por parte dos filhos, ou formal pela prestação de serviços por instituições, propiciando não só uma efectiva resposta às necessidades dos idosos mas também que se verifique, por parte destes, de uma melhor auto avaliação de recursos sociais pela existência de ajuda disponível em caso de doença ou incapacidade.

Quanto à disponibilidade para a prestação de cuidados que se traduz no apoio social quer por parte de cuidadores informais e ou formais, constata-se que os recursos da rede social têm um impacto positivo nas diferentes dimensões relativas ao bem-estar geral, à saúde e desenvolvimento social e económico deste grupo na comunidade (Bouchard, Gilbert, Landry & Deveau, 2006). Os laços sociais promovidos por essa rede proporcionam aos idosos um suporte social, cognitivo e emocional que lhes é favorável na manutenção da sua auto-estima e sentido de desenvolvimento pessoal.

A associação entre o envelhecimento e um certo grau de vulnerabilidade apresenta-se como um sistema complexo de deterioração das capacidades funcionais tendo como consequência o risco de dependência da ajuda de cuidadores informais (na sua maioria cônjuges e filhos) e formais.

Neste contexto, sublinhamos a importância uma intervenção integrada de vários sectores da sociedade entre os quais se salienta o papel dos serviços de saúde como promotores do desenvolvimento de parcerias potenciadoras da sua abrangência. Este ponto exige o aumento da proporção de idosos dependentes que usufruam de apoio domiciliário integrado e uma medicina familiar de qualidade, como a forma mais adequada para responder à diversidade dos seus problemas, assim como promover o desenvolvimento de uma rede de cuidados continuados integrados na área de reabilitação.

Para o total da amostra as classificações obtidas na área de recursos sociais, pelo entrevistador com a pontuação de incapacidade funcional e pelo modelo OARS, são apresentadas na Tabela 28.

Tabela 28 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de recursos sociais

Classificações	Muito boa	Boa	Ligeiramente insatisfatória	Moderadamente insatisfatória	Fortemente insatisfatória	Totalmente insatisfatória
PIF	2,0%	28,7%	32,7%	31,7%	3,9%	1,0%
Modelo OARS[(1)]	2,5%	19,1%	18,6%	30,7%	29,1%	-

[(1)] n=199

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

Auto avaliação

- Para o total da amostra a auto avaliação da disponibilidade de ajuda apresenta uma diferença significativa quanto ao sexo ($p<0,001$) sendo o sexo feminino o que apresenta pior avaliação para essa disponibilidade.
- Referem ter ajuda sempre que necessário 50,0% dos homens e 21,3% das mulheres. Referem dispor de ajuda, ainda que por pouco tempo, 27,4% e 32,0%, respectivamente. 21,3% dos homens e 45,9% das mulheres referem ter ajuda esporádica, definida no questionário como “às vezes”.

- No total da amostra, o cônjuge representa para 63,8% dos homens e 23,0% das mulheres a pessoa disponível para a prestação de cuidados. Os filhos são referidos como disponíveis por 45,0% dos homens e 76,2% das mulheres. Assim enquanto para a maioria dos homens o cônjuge representa a principal fonte de ajuda, para a maioria das mulheres são os filhos.

Pontuação de Incapacidade Funcional

- A PIF na área de recursos social revela a existência de diferença significativa quanto ao sexo para o total da amostra ($p<0,001$), com as mulheres a ser pontuadas de forma mais negativa.

- Para o total da amostra com bons recursos sociais são classificados 42,4% dos homens e 19,7% das mulheres. Com recursos sociais ligeiramente insatisfatórios surgem 28,7% dos homens e 35,2% das mulheres, agravando-se a classificação destas com a pontuação de moderadamente insatisfatórios, ao serem assim pontuados 16,3% dos homens e 41,8% das mulheres.

Pontuação segundo o modelo OARS

- A pontuação segundo o modelo OARS para a área de recursos sociais indica a existência de diferença significativa de classificação quanto ao sexo para o total da amostra e para o grupo etário, também no total da amostra.

- Quanto à classificação para o sexo, dentro de cada grupo etário essa diferença surge nos grupos etários de 65-74 anos e 75-84 anos. Apenas no grupo de 85 e mais anos a diferença de classificação, quanto ao sexo, não apresenta diferença estatisticamente significativa.

- Para o total da amostra a diferença de classificação, quanto ao sexo, apresenta diferença significativa ($p<0,001$) observando-se pior classificação nas mulheres.

- O que a pontuação segundo o modelo OARS revela, é que essa diferença se verifica ($p<0,001$), sendo o grupo etário de 75-84 anos aquele em que as incapacidades nesta área são mais relevantes.

- A diferença, com pior pontuação para as mulheres, pode ser explicada pelos menores contactos sociais, menor participação em actividades sociais e menor disponibilidade de ajuda resultante da viuvez.

5.3.2. Recursos económicos

O estudo da área funcional de recursos económicos centra-se na situação laboral, auto avaliação de recursos económicos, PIF na área de recursos económicos, e pontuação segundo o modelo OARS para recursos económicos.

Situação laboral

A situação laboral actual encontrada na amostra restringe-se a três possibilidades: reformado por idade, reformado por invalidez e desempregado (Tabela 29, Apêndice AII.25).

Referindo a situação de desempregado apenas encontramos um elemento do sexo feminino no grupo etário de 65-74 anos.

A amostra distribui-se, assim, maioritariamente pela situação de reformado. Para o total da amostra, não há diferença significativa para o género quanto ao motivo de reforma. Assim, 77,5% dos homens e 68,9% das mulheres referem a idade como motivo da reforma, enquanto nos restantes o motivo foi a invalidez.

Em todos os grupos etários o motivo principal para a reforma foi a idade. Porém há diferença significativa relativamente ao grupo etário ($p=0,023$), sendo, como seria de esperar, o grupo mais jovem o que apresenta menor percentagem por este motivo e maior percentagem por invalidez.

Auto avaliação de recursos económicos

A auto avaliação de recursos económicos centra-se na comparação, efectuada pelos elementos da amostra, dos rendimentos com outras pessoas da mesma idade, na forma

como os rendimentos cobrem as suas necessidades e na expectativa quanto a rendimentos para garantir o futuro (Tabela 30, Apêndice AII.26).

A avaliação da sua situação económica, por comparação com as pessoas da mesma idade, revela diferença entre homens e mulheres, para o total da amostra (p=0,006), apresentando os homens uma mais favorável auto avaliação. Assim enquanto uma melhor situação económica só é referida por 23,8% dos homens e 10,6% das mulheres, para a auto avaliação de igual situação económica os valores percentuais quanto ao género são aproximados (55,0% dos homens e 56,6% das mulheres).

Não se verifica diferença significativa de avaliação da situação económica relativamente às pessoas da mesma idade entre os três grupos etários. Em todos eles a auto avaliação de igual situação económica em relação às pessoas da mesma idade é a mais referida, com 57,0% das respostas no grupo etário de 65-74 anos, 57,8% no grupo de 75-84 anos e 45,9% no de 85 e mais anos. Comparando as respostas obtidas por sexo em cada grupo etário, apenas se observa diferença significativa no grupo etário de 75-84 anos (p=0,037). No entanto, em todos os grupos etários, os homens auto avaliam de forma mais favorável a sua actual situação económica em relação às pessoas da mesma idade.

A forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades apresenta, também, diferença de auto avaliação entre homens e mulheres para o total da amostra (p=0,005), com os homens a avaliar de forma mais positiva a capacidade dos seus rendimentos responderem às suas necessidades. Nenhuma mulher referiu que os seus rendimentos cobrem muito bem as suas necessidades (contra 7,5% dos homens), e as que referem dificuldade são 63,9%, valor superior aos 47,5% observados nos homens.

Nos diferentes grupos etários verificamos que apenas no grupo etário de 65-74 anos a diferença de auto avaliação, quanto à forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades, se apresenta com significado estatístico (p=0,027), referindo dificuldade 42,0% dos homens e 59,4% das mulheres. No grupo etário de 75-84 anos esse valor é mais elevado com 54,2% dos homens e 70,0% das mulheres a referir dificuldade. No grupo etário de 85 e mais anos, nenhum elemento refere que os seus rendimentos cobrem muito bem as suas necessidades e o valor de homens e mulheres que referem dificuldade é igual (66,7%).

Quanto à expectativa de rendimentos para garantir o futuro, encontramos, uma vez mais, diferença de auto avaliação entre homens e mulheres, para o total da amostra (p=0,016), apresentando os homens expectativas mais favoráveis. Referindo rendimentos suficientes encontramos 37,5% dos homens e 20,5% das mulheres. A auto avaliação de

insuficientes rendimentos apresenta uma percentagem mais elevada, sendo referida por 57,5% dos homens e 68,8% das mulheres.

Apesar de se ter verificado diferença de auto avaliação entre homens e mulheres, para o total da amostra, quanto à expectativa de rendimentos para o futuro, tal não se observou por sexo dentro de cada grupo etário. Tal como para a análise entre sexos, também entre grupos etários não se constata diferença quanto à expectativa de rendimentos para garantir o futuro.

Em todos os grupos etários é menor o número daqueles cuja expectativa é a de ter rendimentos suficientes para garantir o futuro. Perspectivando os rendimentos futuros como insuficientes, encontramos 60,5% no grupo etário de 65-74 anos, 71,9% no grupo etário de 75-84 anos e 62,5% nos de 85 e mais anos.

PIF na área de recursos económicos

A classificação de incapacidade funcional efectuada pelo entrevistador na área de recursos económicos é apresentada na Tabela 31 (Apêndice AII.27).

Para o total da amostra a diferença de classificação, quanto ao sexo é significativa (p=0,003), apresentando os homens uma melhor classificação. Assim, enquanto com muito bons e bons recursos económicos são pontuados 35,0% dos homens, só há 18,0% das mulheres. Apresentando recursos económicos ligeiramente insatisfatórios os valores são aproximados, com 23,7% dos homens e 21,3% das mulheres. É na classificação de moderadamente insatisfatórios que há maior diferença de percentagem entre sexos (38,7% dos homens e 57,4% das mulheres). O sexo feminino também apresenta maior percentagem de pessoas classificadas com recursos económicos fortemente insatisfatórios.

Da análise segundo o grupo etário, para o total da amostra, verifica-se uma diferença significativa de pontuação (p=0,013), com as piores pontuações nesta área a verificarem-se no grupo etário de 85 e mais anos. É, talvez, o grupo que embora trabalhasse mais tempo ao longo da vida teve uma menor, ou inexistente, contribuição para sistemas de protecção social auferindo actualmente muitos deles reformas mais baixas do que os grupos etários mais jovens.

O grupo etário de 65-74 anos é o único em que se verifica diferença de pontuação quanto ao sexo (p=0,007), com piores pontuações para uma percentagem mais elevada de mulheres. Neste grupo etário a pontuação com recursos ligeiramente insatisfatórios apresenta valores próximos para os dois sexos (24,0% dos homens e 23,4% das mulheres). A maior diferença percentual entre homens (30,0%) e mulheres (53,1%) verifica-se na pontuação de moderadamente insatisfatórios recursos económicos, explicando a diferença estatística observada entre sexos e que já se manifestava nas pontuações indicadas anteriormente.

No grupo etário de 75-84 anos as diferenças de pontuação atribuídas não são significativas e distribuem-se (para o total do grupo etário) apenas pelas pontuações de bons recursos (12,5%), ligeiramente insatisfatórios (25,0%) e moderadamente insatisfatórios (62,5%). Com a melhor pontuação possível (muito bons recursos) e com as duas piores (fortemente e totalmente insatisfatórios) não foi pontuado qualquer elemento da amostra.

No grupo etário de 85 e mais anos as pontuações atribuídas não apresentam diferença quanto ao sexo. Para o total deste grupo as pontuações atribuídas distribuem-se, em percentagem, relativamente ao total de homens e mulheres da seguinte forma: muito bons recursos 8,3%, bons recursos 16,7%, ligeiramente insatisfatórios recursos 8,3%, moderadamente insatisfatórios recursos 50,0% e fortemente insatisfatórios 16,7%. Com recursos económicos totalmente insatisfatórios não foi pontuado qualquer elemento deste grupo etário.

Pontuação segundo o modelo OARS na área de recursos económicos

Os resultados obtidos com o modelo de pontuação OARS, para a área de recursos económicos (Tabela 32, Apêndice AII.28), não estabelecem diferença para o sexo em nenhum dos grupos etários, nem para o total da população. Os resultados obtidos através da PIF, com base na avaliação final definida pelo entrevistador, apresentam algumas divergências com estes indicando diferença significativa para o sexo, no total da amostra, e para o sexo no grupo etário de 65-74 anos.

A fórmula de pontuação segundo o modelo OARS apenas determina classificação com diferença significativa (p=0,004), entre os grupos etários, com o grupo de 85 e mais anos a apresentar, percentualmente, as piores pontuações.

Pontuados com excelentes e bons recursos económicos obtivemos 48,7% dos homens e 41,0% das mulheres. Já com limitação pequena há uma percentagem elevada de mulheres (25,0% dos homens e 41,0% das mulheres). A pontuação de limitação moderada, surge em 8,8% dos homens e 5,7% das mulheres, e com limitação grave encontramos 16,2% dos homens e 12,3% das mulheres. Com pontuação de limitação total nesta área, apenas se encontra um elememto do sexo masculino, correspondendo a 1,3% do total de homens.

No grupo etário de 65-74 anos são pontuados com excelentes recursos económicos, no total deste grupo, 19,3% e com bons recursos 32,4%. Com limitação pequena encontramos 30,7% e com limitação moderada 5,3%. Limitação grave é apontada em 12,3% dos elementos deste grupo e não surge qualquer caso de limitação total.

O grupo etário de 75-84 anos apresenta uma pior pontuação, mas com valores percentuais próximos dos encontrados no grupo etário de 65-74 anos. Com excelentes recursos são pontuados 12,5% dos elementos deste grupo etário e com bons recursos 29,7%. Com limitação pequena surgem pontuados 34,4% e com limitação moderada 9,3%. As maiores limitações correspondem às situações de limitação grave com 12,5% e limitação total com 1,6%.

O grupo etário de 85 e mais anos é aquele em que as pontuações na área de recursos económicos apontam maiores incapacidades. A pontuação de excelentes recursos é atribuída a 4,2% e a de bons recursos a 8,3% dos elementos deste grupo. Uma limitação pequena surge em 54,2% e limitação moderada em 8,3% dos casos. A limitação grave caracteriza 25,0% dos elementos deste grupo etário, não se observando qualquer elemento com a pontuação de limitação total.

Quanto aos recursos económicos constata-se que a maior preocupação dos idosos é relativa ao facto de num futuro próximo os seus recursos económicos não suportarem os custos relativos às necessidades mais prementes. De entre elas salientam-se as relacionadas com o pagamento por cuidados de saúde e equipamento de apoio às actividades de vida diária, surgindo desta maneira um sentimento de insegurança financeira (Cook, Reed, Childs & Hall, 2005).

Os meios financeiros e apoio social são determinantes importantes na auto percepção de saúde e comportamentos de saúde, estando a auto percepção de saúde e meios financeiros relacionadas entre si (Poortinga, 2006).

Os resultados do actual estudo reflectem estas circunstâncias estando marcadamente evidenciados de forma negativa para a população idosa feminina, que se apresenta com recursos económicos mais baixos, que na sua maioria resultou da viuvez com consequente diminuição do rendimento disponível.

Vários estudos (Smith, 1999; Haider et al., 2000; Hurd & Reardon, 2003) evidenciaram que as poupanças financeiras obtidas pelos idosos influenciam significativamente a sua situação económica. Esta situação é tanto mais importante quanto se constata que a capacidade financeira é menor nos idosos não casados (solteiros, divorciados ou viúvos) do que naqueles que estão casados (Diamond & Hausman, 1984; Haider et al., 2000; Kim & Lee, 2006).

A pobreza diminuiu nas últimas três décadas entre a população idosa no entanto a taxa de pobreza nas mulheres mantém-se no dobro relativamente à dos homens. Contribuem para esta diferença os benefícios da segurança social, a menor remuneração, a ruptura do núcleo familiar, menor número de anos despendidos na actividade laboral, a relativa maior esperança de vida, a baixa probabilidade de receber benefícios de pensão e baixos investimentos financeiros. Acresce a estes factores, o facto de maior número de mulheres idosas estarem viúvas ou divorciadas relativamente ao que se verifica nos homens (Bottomley, 2001; Rupp, Strand & Davies, 2003).

Deste modo, nos idosos a segurança financeira é um factor fundamental devido ao facto de serem poucos os que têm possibilidades de continuarem a ter rendimentos que lhes permita fazer frente aos novos gastos. Desta forma, um rendimento seguro e adequado às necessidades acrescidas de serviços e cuidados de saúde nos idosos é aquele que consegue abranger não só os gastos da gestão diária mas também todas essas novas necessidades (Tinker, 1997).

Para o total da amostra as classificações obtidas na área de recursos económicos, pelo entrevistador com a pontuação de incapacidade funcional e pelo modelo OARS, são apresentadas na Tabela 33.

Tabela 33 – Distribuição das classificações segundo a PIF e o modelo OARS, para o total da amostra, na área de recursos económicos

Classificações	Muito boa	Boa	Ligeiramente insatisfatória	Moderadamente insatisfatória	Fortemente insatisfatória	Totalmente insatisfatória
PIF	3,0%	21,8%	22,3%	50,0%	2,4%	0,5%
Modelo OARS	15,3%	28,7%	34,7	6,9%	13,9%	0,5%

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

Auto avaliação

- A avaliação da sua situação económica, por comparação com as pessoas da mesma idade, revela diferença entre homens e mulheres, para o total da amostra (p=0,006), apresentando os homens uma mais favorável auto avaliação.
- Não se verifica diferença significativa de avaliação da situação económica relativamente às pessoas da mesma idade entre os três grupos etários.
- No entanto, em todos os grupos etários, os homens auto avaliam de forma mais favorável a sua actual situação económica em relação às pessoas da mesma idade.
- A forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades apresenta, também, diferença de auto avaliação entre homens e mulheres para o total da amostra (p=0,005), com os homens a avaliar de forma mais positiva a capacidade dos seus rendimentos responderem às suas necessidades.

Pontuação de Incapacidade Funcional

- Para o total da amostra a diferença de classificação, quanto ao sexo é significativa (p=0,003), apresentando os homens uma melhor classificação.

- Da análise segundo o grupo etário, para o total da amostra, verifica-se uma diferença significativa de pontuação (p=0,013), com as piores pontuações nesta área a verificarem-se no grupo etário de 85 e mais anos. É, talvez, o grupo que embora trabalhasse mais tempo ao longo da vida, teve uma menor, ou inexistente, contribuição para sistemas de protecção social auferindo actualmente, muitos deles, reformas mais baixas do que os grupos etários mais jovens.

Pontuação segundo o modelo OARS

- Os resultados obtidos com o modelo de pontuação OARS, para a área de recursos económicos, não estabelecem diferença para o sexo em nenhum dos grupos etários, nem para o total da população.
- Pontuados com excelentes e bons recursos económicos obtivemos 48,7% dos homens e 41,0% das mulheres.
- O grupo etário de 85 e mais anos é aquele em que as pontuações na área de recursos económicos apontam maiores incapacidades.

Da avaliação efectuada pelo modelo OARS, e conjugando os dados relativos às pontuações de limitação grave e limitação total nas cinco áreas funcionais, construímos a Tabela 34 (Apêndice AII.29). Desses resultados ressalta ao seguinte:

- Na área de saúde física são pontuados com limitação grave ou total 33,7% dos elementos da amostra. O grupo etário pior pontuado é o grupo etário de 85 e mais anos (54,1%), apresentando limitação grave ou total 66,6% dos homens e 50,0% das mulheres. Para o grupo etário de 65-74 anos essa pontuação é de 31,6% e no grupo etário de 75-84 anos de 29,7%.
- Na área de saúde mental são pontuados com limitação grave ou total 10,4% dos elementos da amostra. Também aqui o grupo etário pior pontuado é o grupo etário de 85 e mais anos (33,3%), com 50,0% dos homens e 27,8% das mulheres. No grupo etário de 65-74 anos essa pontuação é de 7,9% e no grupo etário de 75-84 anos de 6,2%.

- Para as AVD são pontuados com limitação grave ou total 17,8% dos elementos da amostra. Tal como para a área de saúde física e saúde mental grupo etário de 85 e mais anos é o pior pontuado (62,5%), com 33,3% dos homens e 72,2% das mulheres. No grupo etário de 65-74 anos essa pontuação é de 9,6% e no grupo etário de 75-84 anos de 15,7%.

- Quanto aos recursos sociais são pontuados com limitação grave ou total 28,7% dos elementos da amostra. O grupo etário pior pontuado é o grupo etário 75-84 anos (34,4%) com 16,7% dos homens e 45,0% das mulheres. No grupo etário de 65-74 anos essa pontuação é de 29,2% e no grupo etário de 85 e mais anos de 13,6%.

- Relativamente aos recursos económicos são pontuados com limitação grave ou total 14,4% dos elementos da amostra. O grupo etário pior pontuado é o grupo etário de 85 e mais anos (25,0%), apresentando limitação grave ou total 16,7% dos homens e 27,7% das mulheres. No grupo etário de 65-74 anos essa pontuação é de 12,3% e no grupo etário de 75-84 anos de 14,1%.

5.4. UTILIZAÇÃO E NECESSIDADE SENTIDA DE SERVIÇOS

A parte B do OARS (OARS - *Services Assessment Questionnaire*) recolhe informação sobre a utilização e necessidade sentida, nos últimos seis meses, de um conjunto de 23 serviços distribuídos por seis grupos: serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde; serviços de apoio económico; e serviços de apoio, avaliação e coordenação.

5.4.1. Serviços gerais de apoio

O grupo de serviços gerais de apoio é constituído pelos serviços de preparação de refeições, serviços de monitorização, serviços domésticos, serviços de cuidados pessoais, serviços administrativos e serviços de supervisão contínua (Tabela 35, Apêndice AII.30).

A preparação de refeições apresenta, para o total da amostra, diferença significativa, para o sexo (p<0,001), quer quanto à utilização quer quanto à necessidade sentida. Os homens referem uma maior utilização (67,5% contra 27,9% das mulheres) e maior necessidade sentida desse serviço (62,5% contra 22,1% das mulheres).

Quanto ao grupo etário, para o total da amostra, a diferença é significativa para a utilização (p=0,001) e para a necessidade sentida (p=0,004), com os valores mais elevados a surgirem no grupo etário de 85 e mais anos, respectivamente com 70,8% e 54,2%. Em todos os grupos etários se observa que os homens apresentam maior utilização e necessidade sentida da preparação de refeições.

No grupo etário de 65-74 anos a utilização e necessidade sentida da preparação de refeições apresenta diferença quanto ao sexo (p<0,001) com valores de utilização para os homens de 58,0% e para as mulheres de 14,1%, e de necessidade sentida de, respectivamente, 55,1% e 9,4%. No total, para o grupo etário, a preparação de refeições é utilizada por 33,3% e sentem a necessidade deste serviço 28,9% dos seus elementos.

No grupo etário de 75-84 anos a utilização e necessidade sentida da preparação de refeições mantém diferença significativa quanto ao sexo (p<0,001). Utilizam 83,3% dos homens e 32,5% das mulheres, e necessitam, respectivamente, 79,2% dos homens e 30,0% das mulheres. No total do grupo etário utilizam 51,6% e 48,4% sentem necessidade da preparação de refeições.

No grupo etário de 85 e mais anos não se verifica diferença estatisticamente significativa, quanto ao sexo, na utilização e necessidade sentida da preparação de refeições. Neste grupo etário 83,3 % dos homens e 66,7% das mulheres utilizam este serviço, e sentem a sua necessidade, respectivamente, 66,7% e 50,0%. Para o total do grupo etário utilizam a preparação de refeições 70,8% e necessitam deste serviço 54,2%.

Os serviços de monitorização, para o total da amostra, não apresentam diferença quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida. Utilizam este serviço 66,3% dos homens e 67,2% das mulheres, referindo a sua necessidade, respectivamente, 57,5% e 66,4%. Da análise quanto ao grupo etário apenas a necessidade sentida se apresenta com valores significativamente diferentes (p=0,020).

Nos diversos grupos etários a utilização, e a necessidade sentida, de serviços de monitorização, não apresenta diferenças significativas quanto ao sexo. A utilização deste serviço é de 60,5% no grupo etário de 65-74 anos e de 75,0% no grupo etário de 75-84

anos e no grupo etário de 85 e mais anos. Por seu lado a necessidade sentida é de, respectivamente para os mesmos grupos, de 55,3%, 75,0% e 66,7%.

Os serviços domésticos apresentam, para o total da amostra e quanto ao sexo, diferença de utilização (p<0,001) e de necessidade sentida (p=0,005). Os homens referem maior utilização (72,5% destes e 47,5% das mulheres), e maior necessidade sentida (71,3% e 51,6% para as mulheres). Como se observa, para as mulheres, a necessidade sentida é superior à utilização.

No total da amostra, para o grupo etário, a utilização e a necessidade sentida de serviços domésticos apresentam diferença significativa (p<0,001), com os valores mais elevados a serem observados, em ambos os casos, no grupo de 75-84 anos e os mais baixos no grupo de 65-74 anos.

No grupo etário de 65-74 anos, quanto ao sexo, a diferença é significativa para a utilização de serviços domésticos (p<0,001), sendo referida por 62,0% dos homens e 28,1% das mulheres; e para a necessidade sentida (p=0,002), apontada por 56,0% dos homens e 28,1% das mulheres.

No grupo etário de 75-84 anos a diferença, quanto ao sexo, é significativa (p=0,027), com indicação de maior utilização de serviços domésticos pelos homens (91,7% destes e 67,5% das mulheres). A necessidade sentida não apresenta diferença significativa, no entanto, o valor apresentado pelos homens (87,5%) é superior ao das mulheres (70,0%). Globalmente, neste grupo etário, a utilização iguala a necessidade sentida com 76,6%.

No grupo etário de 85 e mais anos, quanto ao sexo, não se verificam diferenças na utilização e necessidade sentida de serviços domésticos, apesar de encontrarmos valores mais elevados nos homens. Para o total deste grupo utilizam serviços domésticos 75,0% dos seus elementos e sentem a sua necessidade 62,5%.

Os cuidados pessoais, no total da amostra, não apresentam, quanto ao sexo, diferença de utilização, sendo utilizados por 13,8% dos homens e 23,0% das mulheres. A necessidade sentida, referida por 6,3% dos homens e 18,0% das mulheres, mostra-se significativa (p=0,016).

Da análise da amostra por grupos etários, observamos diferença quanto à utilização (p<0,001), e necessidade sentida (p=0,005) de cuidados pessoais, com o grupo de 85 e mais anos a apresentar os valores mais elevados.

No grupo etário de 65-74 anos, quanto ao sexo, não se verificam diferenças para a utilização e necessidade sentida de cuidados pessoais, apesar dos valores referentes aos homens serem inferiores. Para o total do grupo, a utilização é efectuada por 13,2% e sentem a necessidade deste serviço 7,9%.

No grupo etário de 75-84 anos, quanto ao sexo, a utilização de serviços de cuidados pessoais apenas apresenta diferença (p=0,035) para a necessidade sentida (4,2% para os homens e 25,0% para as mulheres). No total do grupo etário a utilização é de 18,8% e a necessidade sentida de 17,2%. No caso das mulheres a utilização iguala a necessidade sentida (25,0%).

No grupo etário de 85 e mais anos, para o sexo, não se verificam diferenças na utilização e necessidade sentida de serviços de cuidados pessoais. No total, o grupo etário apresenta uma utilização deste serviço por 50,0% dos seus elementos e a necessidade sentida em 29,2%.

Os serviços administrativos, no total da amostra, apresentam diferença (p<0,001), quanto ao sexo, para a utilização e necessidade sentida de serviços administrativos, com valores mais elevados por parte das mulheres. Observa-se, por parte dos homens, uma necessidade sentida superior à utilização. A utilização é apontada por 36,3% dos homens e 73,8% das mulheres e a necessidade sentida, respectivamente, por 45,0% e 73,8%.

A análise segundo o grupo etário, para o total da amostra, indica existir diferença para a utilização (p=0,025) e necessidade sentida (p=0,018). A mais elevada utilização verifica--se no grupo de 85 e mais anos (75,0%) e a maior necessidade sentida no grupo de 75-84 anos (71,9%).

No grupo etário de 65-74 anos, para o sexo, a diferença é significativa para a utilização e necessidade sentida de serviços administrativos (p<0,001), com valores mais elevados para as mulheres. Utilizando encontramos 30,0% dos homens e 67,2% das mulheres, sendo que nestas a necessidade sentida se mantém igual e nos homens sobe para 34,0%. No total do grupo etário 50,9% dos seus elementos utilizam este serviço e 52,6% referem necessitar.

No grupo etário de 75-84 anos a diferença, para o sexo, é significativa para a utilização (p=0,001) e necessidade sentida (p=0,008) de serviços administrativos apresentando as mulheres, em ambos os casos, valores mais elevados. A utilização é referida por 41,7% dos homens e 82,5% das mulheres, enquanto a necessidade sentida é referida por

50,0% dos homens e 85,0% das mulheres. No total do grupo etário 67,2% utiliza este serviço e sentem a sua necessidade 71,9%.

Para o grupo etário de 85 e mais anos não se observa diferença, quanto ao sexo, para a utilização e necessidade de serviços administrativos, apesar das mulheres apresentarem em ambas as ssituações valores mais elevados. No total deste grupo etário utilizam este serviço 75,0% e apontam a sua necessidade 66,7%.

A supervisão contínua não apresenta, para o total da amostra, diferença significativa, para o sexo, na utilização e na necessidade sentida. É referida a sua utilização por 8,8% dos homens e 8,2% das mulheres, sendo menor o valor daqueles que referem a sua necessidade, respectivamente 6,3% e 3,3%.

Analisando a sua utilização e necessidade sentida por grupo etário, verifica-se a existência de diferença significativa em ambos os casos ($p<0,001$) para o referido serviço.

Apenas no grupo etário de 65-74 anos, e para a necessidade sentida deste serviço, se encontram valores que apontam para existência de diferença significativa ($p=0,049$) quanto ao sexo. Nos restantes grupos etários, quer para a utilização quer para a necessidade sentida, não se encontram diferenças entre sexos. A utilização, para o total da amostra por grupo etário, é de 6,1% no grupo etário de 65-74 anos, de 3,1% no grupo etário 75-84 anos e de 33,3% no grupo de 85 e mais anos. A necessidade sentida apresenta valores de, respectivamente para os mesmos grupos etários, de 2,6%, 1,6% e 33,3%.

Relativamente à questão da nutrição e de preparação de refeições constata-se que com o avançar da idade existe uma dificuldade acrescida com a ingestão de alimentos, por falta de apetite, interferência de medicação ou isolamento social. Encontram-se neste grupo de risco devido à mudança dos padrões de interacção social e económica os idosos que vivem sozinhos, na sua maioria viúvos (Wacker, Roberto & Piper, 2002).

O serviço de entrega de refeições a casa providenciado pela comunidade surge como uma garantia de apoio nutricional para muitos idosos, nomeadamente àqueles cujos recursos económicos são deficitários. De acordo com os dados do United States Senate Special Commitee on Aging (2000), citado por Wacker et al. (2002), o número total de entrega de refeições a casa de idosos aumentou cerca de 227% no espaço de vinte anos, com o apoio de muitos voluntários.

A prestação de cuidados ao idoso em casa é realizada por cuidadores informais, na sua maioria familiares que estão motivados por um profundo comprometimento com o idoso dependente. Destes a maior percentagem são mulheres, na qualidade de esposas ou filhas. Quanto aos outros cuidadores informais são externos à família e fazem parte do sector dos cuidados de saúde ou de apoio domiciliário (Grunfeld et al., 1997).

Num estudo com 262 cuidadores informais familiares (cônjuges e filhos), dos quais 42% eram mulheres e 36% homens, Barber e Pasley (1995) descobriram que não havia diferenças significativas entre o género em relação à realização das tarefas dos cuidadores, incluindo a ajuda com cuidados pessoais.

Outros estudos suportam a ideia de que quando os cuidadores são cônjuges, estes providenciam assistência idêntica nos cuidados de higiene e conforto, na ajuda para se mobilizar, levantar e deitar na cama. Sendo que os maridos providenciam maior número de horas por semana às suas esposas do que o contrário, encontrando-se estes com maior isolamento social do que as mulheres em situação marital idêntica. Observaram que quando os cuidadores familiares são filhos ou irmãos estes providenciam menos cuidados por semana do que as filhas ou irmãs (Chang & White-Means, 1991).

Houde (2001) constatou que, enquanto os cuidadores femininos assistiam mais nas actividades de preparar as refeições, fazer as tarefas de casa e cuidados pessoais, nos cuidadores masculinos, existia uma preferência em auxiliar nas actividades instrumentais, como fazer compras e lidar com as finanças, manutenção de equipamentos, e ajuda na mobilidade. Quando são filhas ou filhos sucede o mesmo relativamente à diferença de género, sendo que os filhos providenciam maior ajuda na deslocação/transporte e no lidar com as finanças do que as filhas e estas uma maior ajuda nas tarefas de casa e de fazer compras.

O quadro ideal seria aquele em que as famílias cuidariam dos seus idosos ou de idosos cuidando de outros idosos. Todavia as tendências demográficas actuais apontam para um outro cenário, em que muitos dos familiares não estarão disponíveis para providenciar os cuidados quando necessários e que muitos idosos podem ser acometidos de doenças crónicas quando são necessários na família como cuidadores informais (Brown, McWilliam & Mai, 1997).

No que diz respeito à utilização de serviços gerais de apoio, da revisão da literatura constata-se que dos tipos de serviços mais utilizados se salientam a entrega de refeições em casa e a limpeza doméstica. Os nossos resultados não fogem a essa realidade.

De uma maneira geral constata-se que o consumo de serviços aumenta com o avançar da idade (marcadamente a partir da idade de 80 e mais anos) (Wang, Mitchell, Smith & Leeder, 1999). As mulheres idosas recorrem mais frequentemente aos serviços do que os homens idosos (Wacker et al., 2002). Aqueles idosos que tenham melhor acesso a transporte utilizam mais os serviços de saúde (Mitchell, 1995). Os idosos que vivem em zonas rurais têm uma menor probabilidade de recorrer aos serviços do que aqueles que vivem em áreas urbanas (Spense, 1992). Os idosos que sejam casados utilizam menos os serviços do que aqueles que vivem sozinhos (Spense, 1992; Kallan, 1997; Jonhson, Backlund, Sorlie & Loveness, 2000; Manor et al., 2000; Wacker et al., 2002; Wu & Hart, 2002; Pizzetti et al., 2005).

5.4.2. Serviços sociais e recreativos

O grupo de serviços sociais e recreativos é constituído pelas viagens; serviços sociais e recreativos; e desporto (Tabela 36, Apêndice AII.31).

As viagens, no total da amostra, são um serviço utilizado por 31,3% dos homens e 18,0% das mulheres. Esta diferença de utilização é significativa (p=0,028). Quanto à necessidade sentida, os valores obtidos são de 36,3% para os homens e 25,4% para as mulheres, não tendo esta diferença significado estatístico.

A análise do total da amostra, por grupo etário, indica que o serviço de viagens apresenta diferenças de utilização (p=0,021), e de necessidade sentida (p=0,017).

No grupo etário de 65-74 anos, quanto ao sexo, não se verificam diferenças significativas de utilização e necessidade sentida da realização de viagens. Este serviço é utilizado por 29,8% dos elementos deste grupo etário, sendo a sua necessidade sentida por 36,8%.

No grupo etário de 75-84 anos verificam-se diferenças, quanto ao sexo, de utilização (p=0,003) e da necessidade sentida (p=0,002), do serviço de viagens, com valores mais elevados, em ambos os casos, para os homens. A utilização verificada é de 37,5% para os homens e 7,5% para as mulheres, representando 18,8% no total do grupo etário.

No grupo etário de 85 e mais anos, a utilização e necessidade sentida de viagens, não apresenta diferenças significativas quanto ao sexo. Para o total do grupo etário este serviço é utilizado por 4,2% dos seus elementos e sentem a sua necessidade 8,3%.

A participação em actividades sociais e recreativas, organizadas por entidades locais, apresenta, no total da amostra, diferença significativa quanto ao sexo (p=0,002), utilizando este serviço 12,5% dos homens e 1,6% das mulheres. A necessidade sentida deste serviço é para os homens de 11,3% e 4,9% para as mulheres, não tendo esta diferença significado estatístico.

As diferenças verificadas na utilização e necessidade sentida de participação em actividades sociais e recreativas não apresentam para o grupo etário, em ambos os casos, diferenças significativas.

No grupo etário de 65-74 anos a participação em actividades sociais e recreativas tem, quanto ao sexo, diferença significativa (p=0,010), sendo este serviço utilizado por 14,0% dos homens e 1,6% das mulheres, o que representa 7,0% do total do grupo etário. A necessidade sentida deste serviço não apresenta diferença significativa, sendo 12,0% nos homens e 3,1% nas mulheres, representando, igualmente, 7,0% do grupo etário.

No grupo etário de 75-84 anos, quanto ao sexo, não se verificam diferenças significativas, na utilização e necessidade sentida de participação em actividades sociais e recreativas. Este serviço é utilizado por 6,3% e referem a sua necessidade 9,4% dos elementos do grupo etário.

No grupo etário de 85 e mais anos nenhum homem referiu a participação, ou necessidade sentida de participação, em actividades sociais e recreativas. No caso das mulheres a situação é idêntica surgindo apenas um caso (que representa 4,2% das mulheres do grupo etário) a referir necessitar deste serviço.

Os programas de exercício físico ou desporto não têm, no total da amostra, a participação de qualquer mulher e a utilização deste serviço por parte dos homens é de 1,3% (correspondendo a um único caso observado no grupo etário de 65-74 anos). A necessidade sentida deste serviço é referida por 1,3% dos homens (correspondendo, também, a um único caso observado no grupo etário de 65-74 anos) e 1,6% das mulheres (correspondendo a dois casos observados no grupo etário de 75-84 anos). Neste grupo de serviços é o menos utilizado e aquele cuja necessidade é menos sentida.

A saúde e o bem-estar dos idosos são modificáveis, e ganhos substanciais podem ser obtidos através do investimento na promoção da saúde e condição física ao longo da vida. As determinantes de saúde nos idosos são complexas, abrangendo as diversas dimensões: funcional, mental, social, económica e ambiental. Actividades de promoção de saúde devem ter em conta os elementos psicológicos e sociais, estando comprovado

que nos idosos a actividade física moderada regular, associada a actividades sociais e ocupacionais (caminhar, dançar, jardinagem), comporta benefícios para a saúde dos idosos que as praticam (Bijnem et al., 1998; Andrews, 2001).

Actividades de convívio social influenciam diversos factores biológicos, reduzindo os efeitos nefastos do stress através do melhoramento das respostas imunitárias e humorais. Por outro lado, estas actividades envolvem a importância da atribuição dos papéis sociais nos idosos, que por sua vez, promovem um sentido de auto-eficácia, de sentimento de utilidade e significado de vida relacionados a importantes resultados no estado de saúde na velhice. Também as actividades de contexto social e ocupacional reforçam os relacionamentos, as normas de reciprocidade e de mutualismo, sublinhando a importância destas actividades como apoio social (Glass, Mendes de Leon, Marottoli & Berkman, 1999). Estes dados evidenciam a importância de actividades sociais com pouco esforço físico no benefício da manutenção da qualidade de vida.

As actividades sociais e lúdicas nos idosos que se encontram isolados na comunidade aumentam a sua actividade cognitiva, assim como o sentimento de auto-estima, de identidade de grupo, e de bem-estar psíquico e físico, apesar das limitações funcionais, diminuindo os sintomas de vulnerabilidade emocional e de depressão (Greaves & Farbus, 2006).

Similar a este estudo, Cohen et al. (2006) desenvolveram um projecto que para além de programação cultural, incluía actividades físicas, mentais e sociais, dirigido a um grupo de idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Os resultados evidenciaram efeitos positivos no grupo, desde a melhoria na condição física, diminuição na necessidade de consultas médicas, diminuição de medicação, redução de quedas, diminuição do isolamento social e elevação do estado geral dos idosos.

Neste sentido, salienta-se a importância destas actividades na promoção do bem-estar em idosos com doenças crónicas como a artrite reumatoide. Glass et al. (1999) evidenciaram que as actividades sociais e ocupacionais que envolvem pouco ou nenhum desenvolvimento de condição física diminuíam o risco de todas as causas associadas a mortalidade tais como as relacionadas com as actividades de aptidão física. Isto sugere a importância de, a par do incremento de exercícios físicos promotores do desempenho cardio pulmonar, se associarem actividades de contexto social e ocupacional, especialmente para os idosos mais vulneráveis.

A preservação da mobilidade é central para a manutenção dum nível elevado de qualidade de vida pois esta é necessária para a realização das actividades de vida diária e

manutenção da independência. Logo, no contexto da promoção de um envelhecimento bem-sucedido, a implementação de programas de actividade física adequados especificamente aos idosos sedentários, pois são os que estão em alto risco de desenvolver incapacidade física, bem como aqueles com limitações por presença de doenças crónicas, diminuição de força muscular e défices funcionais, é uma medida estratégia benéfica que garante a diminuição do risco de incapacidade na mobilidade e aumenta a qualidade de vida dos idosos (Forrest, Zmuda & Cauley, 2006; Jerome et al., 2006; Pahor et al., 2006; Taylor-Piliae et al., 2006).

A actividade física regular tem como benefícios reduzir o risco de incapacidade física na idade avançada como também aumentar a esperança de vida (Leveille, Guralnik, Ferrucci & Langlois, 1999; Berk, Hubert & Fries, 2006). Os benefícios da actividade física são mediadores nas doenças crónicas como as doenças cardiovasculares e a depressão (Singh, Clements & Singh, 2001) ou com efeitos directos nas disfunções como a diminuição da força muscular (Rantanen, Era & Heikkinen, 1997; Miszko, Cress, Slade, Covey, Agrawal & Doerr, 2003; Pahor et al., 2006), diminuição do equilíbrio (Morgan, Virnig, Duque, Bdel-Moty & De Vito, 2004; Orr et al., 2006) e baixa capacidade cardio respiratória (Huang et al., 1998).

Os resultados da amostra do nosso estudo reflectem pouca participação, ou ausência, em actividades recreativas e de actividade física. Observando-se diferença por género, sendo maior a utilização por parte dos homens idosos. Várias leituras podem ser feitas. Uma delas relaciona-se com o facto dos elementos femininos com idades compreendidas entre os 65-74 anos terem a seu cargo as responsabilidades de cuidadores informais dos seus familiares dependentes, nomeadamente dos maridos, e quando têm netos serem estas a tomarem conta destes em idade pré-escolar e escolar básica, o que as confina ao seu espaço doméstico (Pizzetti et al., 2005). Por outro lado, o peso sócio-cultural da viuvez que isola mais as mulheres viúvas do que os homens viúvos do seu meio social, mas por sua vez as mulheres nesta condição têm mais apoio da família do que os homens, sendo que estes possuem mais elevado nível socioeconómico (Shaw et al., 2007). Outra leitura ainda refere-se à possibilidade do desconhecimento por parte dos idosos sobre a diversidade de actividades que a comunidade pode oferecer e no caso de terem acesso e conhecimento terem a crença que as actividades recreativas já não são para a sua idade (Krout, 1984; Wacker et al., 2002).

Deste modo, fica patente que urge uma intervenção comunitária com base nos pressupostos da “comunidade promotora do idoso” (Feldman & Oberlink, 2003) que vá ao encontro dos idosos e os sensibilize para os benefícios de actividades relacionadas com

o lazer e desenvolvimento pessoal com vista a uma optimização do seu bem-estar a nível da saúde mental e física (aumento da auto-estima, de identidade de grupo, diminuição dos sintomas de vulnerabilidade emocional e de depressão) (Bassuk et al., 1999; Greaves & Farbus, 2006; Clarkson, Venables, Hughes, Burns & Challis, 2006).

5.4.3. Serviços de saúde

No grupo de serviços de saúde são incluídas as consultas médicas; os dispositivos de apoio e próteses; os cuidados de enfermagem; a utilização de psicofármacos; os serviços de saúde mental; e a fisioterapia (Tabela 37, Apêndice AII.32).

As consultas médicas, no total da amostra, e quanto ao sexo, não apresentam diferenças significativas de utilização. Referem a sua utilização, nos últimos seis meses, 98,8% dos homens e 93,4% das mulheres. A necessidade sentida deste serviço, para além da utilização efectuada, também não apresenta diferença, quanto ao sexo, referindo essa necessidade 26,3% dos homens e 25,4% das mulheres.

A análise por grupo etário, para o total da amostra, indica que não existe diferença para a utilização e necessidade sentida de consultas médicas, apresentando os diversos grupos etários valores semelhantes.

Nos diversos grupos etários a utilização e a necessidade sentida de mais consultas médicas, não apresenta diferenças significativas entre homens e mulheres. Assim, no grupo etário de 65-74 anos a utilização deste serviço de saúde ocorreu para 94,7% e a necessidade sentida, para além da utilização, foi referida por 21,9% dos elementos deste grupo. No grupo etário de 75-84 anos esses valores são de 98,4% e 29,7%, respectivamente, e no grupo etário de 85 e mais anos de 91,7% e 33,3%.

Os dispositivos de apoio e próteses, no total da amostra, não apresentam, quanto ao sexo, diferença de utilização ou de necessidade acrescida para além da já utilizada. Este serviço é utilizado por 61,3% dos homens e 62,3% das mulheres. A necessidade sentida, para além da utilização, é indicada por 23,8% dos homens e 24,6% das mulheres.

Analisando, no total da amostra, os valores obtidos nos diversos grupos etários, verificamos que a utilização de dispositivos de apoio e próteses não apresenta diferenças

de utilização. A necessidade sentida apresenta diferença (p=0,001), sendo mais referida no grupo etário de 75-84 anos.

Em nenhum grupo etário se observa, para o sexo, diferença de utilização ou necessidade sentida de dispositivos de apoio e próteses. A utilização verifica-se no grupo etário de 65-74 anos por 64,9% e a necessidade sentida é apontada por 14,9%. No grupo etário de 75-84 anos utilizam 56,3% e referem necessitar 39,1%. No grupo etário de 85 e mais anos este serviço é utilizado por 70,8%, e 29,2% referem a necessidade do seu acréscimo.

Os cuidados de enfermagem utilizados nos últimos seis meses, para o total da amostra, não apresentam diferença quanto ao sexo. Foram utilizados por 27,5% dos homens e 32,8% das mulheres, e a sua necessidade sentida é referida, respectivamente, por 23,8% e 26,2%.

Não se verificam, no total da amostra, diferenças significativas de utilização e necessidade sentida de cuidados de enfermagem, nos diferentes grupos etários.

Para cada um dos grupos etários, a utilização e necessidade sentida de cuidados de enfermagem, não apresenta diferenças significativas quanto ao sexo. No grupo etário de 65-74 anos os cuidados de enfermagem foram utilizados por 26,3%, sendo a sua necessidade sentida por 21,1%. No grupo etário de 75-84 anos a utilização verificou-se em 37,5% e a necessidade sentida é referida por 32,8%. Para o grupo de idade igual ou superior a 85 anos o mesmo serviço foi utilizado por 33,3% e a sua necessidade foi sentida por 23,0%.

A toma, nos últimos seis meses, de psicofármacos receitados, não apresenta no total da amostra diferença significativa quanto ao sexo. O mesmo se passa quanto à necessidade sentida de utilização destes fármacos. Este serviço de saúde é utilizado por 15% dos homens e 23,0% das mulheres, e a sua necessidade sentida é nos homens, igualmente, de 15,0% e nas mulheres de 23,8%.

No total da amostra, os dados obtidos apontam para a inexistência de diferença significativa, quanto ao grupo etário, na utilização e necessidade sentida de medicamentos psicotrópicos.

Nos diversos grupos etários, a utilização e necessidade sentida de psicotrópicos, não apresenta, para o sexo, diferença significativa. A utilização no grupo etário de 65-74 anos é de 21,1% e referem necessitar 22,8%. No grupo etário de 75-84 anos utilizam 17,2% e

sentem a sua necessidade 15,6%. No grupo etário de 85 e mais anos a utilização de psicofármacos é de 20,8% e coincide com a necessidade sentida.

Os serviços de saúde mental, para o total da amostra, não apresentam, quanto ao sexo, diferença significativa de utilização. No entanto, a necessidade sentida (p=0,018) é significativamente mais elevada nas mulheres. Assim, utilizaram este serviço nos últimos seis meses, 8,8% dos homens e 16,4% das mulheres. Nos homens a necessidade sentida é de 8,8% e nas mulheres de 21,3%.

Os dados obtidos indicam que não se verique diferença, quanto ao grupo etário para o total da amostra, na utilização e necessidade sentida de serviços de saúde mental.

No grupo etário de 65-74 anos os dados apontam para que os serviços de saúde mental tenham, quanto ao sexo, uma significativa diferença de utilização (p=0,044), sendo utilizados por 8,0% dos homens e 21,9% das mulheres, num total de 15,8% do grupo etário. A necessidade sentida apresenta, igualmente, diferença quanto ao sexo (p=0,024), referindo-a 10,0% dos homens e 26,6% das mulheres, correspondendo a 19,3% deste grupo.

No grupo etário de 75-84 anos a utilização e a necessidade sentida de serviços de saúde mental não apresentam significativa diferença, quanto ao sexo. Para o total do grupo etário a utilização coincide com a necessidade sentida apresentando o valor de 10,9%.

No grupo etário de 85 e mais anos, quanto ao sexo, não se verifica diferença de utilização e necessidade sentida de serviços de saúde mental, apresentando este grupo uma utilização por 8,3%, e a sua necessidade sentida por 16,7% dos seus elementos.

A fisioterapia é um serviço de saúde cuja utilização e necessidade sentida não apresenta, para o total da amostra, diferenças significativas quanto ao sexo. É um serviço utilizado por 2,5% dos homens e 6,6% das mulheres, mas a sua necessidade sentida é manifestada por 10,0% dos homens e 13,1% das mulheres.

Para o total da amostra não se verifica diferença de utilização de fisioterapia, quanto ao grupo etário. O mesmo já não se verifica quanto à necessidade sentida (p=0,039), apresentando esta o valor mais elevado no grupo etário de 85 e mais anos.

Nos diversos grupos etários a utilização e a necessidade sentida de fisioterapia não apresentam diferença, quanto ao sexo. No grupo etário de 65-74 anos utilizam este serviço 6,1% e indicam a sua necessidade 12,3%; no grupo etário de 75-84 anos a utilização é efectuada por 3,1% e 6,3% referem a sua necessidade. No grupo etário de 85

e mais anos a utilização é de 4,2%, mas a necessidade sentida é neste grupo a mais elevada com 25,0%.

Estes resultados vêm ao encontro da ideia central do modelo comportamental da utilização de serviços de saúde de Andersen (1995) que reforça a noção de que os factores predisponentes e os que possibilitam a utilização de serviços são condições necessárias mas não suficientes. Para que ocorra a utilização de serviços o indivíduo tem de ter a necessidade, sentida/percepcionada (pelo próprio) ou avaliada (pelos profissionais de saúde). Desta forma, é a análise integradora destes três componentes e a sua relação com a utilização dos serviços de saúde que deve ser considerada.

A utilização de serviços de saúde é um fenómeno multidimensional que depende da interacção entre a saúde mental e física, e factores atitudinais e sociais na velhice (Rosenberg & Moore, 1997; Allgoog-Scoot, 1998; Hillerås, Jorm, Herlitz & Winblad, 2001; Mroczek & Spiro, 2005; Chapman, Duberstein, Sörensen & Lyness, 2006; Linden, Horgas, Gilbert & Steinhagen-Thiessen, 2001).

Conforme explicitado no enquadramento teórico, a população idosa requer uma efectiva e eficiente coordenação dos serviços públicos que os ajude a manter a autonomia e independência o mais tempo possível (Eaton, 2002).

Além demais as pessoas idosas estão particularmente em risco de se tornarem vulneráveis, por vezes devido a falta de apoio familiar, ou a baixos recursos económicos que não permitem sair de casa e que condicionam a sobrevivência no dia-a-dia com dificuldades acrescidas e isolamento, e quando têm possibilidade de recorrer aos serviços de saúde identificam-se como receptores passivos de serviços de saúde (Wieck, 2000).

Num estudo sobre a utilização pela população idosa com idades compreendidas entre os 65-74 anos de dois países nórdicos constatou-se que os idosos fizeram uma visita médica no espaço de doze meses, encontrando-se diferenças entre os finlandeses e os noruegueses, sendo que os primeiros recorriam mais a médicos especialistas. As taxas de auto-percepção do estado de saúde eram mais elevadas nos idosos que recorriam mais ao acompanhamento médico especializado (Suominen-Taipale, Koskinen, Martelin, Holmen & Jonhsen, 2004).

A revisão da literatura relativa à utilização de cuidados de saúde domiciliários revela um aumento da sua utilização pela população idosa, que se apresenta com um número elevado de incapacidades na realização das suas actividades de vida diária, que vivem

sozinhos, com um baixo nível de suporte informal e com cobertura medicamentosa Kadushin (2004). No nosso estudo este aspecto é omisso já que não é efectuada a avaliação do local de prestação de cuidados. No entanto, a percepção é de que os maiores utilizadores de cuidados no domicílio são, efectivamente, os idosos com incapacidades que lhe limitam a locomoção e deslocação ao Centro de Saúde.

Baixos níveis de expectativa de auto-eficácia na realização das actividades de vida diária em idosos estão associados com a futura utilização de cuidados domiciliários por este grupo e *vice-versa*. Nos idosos que vivem sozinhos observou-se uma associação entre as limitações no contexto social e a mudança para a utilização de cuidados domiciliários (Knol, Haken & Kempens, 2003).

5.4.4. Serviços de apoio económico

O grupo de serviços de apoio económico é constituído pela ajuda económica em geral e pela ajuda para compra de comida (Tabela 38, Apêndice AII.33).

A totalidade dos inquiridos usufrui de ajuda económica em geral, dispondo, de forma regular, de alguma fonte de rendimento. Apesar da utilização generalizada deste serviço, realizada principalmente através de pensões de reforma e invalidez, a necessidade sentida de acréscimo dos valores auferidos é, para o total da amostra, apontado por 38,8% dos homens e 45,1% das mulheres. Não se verifica diferença significativa quanto ao sexo.

A análise por grupo etário, para o total da amostra, aponta para diferença quanto à necessidade sentida de aumento de ajuda económica em geral (p=0,030), sendo esta necessidade mais referida no grupo etário de 85 e mais anos.

Nos diferentes grupos etários não se observa diferença, quanto ao sexo, para a necessidade sentida de aumento de rendimentos.

No grupo etário de 65-74 anos referem rendimentos insuficientes para os gastos 37,7% dos seus elementos. No grupo etário de 75-84 anos esse valor é de 43,5% e no de 85 e mais anos de 66,7%.

A ajuda para a compra de comida não apresenta, para o total da amostra, diferença significativa quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida deste serviço.

Recebem ajuda 6,3% dos homens e 8,2% das mulheres e referem a sua necessidade, respectivamente, 8,8% e 7,4%.

Da análise por grupo etário, para o total da amostra, verificam-se diferenças ($p<0,001$) quanto à ajuda na compra de comida, sendo o grupo etário de 85 e mais anos aquele que mais refere a sua utilização. De igual modo a necessidade sentida também apresenta diferença ($p=0,002$), com o mesmo grupo etário a deter o valor mais elevado.

Não se observam, em todos os grupos etários, diferenças quanto ao sexo para a utilização e necessidade sentida de ajuda para a compra de comida.

No grupo etário de 65-74 anos utilizam este serviço 3,5% mas, para além destes, 6,4% referem necessitar e não dispor dessa ajuda. No grupo etário de 75-84 anos esses valores são de, respectivamente, 3,1% e 4,8%, atingindo no grupo etário de 85 e mais anos, 37,5% e 25,0%. Estes dados apontam para que 9,9% (no grupo etário 65-74 anos), 7,9% (no grupo etário 75-84 anos) e 62,5% (no grupo etário de 85 e mais anos), avaliem como insuficientes os seus rendimentos, mesmo para a alimentação, na ausência de ajuda.

A necessidade sentida no que se refere aos serviços de apoio como a ajuda nas compras e no lidar com as finanças é constatada para a maioria das pessoas mais idosas. Relativamente à primeira, a condição de presença de doenças crónicas dificulta para muitos idosos a actividade de fazer compras, desde a falta de força para transportar as compras, à limitação de mobilidade e de coordenação de movimentos de preensão e de equilíbrio (Wacker et al., 2002). Houde (2001) constatou que os filhos como cuidadores informais providenciam maior ajuda na deslocação/transporte e no lidar com as finanças enquanto que as filhas prestam uma maior ajuda nas tarefas de casa e de fazer compras.

Neste sentido, nos Estados Unidos muitas comunidades têm desenvolvido serviços de assistência a compras de produtos alimentares com a coordenação conjunta com grupo de voluntários e dos serviços de transporte público. Assegurando desta forma companhia aos idosos que podem deslocar-se para fazer as suas compras e/ou providenciando a entrega em casa daqueles que não se podem deslocar (Wacker et al., 2002).

Quanto à questão de ajuda económica, constata-se que apesar do aumento das pensões a nível da segurança social este não corresponde às necessidades económicas para a manutenção da vida quotidiana após a reforma na maioria dos idosos (Schultz, 2001).

Apesar de não se verificar no nosso estudo diferença significativa quanto ao sexo, os estudos apontam para uma maior necessidade económica para as mulheres idosas que vivem sozinhas (Richardson, 1990; Schultz, 2001; Wacker et al., 2002).

5.4.5. Serviços de apoio, avaliação e coordenação

O grupo de serviços de apoio, avaliação e coordenação é constituído por dois serviços: o de coordenação, informação e apoio; e o de avaliação sistemática multidimensional (Tabela 39, Apêndice AII.34).

O serviço de coordenação, informação e apoio, centra-se na avaliação da necessidade de ajuda e na informação sobre a forma da pessoa a obter. Não apresenta, no total da amostra, diferenças quanto ao sexo nem para a utilização nem para a necessidade sentida. A utilização deste serviço é de 3,8% para os homens e de 1,6% para as mulheres. A necessidade sentida, de avaliação e informação, é mais elevada, sendo referida por 30,0% dos homens e 34,4% das mulheres.

Os resultados obtidos nos três grupos etários apontam para a inexistência de diferença quanto à utilização deste serviço, mas a sua necessidade sentida apresenta diferenças (p=0,006), sendo mais referida no grupo etário de idade igual e superior a 85 anos.

Em todos os grupos etários não se verificam diferenças, quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida de serviços de coordenação, informação e apoio. No entanto, observa-se que em todos os referidos grupos, a necessidade sentida é superior à utilização verificada.

Assim, o grupo etário de 65-74 anos apresenta uma utilização deste serviço por 2,6% e uma necessidade sentida de 24,6%, no grupo etário de 75-84 anos é de, respectivamente, 1,6% e 42,2% e no grupo etário de 85 e mais anos de 4,2% e 45,9%.

O serviço de avaliação sistemática multidimensional, implicando a avaliação do estado geral da pessoa nas componentes de saúde e sociais, não revela quanto ao sexo, para o total da amostra, diferenças de utilização e necessidade sentida. A sua utilização é referida por 1,3% dos homens e 3,3% das mulheres, mas a necessidade sentida é de, respectivamente, 31,3% e 36,9%.

Da análise segundo o grupo etário verificamos a existência de diferenças para a utilização (p<0,001) e para a necessidade sentida (p=0,002) deste serviço, observando-se os valores mais elevados no grupo etário de 85 e mais anos.

Em todos os grupos etários não se verifica, quanto ao sexo, diferença de utilização e necessidade sentida de avaliação sistemática multidimensional. Tal como no serviço de coordenação, informação e apoio, também no serviço de avaliação sistemática multidimensional a necessidade sentida é superior à utilização efectuada.

No grupo etário de 65-74 anos a utilização deste serviço é referida em 0,9% dos casos e a necessidade sentida em 26,3%. No grupo etário de 75-84 anos não se observou nenhum caso de utilização e a necessidade sentida é referida por 42,2% dos elementos do grupo. No grupo etário de 85 e mais anos verificam-se os valores mais elevados de utilização, com 16,7% e de necessidade sentida com 54,2%.

5.4.6. Serviços não classificados

O grupo de serviços não classificados inclui: transporte, serviços de realojamento, serviços de emprego e preparação para as AVD (Tabela 40, Apêndice AII.35).

O transporte é o serviço, dentro do grupo de serviços não classificados, que tem maior utilização e necessidade sentida. Para o total da amostra a utilização e necessidade sentida, para além da utilização efectuada, não apresentam diferenças significativas quanto ao sexo. Este serviço é utilizado por 91,3% dos homens e 89,3% das mulheres da amostra. No entanto, esta utilização é referida como ficando aquém das necessidades por 11,3 % dos homens e 9,0% das mulheres.

Na análise do total da amostra observa-se a existência de diferença significativa quanto ao grupo etário (p=0,031), na à utilização de transporte, tendo este uma maior utilização nos grupos etários de 75-84 e 65-74 anos. A necessidade sentida, para além da utilização, não apresenta, quanto ao grupo etário, diferença com significado estatístico.

No grupo etário de 65-74 anos, a utilização e a necessidade sentida não apresentam diferenças quanto ao sexo. O serviço de transporte é utilizado por 92,1% dos elementos deste grupo etário, e 10,5% referem necessitar deste serviço mais vezes do que aquelas de que dispõem.

No grupo etário de 75-84 anos a diferença de utilização de transporte, quanto ao sexo, apresenta diferença significativa (p=0,043), sendo este utilizado por 83,3% dos homens e 97,5% das mulheres, o que representa no grupo etário uma utilização por 92,2% dos seus elementos. A necessidade sentida, para além da utilização efectuada, não apresenta diferença significativa, quanto ao sexo, sendo referida em 7,8% dos casos.

No grupo etário de 85 e mais anos não se verificam diferenças significativas, quanto ao sexo, para a utilização e necessidade sentida de transporte. No total do grupo etário este serviço é utilizado por 75,0% dos seus elementos e 12,5% referem que disponibilidade de transporte fica áquem das suas necessidades.

Os restantes serviços incluídos neste grupo apresentam uma diminuta utilização e necessidade sentida.

Os serviços de realojamento, implicando ajuda recebida para a obtenção de novo local para viver, apenas aparecem mencionados por um homem do grupo etário de 75-84 anos. A necessidade sentida deste serviço é também reduzida surgindo apenas referido, no total da amostra, por um homem do grupo etário de 75-84 anos e por duas mulheres, uma em cada um dos restantes grupos etários.

Os serviços de emprego não apresentam qualquer indicação de utilização em toda a amostra e a necessidade sentida de ajuda para a procura de um emprego é apenas mencionada por um homem do grupo etário de 65-74 anos.

A preparação para as AVD tem também uma fraca expressão na utilização e necessidade sentida. Apenas uma mulher do grupo etário 65-74 anos faz referência à utilização deste serviço, e a sua necessidade é apenas sentida por uma mulher do mesmo grupo etário.

A acessibilidade aos meios de transporte tem um papel crucial no bem-estar físico, psicológico e social das pessoas idosas. Uma vez que a saúde física depende na facilidade de acesso aos serviços de saúde e a outros serviços sociais. A habilidade de manutenção de uma vida social activa na velhice depende da acessibilidade ao grupo familiar e amigos assim como a actividades culturais e recreativas (Wacker, Roberto & Piper, 2002).

O aumento da idade, não possuir meio de transporte e a viuvez, estão associados ao aumento do uso de serviços tal como a pior auto avaliação da saúde em geral. Pior funcionamento físico, problemas emocionais, problemas cognitivos, limitações à marcha

e maior número de quedas são determinantes (preditores) da utilização de serviços. (Stoddart, Whitley, Harvey & Sharp, 2002).

Raynes, Coulthard, Glenister e Temple (2004), dão conta que para os idosos a acessibilidade a transportes para poderem sair de casa, adaptações do espaço físico, ajuda nas AVD (principalmente na ajuda das tarefas domésticas) são dos serviços mais valorizados.

Medidas de saúde pública que reduzam as barreiras e que promovam o envolvimento social nos idosos como por exemplo, investimento em transportes para deslocar os idosos a centros de dia, aumento de actividades ocupacionais e de lazer, seriam importantes intervenções com benefícios para a saúde em geral dos idosos (Glass et al., 1999).

Em resumo, os resultados mais relevantes na globalidade dos serviços gerais de apoio, serviços sociais e recreativos, serviços de saúde, serviços de apoio económico e serviços de apoio, avaliação e coordenação, são os seguintes:

- Dos serviços gerais de apoio a **preparação de refeições** é o serviço mais utilizado. Apresenta, para o total da amostra, diferença significativa, para o sexo, quer quanto à utilização quer quanto à necessidade sentida. Os homens referem uma maior utilização (67,5% contra 27,9% das mulheres) e maior necessidade sentida desse serviço (62,5% contra 22,1% das mulheres). Em todos os grupos etários observa-se que os homens apresentam maior utilização e necessidade sentida da preparação de refeições.

- Os **serviços de monitorização**, para o total da amostra e nos diversos grupos etários, não apresentam diferença quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida. Utilizam este serviço, no total da amostra, 66,3% dos homens e 67,2% das mulheres, referindo a sua necessidade, respectivamente, 57,5% e 66,4%. Especificamente aos grupos etários a utilização deste serviço é de 60,5% no grupo etário de 65-74 anos e de 75,0% no grupo etário de 75-84 anos e no grupo etário de 85 e mais anos. Por seu lado a necessidade sentida é de, respectivamente para os mesmos grupos, de 55,3%, 75,0% e 66,7%.

- Relativamente aos **serviços domésticos** constatou-se para o total da amostra e quanto ao sexo, diferença de utilização e de necessidade sentida. Os homens referem maior utilização (72,5% destes e 47,5% das mulheres), e maior necessidade sentida (71,3% e 51,6% para as mulheres). Como se observa, para as mulheres, a necessidade sentida é superior à utilização.

- Os **serviços administrativos**, no total da amostra, apresentam diferença quanto ao sexo, para a utilização e necessidade sentida de serviços administrativos, com valores mais elevados por parte das mulheres. Observa-se, por parte dos homens, uma necessidade sentida superior à utilização. A utilização é apontada por 36,3% dos homens e 73,8% das mulheres e a necessidade sentida, respectivamente, por 45,0% e 73,8%.

- Dos **serviços sociais e recreativos** as viagens dirigidas a idosos são as mais utilizadas, constatando-se que no total da amostra, existe diferença de utilização quanto ao género (31,3% dos homens e 18,0% das mulheres). Quanto à necessidade sentida, os valores obtidos são de 36,3% para os homens e 25,4% para as mulheres, não tendo esta diferença significado estatístico. De salientar quanto ao grupo etário de 65-74 anos a participação em actividades sociais e recreativas tem, quanto ao sexo, diferença significativa, sendo este serviço utilizado por 14,0% dos homens e 1,6% das mulheres.

- Quanto à utilização dos **serviços de saúde** as consultas médicas, seguidas dos dispositivos de apoio e próteses e os cuidados de enfermagem são os mais mencionados. Esta situação decorre do aumento dos cuidados exigido pelo processo de envelhecimento.

- Analisando, no total da amostra, os valores obtidos nos diversos grupos etários, verificamos que a utilização de **dispositivos de apoio e próteses** não apresenta diferenças de utilização. A necessidade sentida apresenta diferença, sendo mais referida no grupo etário de 75-84 anos.

- Para cada um dos grupos etários, a utilização e necessidade sentida de **cuidados de enfermagem**, não apresenta diferenças significativas quanto ao sexo. No grupo etário de 65-74 anos os cuidados de enfermagem foram utilizados por 26,3%, sendo a sua necessidade sentida por 21,1%. No grupo etário de 75-84 anos a utilização verificou-se em 37,5% e a necessidade sentida é referida por 32,8%. Para o grupo de idade igual ou superior a 85 anos o mesmo serviço foi utilizado por 33,3% e a sua necessidade foi sentida por 23,0%.

- Os **serviços de saúde mental**, para o total da amostra, não apresentam, quanto ao sexo, diferença significativa de utilização. No entanto, a necessidade sentida é significativamente mais elevada nas mulheres. Assim, utilizaram este serviço nos últimos seis meses, 8,8% dos homens e 16,4% das mulheres. Nos homens a necessidade sentida é de 8,8% e nas mulheres de 21,3%.

- A **fisioterapia** é um serviço de saúde cuja utilização e necessidade sentida não apresenta, para o total da amostra, diferenças significativas quanto ao sexo. É um serviço utilizado por 2,5% dos homens e 6,6% das mulheres, mas a sua necessidade sentida é manifestada por 10,0% dos homens e 13,1% das mulheres.

- Nos **serviços de apoio económico** constatou-se que a totalidade dos inquiridos usufrui de ajuda económica em geral dispondo, de forma regular, de alguma fonte de rendimento. Apesar da utilização generalizada deste serviço, realizada principalmente através de pensões de reforma e invalidez, a necessidade sentida de acréscimo dos valores auferidos é, para o total da amostra, apontado por 38,8% dos homens e 45,1% das mulheres. Não se verifica diferença significativa quanto ao sexo.

- Quanto à **ajuda na compra de comida**, da análise por grupo etário, para o total da amostra, verificam-se diferenças, sendo o grupo etário de 85 e mais anos aquele que mais refere a sua utilização. De igual modo a necessidade sentida também apresenta diferença, com o mesmo grupo etário a deter o valor mais elevado. Para o total da amostra, não existe diferença significativa quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida deste serviço. Recebem ajuda 6,3% dos homens e 8,2% das mulheres e referem a sua necessidade, respectivamente, 8,8% e 7,4%.

- Nos **serviços de apoio, avaliação e coordenação** constatou-se que em todos os grupos etários não se verificam diferenças, quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida de serviços de coordenação, informação e apoio. No entanto, observa-se que em todos os referidos grupos, a necessidade sentida é superior à utilização verificada. A necessidade sentida, de avaliação e informação foi referida no total da amostra por 30,0% dos homens e 34,4% das mulheres.

- O **serviço de avaliação sistemática multidimensional**, implicando a avaliação do estado geral da pessoa nas componentes de saúde e sociais, não revela quanto ao sexo, para o total da amostra, diferenças de utilização e necessidade sentida. A sua utilização é referida por 1,3% dos homens e 3,3% das mulheres, mas a necessidade sentida é de, respectivamente, 31,3% e 36,9%. De salientar que no grupo etário de 85 e mais anos verificam-se os valores mais elevados de utilização, com 16,7% e de necessidade sentida com 54,2%.

- No grupo **de serviços não classificados** o transporte é o serviço que tem maior utilização e necessidade sentida. Para o total da amostra a utilização e necessidade sentida, para além da utilização efectuada, não apresentam diferenças significativas quanto ao sexo. Este serviço é utilizado por 91,3% dos homens e 89,3% das mulheres

da amostra. No entanto, esta utilização é referida como ficando aquém das necessidades por 11,3 % dos homens e 9,0% das mulheres.

5.5. HIPÓTESES ESTUDADAS

Tendo por base as hipóteses formuladas e a forma como os resultados foram apresentados, os Quadros síntese pretendem explicitar, para cada área funcional, a diferença de avaliação entre sexos dentro de cada grupo etário, a diferença entre grupos etários no total da amostra e a diferença entre sexos para o total da amostra.

Apesar de apresentarmos, também, o resumo dos resultados mais relevantes de acordo com a avaliação efectuada pelo entrevistador (PIF), a nossa atenção vai centrar-se na avaliação de acordo com o modelo OARS. Tal opção tem por base, como justificaremos aquando das conclusões ao trabalho, o facto de defendermos que em estudos populacionais deverá ser utilizada a classificação resultante do modelo OARS.

Atendendo às hipóteses formuladas para este trabalho apresentamos, em Quadro 13 e Quadro 14, uma síntese dos resultados obtidos na classificação da incapacidade funcional em cada uma das cinco áreas avaliadas. Existindo, e tendo sido trabalhados os dados da avaliação efectuada pelo entrevistador (PIF) e os dados fornecidos pela avaliação efectuada pelo modelo OARS, são, em ambos os casos, apresentados os resultados que apresentam diferença com significado estatístico.

Em ambos os Quadros o número que surge entre parêntesis, e em posição superior à linha, corresponde ao indicado na formulação das hipóteses.

Quadro 13 – Resumo dos resultados mais relevantes de acordo com a PIF

Área funcional	**Grupos etários**			**Total da amostra**	
	65-74 anos	**75-84 anos**	**≥ 85 anos**	**Grupo etário**	**Sexo**
Recursos sociais	p<0,001(1)	n.s.(1)	n.s.(1)	n.s.(6)	p<0,001(11)
Rec. económicos	p=0,007(2)	n.s.(2)	n.s.(2)	p=0,013(7)	p=0,003(12)
Saúde mental	p=0,001(3)	n.s.(3)	n.s.(3)	p<0,001(8)	p<0,001(13)
Saúde física	n.s.(4)	n.s.(4)	n.s.(4)	n.s.(9)	n.s.(14)
AVD	n.s.(5)	p=0,008(5)	n.s.(5)	p<0,001(10)	n.s.(15)

Da classificação efectuada pelo modelo OARS e do tratamento desses dados, resulta o (Quadro 14), a partir do qual faremos a análise das hipóteses formuladas.

Quadro 14 – Resumo dos resultados mais relevantes de acordo com as avaliações do modelo OARS

Área funcional	**Grupos etários**			**Total da amostra**	
	65-74 anos	**75-84 anos**	**≥ 85 anos**	**Grupo etário**	**Sexo**
Recursos sociais	p<0,001(1)	p=0,004(1)	n.s.(1)	p<0,001(6)	p<0,001(11)
Rec. económicos	n.s.(2)	n.s.(2)	n.s.(2)	p=0,004(7)	n.s.(12)
Saúde mental	n.s.(3)	n.s.(3)	n.s.(3)	p=0,004(8)	p=0,026(13)
Saúde física	n.s.(4)	n.s.(4)	n.s.(4)	p=0,011(9)	n.s.(14)
AVD	n.s.(5)	p=0,029(5)	n.s.(5)	p<0,001(10)	n.s.(15)

(1) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de recursos sociais"*, não se confirma. Existe diferença de classificação entre homens e mulheres, nos grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos, sendo as mulheres avaliadas mais negativamente nesta área funcional.

(2) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de recursos económicos"*, confirma-se. Não existe diferença de classificação com significado estatístico nos três grupos etários.

(3) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de saúde mental"*, confirma-se. Não existe diferença de classificação com significado estatístico nos três grupos etários.

(4) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de saúde física"*, confirma-se. Não existe diferença de classificação com significado estatístico nos três grupos etários.

(5) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, nos três grupos etários, na área funcional de actividades de vida diária"*, não se confirma para os três grupos etários. Observa-se diferença de classificação no grupo etário dos 75-84 anos, sendo os homens deste grupo etário avaliados mais negativamente nesta área funcional.

(6) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de recursos sociais"*, não se confirma. Observa-se uma diferente classificação quanto ao grupo etário, sendo o de 75-84 anos aquele que é avaliado mais negativamente.

(7) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de recursos económicos"*, não se confirma. Observa-se uma diferente classificação quanto ao grupo etário, sendo o de 85 e mais anos aquele que é avaliado mais negativamente.

(8) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de saúde mental"*, não se confirma. Observa-se uma diferente classificação quanto ao grupo etário, sendo o de 85 e mais anos aquele que é avaliado mais negativamente.

(9) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de saúde física"*, não se confirma. Observa-se uma diferente classificação quanto ao grupo etário, sendo o de 85 e mais anos aquele que é avaliado mais negativamente.

(10) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre grupos etários, na área funcional de actividades de vida diária"*, não se confirma. Observa-se uma diferente classificação quanto ao grupo etário, sendo o de 85 e mais anos aquele que é avaliado mais negativamente.

(11) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de recursos sociais"*, não se confirma. Observa-se uma diferente classificação quanto ao sexo, sendo as mulheres avaliadas mais negativamente.

(12) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de recursos económicos"*, confirma-se. Observa-se que não existe diferença de classificação com significado estatístico.

(13) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de saúde mental"*, não se confirma. Observa-se uma diferente classificação quanto ao sexo, sendo as mulheres avaliadas mais negativamente.

(14) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de saúde física"*, confirma-se. Observa-se que não existe diferença de classificação com significado estatístico.

(15) - A hipótese *"Não existe diferença de classificação entre sexos, no total da amostra, na área funcional de actividades de vida diária"*, confirma-se. Observa-se que não existe diferença de classificação com significado estatístico.

Do tratamento dos dados respeitantes à utilização de serviços resulta o Quadro 15.

Quadro 15 – Resumo dos resultados mais relevantes da utilização de serviços

Serviços	Grupos etários			Total da amostra	
	65-74 anos	75-84 anos	≥ 85 anos	Grupo etário	Sexo
Serviços gerais de apoio	(16)	(16)	(16)	(17)	(18)
Preparação de refeições	p<0,001	p<0,001	n.s.	p=0,001	p<0,001
Serviços de monitorização	n.s.	n.s.	n.s.	ns	n.s.
Serviços domésticos	p<0,001	p=0,027	n.s.	p<0,001	p<0,001
Cuidados pessoais	n.s.	ns	n.s.	p<0,001	n.s.
Serviços administrativos	p<0,001	p=0,001	n.s.	p=0,025	p<0,001
Supervisão contínua	n.s.	n.s.	n.s.	p<0,001	n.s.
Serviços socais e recreativos					
Viagens	n.s.	p=0,003	n.s.	p=0,021	p=0,028
Serviços sociais e recreativos	p=0,010	n.s.	-	n.s.	p=0,002
Desporto	n.s.	-	-	n.s.	n.s.
Serviços de saúde					
Consultas médicas	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Dispositivos de apoio e próteses	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Cuidados de enfermagem	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Psicofármacos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Serviços de saúde mental	p=0,044	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Fisioterapia	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Serviços de apoio económico					
Ajuda económica em geral	-	-	-	n.s.	-
Ajuda para compra de comida	n.s.	n.s.	n.s.	p<0,001	n.s.
Serviços de apoio, avaliação e coordenação					
Serviços de coordenação, informação e apoio	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Avaliação sistemática multidimensional	n.s.	-	-	p<0,001	n.s.
Serviços não classificados					
Transporte	n.s.	p=0,043	n.s.	p=0,031	n.s.
Serviços de realojamento	-	n.s.	-	n.s.	n.s.
Serviços de emprego	-	-	-	-	-
Preparação para as AVD	n.s.	-	-	-	n.s.

(16) - A hipótese *"Não existe diferença na utilização de serviços entre sexos, nos três grupos etários"*, não se confirma.

No grupo etário de 65-74 anos observa-se uma diferente utilização na preparação de refeições, serviços domésticos, serviços sociais e recreativos (mais utilizados pelos homens); serviços administrativos e serviços de saúde mental (mais utilizados pelas mulheres).

No grupo etário de 75-84 anos observa-se uma diferente utilização da preparação de refeições, serviços domésticos, viagens (mais utilizados pelos homens); serviços administrativos e de transporte (mais utilizados pelas mulheres).

Se formulada apenas para o grupo etário de 85 e mais anos, a hipótese confirmar-se-ía já que neste grupo etário não se verificou diferença na utilização, quanto ao sexo, em nenhum serviço.

(17) - A hipótese *"Não existe diferença na utilização de serviços entre grupos etários"*, não se confirma. Observa-se uma diferente utilização de viagens (mais utilizadas no grupo etário de 65-74 anos); serviços domésticos e transporte (mais utilizadas no grupo etário de 75-84 anos); preparação de refeições, cuidados pessoais, serviços administrativos, supervisão contínua, ajuda para compra de comida e avaliação sistemática multidimensional (mais utilizados no grupo etário de 85 e mais anos).

(18) - A hipótese *"Não existe diferença na utilização de serviços entre sexos, no total da amostra"*, não se confirma. Observa-se uma diferente utilização na preparação de refeições, serviços domésticos, viagens, serviços sociais e recreativos (mais utilizados pelos homens); e serviços administrativos (mais utilizados pelas mulheres).

Do tratamento dos dados respeitantes à utilização de serviços resulta o Quadro 16.

Quadro 16 – Resumo dos resultados mais relevantes da necessidade sentida de serviços

Serviços	Grupos etários			Total da amostra	
	65-74 anos	75-84 anos	≥ 85 anos	Grupo etário	Sexo
Serviços gerais de apoio	(19)	(19)	(19)	(20)	(21)
Preparação de refeições	p<0,001	p<0,001	n.s.	p=0,004	p<0,001
Serviços de monitorização	n.s.	n.s.	n.s.	p=0,020	n.s.
Serviços domésticos	p=0,002	n.s.	n.s	p<0,001	p=0,005
Cuidados pessoais	n.s.	p=0,035	n.s.	p=0,005	p=0,016
Serviços administrativos	p<0,001	p=0,008	n.s.	p=0,018	p<0,001
Supervisão contínua	p=0,049	n.s.	n.s.	p<0,001	n.s
Serviços socais e recreativos					
Viagens	n.s.	p=0,002	n.s.	p=0,017	n.s.
Serviços sociais e recreativos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Desporto	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.
Serviços de saúde					
Consultas médicas	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Dispositivos de apoio e próteses	n.s.	n.s.	n.s.	p=0,001	n.s.
Cuidados de enfermagem	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Psicofármacos	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Serviços de saúde mental	0,024	n.s.	n.s.	n.s.	0,018
Fisioterapia	n.s.	n.s.	n.s.	p=0,039	n.s.
Serviços de apoio económico					
Ajuda económica em geral	n.s.	n.s.	n.s.	p=0,030	n.s.
Ajuda para compra de comida	n.s.	n.s.	n.s.	p=0,002	n.s.
Serviços de apoio, avaliação e coordenação					
Serviços de coordenação, informação e apoio	n.s.	n.s.	n.s.	p=0,006	n.s.
Avaliação sistemática multidimensional	n.s.	n.s.	n.s.	p=0,002	n.s.
Serviços não classificados					
Transporte	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Serviços de realojamento	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Serviços de emprego	n.s.	-	-	-	n.s.
Preparação para as AVD	n.s.	-	-	-	n.s.

(19) - A hipótese “Não existe diferença na necessidade sentida de serviços entre sexos, nos três grupos etários”, não se confirma.

No grupo etário de 65-74 anos observa-se uma diferente necessidade sentida de serviços de preparação de refeições, serviços domésticos e supervisão contínua (com mais necessidade sentida pelos homens); e serviços administrativos e serviços de saúde mental (com mais necessidade sentida pelas mulheres).

No grupo etário de 75-84 anos observa-se uma diferente necessidade sentida de serviços de preparação de refeições, viagens (com mais necessidade sentida pelos homens); e cuidados pessoais e serviços administrativos (com mais necessidade sentida pelas mulheres).

Como verificado para a utilização de serviços, se formulada apenas para o grupo etário de 85 e mais anos, a hipótese confirmar-se-ía já que neste grupo etário não se verificou diferença na utilização, quanto ao sexo, em nenhum serviço.

(20) - A hipótese “Não existe diferença de na necessidade sentida de serviços entre grupos etários”, não se confirma.

Observa-se uma diferente necessidade sentida de serviços de monotorização, serviços domésticos, serviços administrativos, viagens, dispositivos de apoio e próteses (com mais necessidade sentida no grupo etário de 75-84 anos). Verifica-se, também, diferente necessidade sentida na preparação de refeições; cuidados pessoais; supervisão contínua; fisioterapia; ajuda económica em geral; ajuda para compra de comida; serviços de coordenação; informação e apoio, avaliação sistemática multidimensional (mais necessidade sentida no grupo etário de 85 e mais anos).

(21) - A hipótese “Não existe diferença na necessidade sentida de serviços entre sexos, no total da amostra”, não se confirma. Observa-se uma diferente necessidade sentida na preparação de refeições e serviços domésticos (com mais necessidade sentida pelos homens); e nos serviços de cuidados pessoais, serviços administrativos e serviços de saúde mental (com mais necessidade sentida pelas mulheres).

– Parte III –

CONCLUSÕES

Esta Parte III do trabalho, dividida em três capítulos, centra-se nas conclusões e implicações para a prática de cuidados decorrentes do estudo.

De forma sequencial propomo-nos uma síntese que pretende ser integradora dos pressupostos que nortearam este estudo, tendo em conta os resultados da presente investigação.

No primeiro capítulo efectuamos uma reflexão sobre a fiabilidade da avaliação subjectiva reconhecendo, e propondo, que em estudos deste âmbito deveria ser utilizado o modelo de avaliação OARS.

No segundo capítulo resumimos os principais resultados do estudo. Estes são apresentados de acordo com as cinco áreas funcionais avaliadas e segundo a utilização e necessidade sentida de serviços.

Finalmente, no terceiro capítulo, e enquadradas nas actuais tendências demográficas, discutimos as implicações para a prática de cuidados. Focamos a nossa atenção nas limitações do estudo; nas possibilidades de futuros estudos e investigações com recurso à metodologia OARS; e terminamos com algumas recomendações visando a coordenação de intervenções neste grupo populacional entre serviços de saúde e serviços de apoio social.

1. A SUBJECTIVIDADE E A OBJECTIVIDADE NA AVALIAÇÃO GLOBAL DO INDIVÍDUO

A auto avaliação do estado de saúde do idoso tem efeitos na comorbilidade e mortalidade. Esta variável subjectiva está mais fortemente associada às pessoas com pequenos períodos de *folow-up* do seu estado de saúde, naqueles sem alterações funcionais, e no grupo de idosos mais jovens. Contudo, as doenças e o estado funcional são os determinantes mais expressivos da auto percepção de saúde, bem como os factores psicológicos, sociais e económicos (Murata, Kondo, Tamakoski & Toyoshima, 2006).

No que diz respeito à associação entre a validade e significância da auto avaliação (avaliação subjectiva dos participantes) e a sua relação com as condições objectivas de vida, Baltes, Mayer, Helmchen e Steinhagen-Thiessen (2001) levantam algumas questões que se prendem com o assunto relativo ao significado "objectivo" das afirmações "subjectivas" dos participantes e o seu inverso.

Deste modo, a relação entre a avaliação subjectiva e objectiva não tem só a ver com inadequação metodológica. É, também, um problema de construção individual da realidade e está integrada na subjectividade da vida. Por exemplo, pode fazer parte da gestão de um "bom" nível de vida para uma pessoa o ignorar ou reinterpretar a realidade objectiva para que o próprio sujeito tenha o sentimento de auto controle, ou o transformar de condições de vida em acontecimentos de forma retro e proactiva com um fim de sentimento de utilidade para a vida. Por estas razões, os investigadores devem ter em linha de conta as componentes cognitivas e motivacionais quando interpretam os dados objectivos e subjectivos, e explorar as suas semelhanças e diferenças (Baltes et al., 2001).

Relativamente à avaliação do estado de saúde Hickey, Speers e Prohaska (1997) advertem para a possibilidade da existência de diversidade de respostas para o mesmo contexto, atendendo ao factor da subjectividade do estado de saúde percepcionado pelo sujeito e da sua relação com as condições objectivas de vida. Por exemplo, se as pessoas referirem estar satisfeitas com um nível de saúde que se situa "objectivamente" no nível baixo, isto pode reflectir duas situações: ou os sujeitos se situam num nível baixo do estado de saúde avaliado ou sugere que estes se ajustaram ao estado de saúde pobre.

Outro aspecto prende-se com a observação de estabilidade em alguns componentes mais subjectivos relativos ao estado de saúde na população idosa, nomeadamente no que diz respeito à componente bem-estar mesmo que a esta esteja associado um número de limitações funcionais condicionadas pelo processo de envelhecimento (perdas sensoriais como a visão e audição, mobilidade e função cognitiva) e que por serem inevitáveis e para além do controlo são compreendidas nesta fase como naturais e fazendo parte do percurso de vida (Hays, Sherbourne & Mazel, 1995; Smith, Fleeson, Geiselmann, Settersten Jr. & Kunzmann, 2001). Contudo, as perdas percepcionadas relacionadas com os domínios da família, vida social e finanças bem assim como o aumento e agravamento de doenças crónicas são aspectos mais críticos porque estes estão sujeitos ao controle pessoal e necessidade de intervenções por terceiros. Acresce ainda a questão relacionada com as diferenças encontradas entre a percepção do estado de saúde e género, verificando-se no geral que as mulheres relatam pior estado de saúde do que os homens (Jenkinson, Coulter & Wright, 1993).

Desta forma, atendendo à perspectiva de trajectória de saúde e das suas implicações para o planeamento e políticas de saúde assim como para o indivíduo em termos do significado do estado de saúde, a medição desta deve abranger as diferentes possibilidades de avaliação, pelo sujeito, pelo cuidador e pelo entrevistador (Hickey et al., 1997; Stewart & Hays, 1997; Baltes & Mayer, 2001).

Dos resultados e discussão efectuada resulta que se verificam diferenças de análise para a mesma situação se esta for efectuada pelo sujeito alvo de investigação, pelo entrevistador (mesmo que munido de critérios de pontuação) e pelo modelo OARS de pontuação.

Resulta desta constatação que em estudos de âmbito populacional se deveria optar pela utilização do modelo de pontuação desenvolvido para o questionário de avaliação.

As diferentes perspectivas na abordagem a uma mesma situação, mesmo para um observador independente como o entrevistador, apontam para a necessidade de uniformizar, na medida do possível, critérios de pontuação e classificação.

Fica claro para nós que qualquer modelo de avaliação, e seus critérios de pontuação, serão sempre subjectivos. Não é, portanto, de objectividade em sentido cartesiano de que falamos, mas apenas de uniformizar critérios que permitam a comparação de resultados em diferentes contextos. Sem esta aproximação à “objectividade” a aferição dos ganhos com possíveis intervenções implementadas será de difícil execução.

Dos Quadros 13 e 14 resulta o facto de se verificarem diferentes classificações entre entrevistador e modelo de pontuação. Se estas diferenças seriam de esperar em relação ao sujeito entrevistado, já as verificadas entre entrevistador e modelo nos alertam para os erros em que podemos estar a incorrer deixando apenas ao entrevistador, apesar dos critérios definidos, a possibilidade de classificação.

Do que foi dito depreende-se a dificuldade do entrevistador conseguir, em pouco tempo e em circunstâncias pouco propícias a uma avaliação ponderada, gerir o imenso volume de informação recolhida ao longo da entrevista e efectuar a sua síntese final.

Comparativamente à avaliação efectuada pelo entrevistador, a partir dos critérios de classificação de pontuação de incapacidade funcional (Quadros 6 a 10), a avaliação segundo o modelo de pontuação OARS tem a vantagem de tratar os dados de todos os elementos do estudo informaticamente. Este facto permite ao entrevistador centrar-se na relação com o entrevistado (melhorando a qualidade dos dados) e na colheita da informação, deixando ao aplicativo informático o tratamento da informação, com evidente redução de erro ou enviesamento.

O sistema de pontuação utilizado para o questionário foi o divulgado por Ferreira et al. (2006).

2. PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO ESTUDO

O actual cenário de transição demográfica das sociedades contemporâneas é caracterizado por um progressivo envelhecimento da população que reflecte a conjunção entre os dados demográficos referentes à diminuição da taxa de nascimentos e o aumento da taxa de esperança de vida ao nascer (Bosch, 2002).

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

A nível Europeu o processo de evolução da estrutura populacional continuará no mesmo sentido, sendo de esperar que até 2020 o grupo etário de 65 anos e mais aumentará para 22 por cento do total da população da União Europeia (EC, 2003).

O panorama para Portugal também apresenta o mesmo cenário. De acordo com os dados publicados pelo INE (2004) Portugal assistirá a um aumento da população idosa (65 ou mais anos de idade) entre 63,2% e 76,5%. Em suma, Portugal será confrontado com a redução e o agravar do envelhecimento da população residente. Constatando-se um predomínio do género feminino à semelhança do que sucede na generalidade dos países devido à esperança de vida nas mulheres ser superior vivendo estas com 65 anos em média mais 3 anos e meio que os homens.

Na nossa amostra confrontamo-nos com uma distribuição por grupos etários e por sexos, semelhante à encontrada na população do nosso país caracterizada pela diminuição da população ao longo dos diferentes grupos etários, mais acentuada na diminuição dos elementos masculinos. Se a diferença entre sexos não é significativa no grupo 65-74 anos, vai-se manifestando no grupo etário 75-84 anos ($p=0,046$) e acentuando no grupo de 85 e mais anos ($p=0,.014$). Esta diferença quanto ao sexo entre os três grupos etários é significativa ($p<0,001$). Para o total da amostra a diferença entre sexos é significativa com $p=0,003$.

Os valores apresentados quanto ao estado civil reflectem a sobremortalidade masculina apresentando os sucessivos grupos etários, maior diferença percentual de homens relativamente às mulheres, redução do valor para o estado civil de casado e aumento do de viúvo. As mulheres apresentam-se assim, sempre com valores mais baixos para o estado civil de casado e mais elevado para o de viúvo. No entanto, dentro dos diferentes

grupos etários, a diferença apenas é significativa para o estado civil no grupo 65-74 anos. A diferença entre grupos etários, para o estado civil, é significativa (p<0,001), mantendo--se para a diferença entre sexos para o total da amostra. Temos, assim, para o estado civil, a presença de solteiros apenas entre as mulheres (com valores percentuais próximos em todos os grupos etários) valores de casados mais baixos ao passar para os grupos etários de idade mais avançada, acompanhados de valores mais elevados para os viúvos. Nos três sucessivos grupos etários mantém-se aproximado o valor de solteiras, diminui o valor de casadas e aumenta o de viúvas. Para o total da amostra esta diferença, quanto ao estado civil, mantém-se de forma significativa (p<0,001).

Principais conclusões decorrentes da avaliação da incapacidade funcional

De todos os instrumentos acima referenciados o OARS é reconhecido como o primeiro instrumento completo de avaliação multidimensional de idosos, incorporando três elementos: o estado funcional do indivíduo, uma análise multidimensional da utilização dos serviços de saúde e da comunidade e o impacto de serviços alternativos no estado funcional dos sujeitos idosos. Sendo constituído por cinco domínios ou dimensões: saúde física, saúde mental, AVD, recursos sociais, e recursos económicos (Fillenbaum & Smyer, 1981; Valanis & Yeaworth, 1982; Fillenbaum, 1988; Milligan, Powell & Furchtogott, 1988; Patiño, 1994; Fibla, Patiño & Dominguez, 1996; Patiño, Vasquez--Vizoso & Veras, 1996; Doble & Fisher, 1998; Rodrigues, 1999; Coyte, Baranek & Daly, 2000; Ferreira & Rodrigues, 2000; Njegovan, Hing, Mitchell & Molnar, 2001; Liotta et al., 2002; McClane, 2002; Nogueira, 2003; Silva, 2005; Ferreira et al., 2006).

O presente estudo baseia-se na aplicação do OARS, como anteriormente explicitado, realçando de seguida os principais resultados de acordo com as diferentes áreas que abrange e pondo em evidência a necessidade de utilização de serviços.

No que diz respeito à **área de saúde física**, sobressai a noção de que as patologias mais referidas (hipertensão arterial, artrite e reumatismo, problemas cardíacos, problemas circulatórios e diabetes) não são necessariamente aquelas que mais interferem na capacidade funcional do indivíduo. A forma insidiosa e progressiva como se vão instalando, a aceitação de um progressivo deterioro físico que acompanha o envelhecimento, poderão levar os nossos idosos a considerar esta situação como sendo resultado de um processo normal e não como algo passível de intervenção, cuidado ou tratamento.

Da pontuação de incapacidade funcional verificou-se no estudo comparativo, entre sexos, para cada um dos grupos etários e para o total da amostra, e entre grupos etários, não foi encontrada qualquer diferença estatisticamente significativa. De realçar que os valores percentuais mais elevados encontram-se para a classificação de saúde física "Ligeiramente insatisfatória" para ambos os sexos, sendo que o grupo etário 75-84 anos é o que apresenta aqui as pontuações mais elevadas.

A pontuação com o modelo OARS revela que existem diferenças de classificação na área de saúde física quando a análise se centra nos grupos etários. De uma forma geral, e numa análise superficial, para os valores do total da amostra, a classificação segundo o modelo OARS, baixa aproximadamente um ponto na escala de classificação quando comparada com a pontuação atribuída pelo entrevistador. Afasta-se, também no mesmo sentido, da auto avaliação efectuada pelos inquiridos, em que estes classificam melhor a sua saúde física.

Quanto à **área de saúde mental**, constata-se que para o total da amostra há, entre sexos, uma pior auto avaliação por parte das mulheres. A comparação da situação actual com a existente há cinco anos indica, em todos os grupos etários, uma percepção de agravamento mais notória entre os inquiridos dos grupos etários constituídos por indivíduos mais idosos. Já entre sexos, para o total da amostra, não se verificam diferenças significativas nesta avaliação.

Da pontuação de incapacidade funcional na área de saúde mental ressalta uma diferente classificação para os diversos grupos etários, com um acentuar do nível de pontuação insatisfatória à medida que os grupos etários são mais idosos. Sobressai, igualmente, da classificação efectuada pelo entrevistador a diferença para o sexo, quando se analisa o total da amostra, sendo as mulheres pior classificadas relativamente aos homens. A classificação que foi atribuída através do modelo OARS no que diz respeito à área de saúde mental reporta-nos para a abordagem do declínio cognitivo, percepção de perda de memória, salientando que se observou, à semelhança de outros estudos, a diferença entre género, sendo estas agravadas para o sexo feminino, resultando em piores classificações.

No que se refere à **área de actividades de vida diárias instrumentais** evidenciaram-se diferenças significativas de classificação entre os grupos etários, apresentando o grupo etário de 85 e mais anos os mais baixos valores para a capacidade de realização sem ajuda das actividades de vida diária instrumentais. Assim, para o total da amostra, na capacidade para administrar o dinheiro, na capacidade para usar o telefone, no uso de

transporte e no fazer as compras sem ajuda há diferença significativa quanto ao sexo apresentando os homens melhor nível de autonomia relativamente às mulheres. Quanto à preparação de refeições esta apresenta uma diferente capacidade de realização para o total da amostra, bem como em fazer as tarefas da casa sem ajuda, apresentando as mulheres pontuações mais elevadas.

Relativamente às **actividades de vida diária físicas** incluem a capacidade para comer, vestir e despir, cuidar da aparência, andar, levantar e deitar na cama e tomar banho ou duche verificaram-se diferenças na realização de todas estas actividades quando comparamos os diferentes grupos etários. Quanto ao sexo, o dado mais relevante é o facto de, para o total da amostra e nos três grupos etários, não se verificar nunca, a existência de valores com diferença estatisticamente significativa. De todos os resultados apresentados relativos às actividades de vida diária físicas, tomar banho ou duche é aquela que apresenta menor percentagem de idosos capazes de realizar esta tarefa sem ajuda.

A existência de algum grau de **incontinência** foi observada mostrando-se a diferença entre géneros, sendo mais frequente nas mulheres (eventualmente devido a incontinência de esforço). A diferença entre grupos etários ocorre, distinguindo-se claramente os de idade igual ou superior a 85 anos (possivelmente pela maior ocorrência de incontinência mista).

Da pontuação de incapacidade funcional destaca-se para o total da amostra, não se verifica diferença, para o sexo, com significado estatístico, sendo o grupo etário de 65-74 anos pontuado com valores mais elevados. Nas pontuações de ligeiramente insatisfatória e moderadamente insatisfatória capacidade as mulheres apresentam em maior percentagem estas classificações. O grupo etário de 75-84 anos não apresenta qualquer elemento pontuado com muito boa, nem com totalmente insatisfatória, capacidade para o desempenho das AVD.

O modelo de pontuação OARS reforça, em relação ao efectuado pelo entrevistador, uma melhor pontuação no grupo etário de 65-74 anos, uma pior pontuação do grupo etário de 85 e mais anos, ao mesmo tempo que no grupo etário de 75-84 anos distribui os seus elementos por todas as possibilidades de pontuação.

No que diz respeito à avaliação do indivíduo integrado no seu meio surgem as avaliações das áreas de recursos sociais e recursos económicos.

Quanto à **área de recursos sociais** os resultados que ressaltam referem-se à(s) pessoa(s) com quem vive, à auto avaliação de recursos sociais, à pessoa disponível para a prestação de ajuda em caso de doença ou incapacidade. Assim, para o total da amostra a auto avaliação da disponibilidade de ajuda apresenta uma diferença significativa quanto ao sexo, sendo o sexo feminino o que apresenta pior avaliação para essa disponibilidade. Referem ter ajuda sempre que necessário 50,0% dos homens e 21,3% das mulheres. Referem dispor de ajuda, ainda que por pouco tempo, 27,4% e 32,0%, respectivamente. 21,3% dos homens e 45,9% das mulheres referem ter ajuda esporádica, definida no questionário como "ás vezes". No total da amostra, o cônjuge representa para 63,8% dos homens e 23,0% das mulheres a pessoa disponível para a prestação de cuidados. Os filhos são referidos como disponíveis por 45,0% dos homens e 76,2% das mulheres. Assim enquanto para a maioria dos homens o cônjuge representa a principal fonte de ajuda, para a maioria das mulheres são os filhos.

A pontuação de incapacidade funcional A PIF revela a existência de diferença significativa quanto ao sexo para o total da amostra, com as mulheres a ser pontuadas de forma mais negativa. Para o total da amostra com bons recursos sociais são classificados 42,4% dos homens e 19,7% das mulheres. Com recursos sociais ligeiramente insatisfatórios surgem 28,7% dos homens e 35,2% das mulheres, agravando-se a classificação destas com a pontuação de moderadamente insatisfatórios, ao serem assim pontuados 16,3% dos homens e 41,8% das mulheres.

A pontuação segundo o modelo OARS para a área de recursos sociais indica a existência de diferença significativa de classificação quanto ao sexo para o total da amostra e para o grupo etário, também no total da amostra.

Quanto à classificação para o sexo, dentro de cada grupo etário essa diferença surge nos grupos etários de 65-74 anos e 75-84 anos. Apenas no grupo de 85 e mais anos a diferença de classificação, quanto ao sexo, não apresenta diferença estatisticamente significativa. Para o total da amostra a diferença de classificação, quanto ao sexo, apresenta diferença significativa observando-se pior classificação nas mulheres. O que a pontuação segundo o modelo OARS revela, é que essa diferença se verifica, sendo o grupo etário de 75-84 anos aquele em que as incapacidades nesta área são mais relevantes. A diferença, com pior pontuação para as mulheres, pode ser explicada pelos menores contactos sociais, menor participação em actividades sociais e menor disponibilidade de ajuda resultante da viuvez.

Relativamente à **área de recursos económicos** a amostra distribui-se maioritariamente pela situação de reformado. Para o total da amostra, não há diferença significativa para o género quanto ao motivo de reforma. Assim, 77,5% dos homens e 68,9% das mulheres referem a idade como motivo da reforma, enquanto nos restantes o motivo foi a invalidez.

Quanto à auto avaliação da situação económica observou-se que por comparação com as pessoas da mesma idade, revela diferença entre homens e mulheres, para o total da amostra, apresentando os homens uma mais favorável auto avaliação. Não se verificou diferença significativa de avaliação da situação económica relativamente às pessoas da mesma idade entre os três grupos etários. No entanto, em todos os grupos etários, os homens auto avaliam de forma mais favorável a sua actual situação económica em relação às pessoas da mesma idade.

A forma como os rendimentos cobrem as suas necessidades apresenta, também, diferença de auto avaliação entre homens e mulheres para o total da amostra, com os homens a avaliar de forma mais positiva a capacidade dos seus rendimentos responderem às suas necessidades.

Para o total da amostra a diferença de classificação, quanto ao sexo é significativa, apresentando os homens uma melhor classificação.

Da análise segundo o grupo etário, para o total da amostra, verifica-se uma diferença significativa de pontuação, com as piores pontuações nesta área a verificarem-se no grupo etário de 85 e mais anos.

É, talvez, o grupo que embora trabalhasse mais tempo ao longo da vida teve uma menor, ou inexistente, contribuição para sistemas de protecção social auferindo actualmente muitos deles reformas mais baixas do que os grupos etários mais jovens.

Os resultados obtidos com o modelo de pontuação OARS, para a área de recursos económicos, não estabelecem diferença para o sexo em nenhum dos grupos etários, nem para o total da população.

Pontuados com excelentes e bons recursos económicos obtivemos 48,7% dos homens e 41,0% das mulheres. O grupo etário de 85 e mais anos é aquele em que as pontuações na área de recursos económicos apontam maiores incapacidades.

Principais conclusões decorrentes da necessidade sentida de utilização de serviços

No que se refere à necessidade de utilização de serviços abordaremos de seguida pela ordem de apresentação dos resultados os aspectos que são de maior relevo nos seis grupos: serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde; serviços de apoio económico; e serviços de apoio, avaliação e coordenação.

Dos serviços gerais de apoio a **preparação de refeições** é o serviço mais utilizado. Apresenta, para o total da amostra, diferença significativa, para o sexo, quer quanto à utilização quer quanto à necessidade sentida. Os homens referem uma maior utilização (67,5% contra 27,9% das mulheres) e maior necessidade sentida desse serviço (62,5% contra 22,1% das mulheres). Quanto ao grupo etário, para o total da amostra, a diferença é significativa para a utilização e para a necessidade sentida, com os valores mais elevados a surgirem no grupo etário de 85 e mais anos, respectivamente com 70,8% e 54,2%. Em todos os grupos etários se observa que os homens apresentam maior utilização e necessidade sentida da preparação de refeições.

Quanto aos **serviços de monitorização**, para o total da amostra e nos diversos grupos etários, não apresentam diferença quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida. Utilizam este serviço, no total da amostra, 66,3% dos homens e 67,2% das mulheres, referindo a sua necessidade, respectivamente, 57,5% e 66,4%. Especificamente aos grupos etários a utilização deste serviço é de 60,5% no grupo etário de 65-74 anos e de 75,0% no grupo etário de 75-84 anos e no grupo etário de 85 e mais anos. Por seu lado a necessidade sentida é de, respectivamente para os mesmos grupos, de 55,3%, 75,0% e 66,7%.

Relativamente aos **serviços domésticos** constatou-se para o total da amostra e quanto ao sexo, diferença de utilização e de necessidade sentida. Os homens referem maior utilização (72,5% destes e 47,5% das mulheres), e maior necessidade sentida (71,3% e 51,6% para as mulheres). Como se observa, para as mulheres, a necessidade sentida é superior à utilização.

No total da amostra, para o grupo etário, a utilização e a necessidade sentida de serviços domésticos, apresentam diferença significativa, com os valores mais elevados a serem observados, em ambos os casos, no grupo de 75-84 anos e os mais baixos no grupo de 65-74 anos.

Os **serviços administrativos**, no total da amostra, apresentam diferença quanto ao sexo, para a utilização e necessidade sentida de serviços administrativos, com valores

mais elevados por parte das mulheres. Observa-se, por parte dos homens, uma necessidade sentida superior à utilização. A utilização é apontada por 36,3% dos homens e 73,8% das mulheres e a necessidade sentida, respectivamente, por 45,0% e 73,8%.

Dos **serviços sociais e recreativos** as viagens dirigidas a idosos são as mais utilizadas, constatando-se que no total da amostra, existe diferença de utilização quanto ao género (31,3% dos homens e 18,0% das mulheres). Quanto à necessidade sentida, os valores obtidos são de 36,3% para os homens e 25,4% para as mulheres, não tendo esta diferença significado estatístico. De salientar quanto ao grupo etário de 65-74 anos a participação em actividades sociais e recreativas tem, quanto ao sexo, diferença significativa, sendo este serviço utilizado por 14,0% dos homens e 1,6% das mulheres. Quanto aos programas de exercício físico ou desporto verificou-se ser o serviço menos utilizado e aquele cuja necessidade é menos sentida (no total da amostra, não existe a participação de qualquer mulher e a utilização deste serviço por parte dos homens é de 1,3%, correspondendo a um único caso observado no grupo etário de 65-74 anos).

Quanto à utilização dos **serviços de saúde** as consultas médicas, seguidas dos dispositivos de apoio e próteses e os cuidados de enfermagem são os mais mencionados. Esta situação decorre do aumento dos cuidados exigidos pelo processo de envelhecimento.

As **consultas médicas**, no total da amostra, e quanto ao sexo, não apresentam diferenças significativas de utilização. Referem a sua utilização, nos últimos seis meses, 98,8% dos homens e 93,4% das mulheres. A necessidade sentida deste serviço, para além da utilização efectuada, também não apresenta diferença, quanto ao sexo, referindo essa necessidade 26,3% dos homens e 25,4% das mulheres.

Analisando, no total da amostra, os valores obtidos nos diversos grupos etários, verificamos que relativamente à utilização dos **dispositivos de apoio e próteses** este não apresenta diferenças. Já a necessidade sentida apresenta diferenças, sendo mais referidas no grupo etário de 75-84 anos.

Para cada um dos grupos etários, a utilização e necessidade sentida de **cuidados de enfermagem**, não apresentam diferenças significativas quanto ao sexo. No grupo etário de 65-74 anos os cuidados de enfermagem foram utilizados por 26,3%, sendo a sua necessidade sentida por 21,1%. No grupo etário de 75-84 anos a utilização verificou-se em 37,5% e a necessidade sentida é referida por 32,8%. Para o grupo de idade igual ou superior a 85 anos o mesmo serviço foi utilizado por 33,3% e a sua necessidade foi sentida por 23,0%.

Os **serviços de saúde mental**, para o total da amostra, não apresentam, quanto ao sexo, diferença significativa de utilização. No entanto, a necessidade sentida é significativamente mais elevada nas mulheres. Assim, utilizaram este serviço nos últimos seis meses, 8,8% dos homens e 16,4% das mulheres. Nos homens a necessidade sentida é de 8,8% e nas mulheres de 21,3%.

A **fisioterapia** é um serviço de saúde cuja utilização e necessidade sentida não apresenta, para o total da amostra, diferenças significativas quanto ao sexo. É um serviço utilizado por 2,5% dos homens e 6,6% das mulheres, mas a sua necessidade sentida é manifestada por 10,0% dos homens e 13,1% das mulheres.

Nos **serviços de apoio económico** constatou-se que a totalidade dos inquiridos usufrui de ajuda económica em geral dispondo, de forma regular, de alguma fonte de rendimento. Apesar da utilização generalizada deste serviço, realizada principalmente através de pensões de reforma e invalidez, a necessidade sentida de acréscimo dos valores auferidos é, para o total da amostra, apontado por 38,8% dos homens e 45,1% das mulheres. Não se verifica diferença significativa quanto ao sexo.

Quanto à **ajuda na compra de comida**, da análise por grupo etário, para o total da amostra, verifica-se ser o grupo etário de 85 e mais anos, aquele que mais refere a sua utilização, havendo diferença quanto ao grupo etário. De igual modo a necessidade sentida também apresenta diferença, com o mesmo grupo etário a deter o valor mais elevado. Para o total da amostra, não existe diferença significativa quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida deste serviço. Recebem ajuda 6,3% dos homens e 8,2% das mulheres e referem a sua necessidade, respectivamente, 8,8% e 7,4%.

No grupo de **serviços de apoio, avaliação e coordenação** constatou-se que em todos os grupos etários não se verificam diferenças, quanto ao sexo, para a utilização e para a necessidade sentida de serviços de coordenação, informação e apoio. No entanto, observa-se que em todos os referidos grupos, a necessidade sentida é superior à utilização verificada. A necessidade sentida, de avaliação e informação foi referida no total da amostra por 30,0% dos homens e 34,4% das mulheres.

O **serviço de avaliação sistemática multidimensional**, implicando a avaliação do estado geral da pessoa nas componentes de saúde e sociais, não revela quanto ao sexo, para o total da amostra, diferenças de utilização e necessidade sentida. A sua utilização é referida por 1,3% dos homens e 3,3% das mulheres, mas a necessidade sentida é de, respectivamente, 31,3% e 36,9%. De salientar que no grupo etário de 85 e mais anos

verificam-se os valores mais elevados de utilização, com 16,7% e de necessidade sentida com 54,2%.

Por último, dentro do grupo **de serviços não classificados** o transporte é o serviço que tem maior utilização e necessidade sentida. Para o total da amostra a utilização e necessidade sentida, para além da utilização efectuada, não apresentam diferenças significativas quanto ao sexo. Este serviço é utilizado por 91,3% dos homens e 89,3% das mulheres da amostra. No entanto, esta utilização é referida como ficando aquém das necessidades por 11,3 % dos homens e 9,0% das mulheres.

3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS

A visão da sociedade, em geral, e de cada indivíduo, em particular, sobre o processo de envelhecimento, podem ter um efeito tanto positivo como negativo no estilo de vida de todos os indivíduos e em especial dos idosos (Bowling, 1999; Glover & Branine, 2001; Auman, Bosworth & Hess, 2005; Levy, Slade, May & Caracciolo, 2006). Wurm, Tesch-Römer e Tomasik (2007) verificaram no seu estudo longitudinal que aqueles idosos que apresentavam uma visão mais positiva do envelhecimento tinham mais cuidados consigo próprios e comportamentos dirigidos à promoção de saúde, o que vem ao encontro dos trabalhos realizados por Levy, Hausdorff, Hencke e Wei (2000); Taylor, Kemeny, Reed, Bower e Gruenewald (2000); Levy e Myers (2004); e Ziegelmann, Lippke e Schwarzer (2006). Logo, estes autores sugerem que um dos elementos-chave para melhorar e contribuir para um envelhecimento saudável é a mudança da visão do envelhecimento na sociedade em geral, que modela de forma considerável a visão individual de cada um. Em particular nas sociedades ocidentais onde as pessoas crescem com um estereótipo negativo associado à idade avançada.

As pessoas idosas estão particularmente em risco de se tornarem vulneráveis, por vezes devido à falta de apoio familiar, ou a baixos recursos económicos que não permitem sair de casa e que condicionam a sobrevivência no dia-a-dia com dificuldades acrescidas e isolamento; e quando têm possibilidade de recorrer aos serviços de saúde identificam-se como receptores passivos de serviços de saúde (Wieck, 2000).

Neste contexto, a promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida nos idosos apresenta-se como um desafio no âmbito dos cuidados de saúde primários, pois nesta população existem múltiplos factores relacionados com o ambiente e com o processo de envelhecimento que as condicionam, por exemplo a presença de doenças crónicas que limitam o quotidiano (Bailey, 2002).

A promoção da saúde tem um papel determinante em enfatizar o reconhecimento de plenos poderes das pessoas idosas para mobilizar os recursos individuais no dia-a-dia com vista à manutenção do estado de saúde. Esta visão é integrada com a prática dos cuidados centrados na pessoa, onde se tem em conta os significados que os idosos atribuem à saúde e à qualidade de vida, e às condicionantes que cada um apresenta (Nolan, 2001; Applebaum, Kunkel & Wilson, 2007; Rose et al., 2007).

Nesta perspectiva, a promoção de um envelhecimento saudável requer uma abordagem que combine actividades de promoção de saúde e estratégias de prevenção de doenças. Atendendo à distinção entre a promoção de um envelhecimento saudável ao longo da vida, da promoção de saúde para aqueles idosos que já se encontram no grupo de 60 anos e mais. Isto é, ao mesmo tempo que se promovem estilos de vida saudáveis nas pessoas idosas com ou sem comorbilidades, os serviços de saúde devem reforçar estes hábitos de vida saudáveis a pessoas com idades abaixo dos 60 anos com a finalidade de prevenir futuras situações de alteração do estado de saúde (Shellman, 2000; Bailey, 2002).

Neste sentido, a coordenação dos serviços assente na avaliação geriátrica compreensiva com a utilização de instrumentos de medição multidimensional surge como uma conduta a seguir no âmbito dos cuidados de saúde ao idoso garantindo a satisfação das necessidades sentidas por este grupo populacional com uma efectiva articulação entre os diferentes serviços existentes na comunidade.

As estratégias metodológicas subjacentes ao estudo basearam-se no pressuposto de testar e desenvolver uma metodologia de abordagem da população idosa com a aplicação do instrumento de avaliação multidimensional de idosos OARS, tendo como ponto de referência o Centro de saúde. Os principais resultados demonstraram da utilidade do OARS na medição da utilização dos serviços de saúde e das necessidades sentidas nessa utilização, assim como na identificação de áreas de intervenção clínicas e sociais.

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

- o Questionário de Avaliação Multidimensional de Idosos é um instrumento válido para avaliação funcional da população idosa;

- o conhecimento combinado da capacidade funcional e da disponibilidade de serviços pode ajudar ao encaminhamento das situações de incapacidade;

- o conjunto de dados obtidos podem ser utilizados para o planeamento e desenvolvimento das intervenções e saúde, designadamente as de enfermagem.

Limitações do estudo

A dimensão do questionário, exigindo um elevado tempo na realização da entrevista, levou a uma ponderação na definição do tamanho da amostra, conjugando o volume de informação necessário aos objectivos propostos com a disponibilidade do autor.

Como fica patente na comparação entre o volume de dados recolhidos pelo questionário e a tratada e apresentada neste estudo, muito maior poderá ser o volume de informação a retirar e utilizar. No nosso caso o estudo centrou-se num pequeno número de variáveis, consideradas as mais pertinentes para o desenvolvimento do presente trabalho, estando conscientes das inúmeras possibilidades que ficaram por explorar.

Mas o facto de ser difícil utilizar, num só estudo, toda a informação obtida com o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos poderá converter-se numa potencialidade pela sua utilização por profissionais das áreas da saúde e da protecção e intervenção social. A informação recolhida e as possibilidades de cruzamento de dados que permite, poderão permitir o encontro, e conjugação de esforços, de profissionais, e serviços, de saúde e sociais.

Algumas das limitações com que nos deparámos no início da utilização desta metodologia estão hoje minoradas pela existência de manual explicativo (Ferreira et al., 2006) e pela possibilidade de recurso a ferramenta informática que permite o tratamento dos dados, fornecendo a classificação final nas cinco áreas funcionais sem recurso a classificação pelo entrevistador (classificação segundo o modelo OARS).

Das limitações encontradas resultou uma maior experiência que permite antever algumas limitações/obstáculos em futuras investigações.

Futuros estudos e investigações com recurso à metodologia OARS

As futuras investigações e utilizações desta metodologia de avaliação funcional de idosos poderão estar centradas em duas áreas: o ensino de estudantes de enfermagem e a avaliação de recursos dirigidos a idosos.

No caso do ensino dirigido a estudantes de enfermagem, na área da prestação de cuidados a idosos, esta metodologia fomenta uma visão multidimensional integrando o idoso num meio social e económico, permitindo entendê-lo para além da funcionalidade física e mental, e promovendo o entendimento sobre a relação e interdependência entre

as diversas áreas funcionais. O estudo da implementação desta metodologia no ensino de enfermagem, apesar de ainda insuficiente (Rodrigues, 2005a), poderá permitir a sua utilização em contexto de ensino clínico como ferramenta de avaliação das necessidades de cuidados e intervenção de enfermagem.

Na avaliação das necessidades de serviços dirigidos a idosos a metodologia OARS permite a avaliação da utilização e necessidade sentida de serviços, conjugando-a com o conhecimento das incapacidades funcionais a que terá que dar resposta. Esta possibilidade de obter informação sobre incapacidade em cinco áreas funcionais e de a relacionar com as disponibilidades de serviços, poderá permitir uma fundamentada imputação de recursos e alocação de serviços. Implica, no entanto, uma articulação entre serviços de saúde e serviços sociais estimulando o trabalho coordenado de entidades com objectivos comuns, ou complementares, na intervenção à população idosa.

Recomendações

A divulgação do questionário e metodologia OARS, apesar dos esforços desenvolvidos pelos seus utilizadores, com apresentação dos resultados e potencialidades de utilização, tem-se deparado com resistência pelos seus virtuais utilizadores dada a morosidade na recolha da informação e posterior tratamento dos dados.

Apesar das vantagens da utilização integral desta metodologia parece-nos sensata a recomendação da utilização de apenas alguma das suas partes em situações específicas onde seja apenas necessária informação sobre determinada área funcional ou utilização de serviços. No entanto, e em contexto de utilização em Centro de Saúde, seria útil, num primeiro momento, a sua aplicação e estudo integral, permitindo posteriormente com a permanente actualização da base de dados, o *follow-up* daquela população. Esta possibilidade de estudo longitudinal seria, assim, simplificada, pela simples actualização de dados, estando a cada momento disponível, através do aplicativo informático, informação actualizada sobre o estado funcional daquela população.

O Centro de Saúde poderia ser, neste contexto, o promotor da articulação entre serviços de saúde e serviços de apoio social. O estudo, com base em metodologia válida, fiável e testada, pode constituir-se em meio que possibilite às instituições de saúde, nomeadamente aos Centros de Saúde, participarem na definição das políticas de saúde dirigidas a idosos, adequando as medidas e recursos às necessidades específicas da sua população.

BIBLIOGRAFIA

Aartsen, M. J., Smits, C. H., van Tilburg, T., Knipscheer, K. C., & Deeg, D. J. (2002). Activity in older adults: cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study on everyday activities and cognitive performance in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57*(2), 53-62.

Agüero-Torres, H., Fratiglioni, L., Guo, Z., Viitanem, M., von Strauss, E., & Winblad, B. (1998). Dementia is the major cause of functional dependence in the elderly: 3-years follow-up data from a population-based study. *American Journal of Public Health, 88*(10), 1452-1456.

Albrecht, G. L. (1994). Subjective health assessment. In J. C. Jenkinson, (Ed.), *Measuring health and medical outcomes. Social Research Today Series*, *No. 3* (pp. 7-26). London: UCL Press.

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

Allgood-Scott, J. R. (1998). A study of health care utilization among chronically ill rural older adults. Ph.D. dissertation, University of Missouri – Columbia, United States - Missouri. *ProQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT9901213).

Alkema, G. E., Reyes, J. Y., & Wilber, K. H. (2006). Characteristics associated with home- and community-based service utilization for medicare managed care consumers. *The Gerontologist*, *46*(2), 173-182.

Allain, P., Berrut, G., Etcharry-Bouyx, F., Barre, J., Dubas, F., & Le Gall, D. (2007). Executive functions in normal aging: an examination of script sequencencing, script sorting, and script monitoring. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(3), 187-190.

Altman, I., & Low, S. M. (Eds.) (1992). *Place attachment*. New York: Plenum Press.

Ambo, H., Meguro, K., Ishizaki, J., Shimada, M., Yamaguchi, S., Sekita, Y., & Yamadori, A. (2001). Depressive symptoms and associated factors in a cognitively normal elderly population: the Tajiri Project. *Journal of Geriatric Psychiatry, 16*(8), 780-788.

Amin, S. H., Kuhle, C. L., & Fitzpatrick, L. A. (2003). Comprehensive evaluation of the older woman. *Mayo Clinic Proceedings, 78*, 1157-1185.

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

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, *36*(1), 1-10.

Anderson, G. F., & Horvath, J. (2004). The growing burden of chronic disease in America. *Public Health Reports*, *119*(3), 263-270.

Andrews, G. R. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *British Medical Journal, 322*, 728-729.

Aneshensel, C. S., Wight, R. G., Miller-Martinez, D., Botticello, A. L., Karlamangla, A. S., & Seeman, T. E. (2007). Urban neighbourhoods and depressive symptoms among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(1), S52-S59.

Applebaum, R., Kunkel, S., & Wilson, K. (2007). Transforming data into practical information: using consumer input to improve home-care services. *The Gerontologist, 47*(1), 116-122.

Applegate, W. B., Blass, John, P., & Williams, T. F. (1990). Instruments for the functional assessment of older patient. *The New England Journal of Medicine, 332*(17), 1207--1213.

Applegate, W. B., Miller, S. T., Marshall, J. C., Elam, J. T., Burns, R., & Akins, M. D. (1990). A randomized controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *The New England Journal of Medicine, 322*, 1572-1578.

Archer, C. K., & MacLean, M. J. (1993). Husbands and sons as caregivers of chronically-ill elderly women. *Journal of Gerontological Social Work,21*, 5-23.

Ashraf, H. (2002). Older people must be on the health and development policy agenda. *The Lancet, 359*, p.1321.

Asplund, R. (1996). Daytime sleepiness and napping amongst the elderly in relation to somatic health and medical treatment. *Journal of Internal Medicine, 239*, 261-267.

Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist, 29*, 183-190.
Atchley, R. C. (1993). Continuity theory and the evolution of activity in later adulthood. In J. Kelly, (Ed.), *Activity and aging: staying involved in later life* (pp. 5-16). Newbury Park, CA: Sage.
Auman, C., Bosworth, H. B., & Hess, T. M. (2005). Effect on health-related stereotypes on physiological response of hypertensive middle-aged and older man. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60B*, P3-P10.
Auslander, G. K., Soskolne, V., & Ben-Shahar, I.(2005). Utilization of health social work services by older immigrants and veterans in Israel. *Health & Social Work, 30*(3), 241-251.
Ávila-Funes, J. A., Gray-Donald, K., & Payette, H. (2006). Medición de las capacidades físicas de adultos mayores de Quebec: un análisis secundario del estudio NuAge. *Salud Pública de México, 48*(6), 446-454.
Avlund, K., Era, P., Davidsen, M., & Gausse-Nilsson, I. (1996). Item bias in self-reported functional ability among 75-years-old men and women in three Nordic localities. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 24*(3), 206-217.
Avlund, K., Due, P., Holstein, B. E., Heikkinen, R. L., & Berg, S. (2002). Changes in social relations in old age. Are they influenced by functional ability? *Aging Clinical and Experimental Research, 14*(3Sppl), 56-64.
Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E., & Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 38*(1), 85-99.
Avlund, K., Damsgaard, M. T., & Osler, M. (2004). Social position and functional decline among non-disabled old men and women. *European Journal of Public Health, 14*(2), 212-216.
Azeredo, Z., & Matos, E. (2003). Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa, 4*(8), 199-204.
Babcock, R. L., Laguna, L. B., Laguna, K. D., & Urusky, D. A. (2000). Age differences in the experience of worry. *Journal of Mental Health and Aging, 6*, 227-235.
Bailey, A. (2002). National Service Framework for older people: promoting health. *British Journal of Nursing, 11*(7), 469-476.
Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J., & Patterson, M. (2000). The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55*(6), S368-S374.
Balfour, J. L., & Kaplan, G. A. (2002). Neighbourhood environment and loss of physical function in older adults: evidence from Alameda County study. *American Journal of Epidemiology, 155*, 507-515.
Ball, K., Berch, D. B., Helmers, K. F., Jobe, I. B., Leveck, M. D., Marsiske, M. et al. (2002). Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 288*, 2271-2281.
Baltes, P. B., Dittman-Khol, F., & Kliegl, R. (1986). Reserve capacity of the elderly in aging-sensitive tests of fluid intelligence: replication and extension. *Psychology and Aging, 1*, 172-177.
Baltes, N. M., & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: the impact of resources. *Psychological Aging, 12*(3), 433-443.
Baltes, P. B., & Mayer, K. U., (Eds.) (2001). The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100. United Kingdom: Cambridge University Press.
Baltes, P. B., Mayer, K. U., Helmchen, H., & Steinhagen-Thiessen, E. (2001). The Berlin aging study (BASE): sample, design, and overview of measures. In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 15- 55). United Kingdom: Cambridge University Press.
Baltes, P. B., Sowarka, D., & Kliegl, R. (1989). Cognitive training research on fluid intelligence in old age: what can older adults achieve by themselves? *Psychology and Aging, 4,* 217-221.
Bance, M. (2007). Hearing and aging. *Canadian Medical Association Journal, 176*, 925-927.

Barber, C., & Pasley, K. (1995). Family care of Alzheimer's patients: The role of gender and generational relationship on caregiver outcomes. *Journal of Applied Gerontology, 14*, 172-192.

Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed methods approach to understand loneliness and depression in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*(6), S329-S339.

Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007, 26 de Abril). Cross-sectional validation of the aging perceptions questionaire: a multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics.* Recuperado em Julho 2, 2007, de http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/9.

Barret, S. (1993). Complementary self-care strategies for healthy aging. *Generations, 17*(3), 49-52.

Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine, 131*(3), 165-173.

Bath, P. A. (2003). Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. *Gerontologist, 43*(3), 372-375.

Beckingham, A. C., & DuGas, B. W. (1993). *Promoting healthy aging: a nursing and community perspective*. St. Louis, MO: Mosby-Year Book.

Béland, F., Zunzunegui, M-V., Alvarado, B., Otero, A., & Ser, T. (2005). Trajectories of cognitive decline and social relations. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60B*(6), 320-330.

Bell-McGinty, S., Podell, K., Franzen, M., Baird, A. D., & Williams, M. J. (2002). Standard measures of executive function in predicting instrumental activities of daily living in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(9), 828-834.

Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H., & Leventhal, A. (2000). Positive affect and function as influences on self-assessments of health: expanding our view beyond illness and disability. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55B*(2), P107-P116.

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

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

Bergland, A., Pettersen, A. M., & Laake, K. (2000). Functional status among elderly Norwegian fallers living at home. *The Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy, 5*(1), 33-45.

Bergland, A., & Wyller, T. B. (2004). Risk factors for serious fall-related injury in elderly women living at home. *Injury Prevention, 10*, 308-313.

Bergman, H., Beland, F., Karunanathan, S., Hummel, S., Hogan, D., & Wolfson, C. (2004). Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gérontologie et Societé, 109*, 15-29.

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

Bergua, V., Fabrigoule, C., Barberger-gateau, P., Dartigues, J-F., Swensen, J., & Bouisson, J. (2006). Preferences for routines in older people: associations with cognitive and psychological vulnerability. *International Journal of Geriartric Psychiatry, 21*, 990-998.

Berk, D. R., Hubert, H. B., & Fries, J. F. (2006). Associations of changes in exercise level with subsequent disability among seniors: a 16-Year longitudinal study. *The Journals of Gerontolology Series A: Biology Sciences and Medical Sciences, 61*, 97-102.

Berke, E. M., Koepsell, T. D., Moudon, A. V., Hoskins, R. E., & Larson, E. B. (2007). Association of the built environment with physical activity and obesity in older persons. *American Journal of Public Health, 97*(3), 486-492.

Bernabei, R., Landi, F., Gambassi, G., Sgadari, A., Zuccala, G., Mor, V., et al. (1998). Randomized trial of impact model of integrated care and case management for older people living in community. *British Medical Journal, 316*, 1348-1351.

Berstein, A. B., & Remsburg, R. E. (2007). Estimated prevalence of people with cognitive impairment: results from nationally representative community and institutional surveys. *Gerontologist, 47*(3), 350-354.

Berry, D. T., Phillips, B. A., Cook, Y. R., Schmit, F. A., Gilmore, R. L., & Patel, R., K. (1987). Sleep-disordered breathing in healthy aged persons: possible daytime sequelae. *Journal of Gerontology*, *42*, 620-626.

Bijnen, F. C. H., Feskens, E. J. M., Caspersen, C. J., Mosterd, W. L., & Kromhout, D. (1998). Age, period, and cohort effects on physical activity among elderly men during 10 years of follow-up: the Zutphen elderly study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 53A*(3), M235-M241.

Bird, S. E., Kurowski, W., Dickman, G. K., & Kronborg, I. (2007). Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand. *Australian Health Review, 31*(3), 451-461.

Birren, J. E. (Ed.) (1985). Research on psychology of aging: principles and experimentations. In J. E. Birren (Eds.), *Handbook of psychology of aging*. (2th Ed. (pp. 70-79). New York: Academic Press.

Birren, J. E., & Schaie, K. W. (Eds.) (2001). *Handbook of the psychology of aging* (5th Ed.). San Diego, CA: Academic Press.

Birren, J. E., & Schroots, J. J. F. (2001). History of geropsychology. In J. E. Birren, & K. W. Schaie (Eds.) *Handbook of psychology of aging* (5th Ed.) (pp. 3-26). San Diego, CA: Academic Press.

Bischoff, H. A., Stahelin, H. B., Monsch, A. U., Iversen, M. D., Wyeh, A., von Dechend, M., et al. (2003). Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed "up and go" test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age and Ageing. 32*(3), 315-320.

Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., van Tilburg, T. G., Pennix, B., van Eijk, J. T., & Deeg, D. J. H. (2003). The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: the Amsterdam longitudinal aging study. *Aging Clinical and Experimental Research, 15*, 164-173.

Blain, H., Vuillemin, A., Teissier, A., Hanesse, B., & Guillemin, F. (2000). Influence of muscle strengh and body weight and composition on regional bone mineral density in woman aged 60 years and older. *Gerontology, 47*, 207-212.

Blanchard-Fields, F., Mienaltowski, A., & Seay, R. B. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: older adults select more effective strategies for interpersonal problems**.** *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(1), 61-64.

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

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

Blazer, D. G., Sachs-Ericsson, N., & Hybels, C. F. (2005). Perception of unmet needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults. *American Journal of Public Health, 95*(2), 299-304.

Blazer, D. G., Sachs-Ericsson, N., & Hybels, C. (2007). Perception of unmet basic needs as a predictor of depressive symptoms among community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62A*(2), 191-195.

Bob, S. (2006). Continuity and Connectivity: Who will stabilise the systems that support health care outside hospital? *Journal of Integrated Care, 14*(1), 38-43.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association, 288*(14), 1775-1779.

Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research, 20*(3), 325-343.

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

Borgenicht, K., Carty, E., & Feigenbaum, L. Z. (1997). Community resources for frail older patients. *Western Journal of Medicine, 167*, 291-294.

Boron, J. B., Willis, S. L., & Schaie, K. W. (2007). Cognitive training gain as a predictor of mental status. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(1), 45-52.

Boron, J. B., Turiano, N. A., Willis, S. L., & Schaie, K. W. (2007). Effects of cognitive training on change in accuracy in inductive reasoning ability. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(3), 179-186.

Borowiak, E., & Kostka, T. (2004). Predictors of quality of life in older people living at home and in institution. *Aging Clinical and Experimental Research*, *16*, 212-220.

Bosch, X. (2002). Two Billion people older than 60 years by 2050, warns UN Secretary General. *The Lancet, 359*, p.1321.

Bottomley, J. M. (2001). Policies of health care and the needs of older adult: the social context of changes in the delivery system. *Topics in Geriatric Rehabilitation, 16*(4), 28-44

Bouchard, L., Gilbert, A., Landry, R., & Deveau, K. (2006). Social capital, health, and Francophone minorities. *Canadian Journal of Public Health*, *97*(suppl.2), S16-S20.

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

Bowey, L., & McGlaughlin, A. (2005). Adults with a learning disability living with elderly carers talk about planning for the future: aspirations and concerns. *British Journal of Social Work, 35*(8), 1377-1392.

Bowling, A. (1995). *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.

Bowling, A., & Grund, E. (1997). Activities of daily living: changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. *Age and Aging, 26*, 107-114.

Bowling, A. (1999). Ageism in cardiology. *British Medical Journal, 319*, 1353-1355.

Bowling, A. (2005). *Ageing well. Quality of life in old age*. Maidenhead: Open University Press.

Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life: a population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies, 2*, 55-81.

Boyd, C. M., Weiss, C. O., Halter, J., Han, K. C., Ershler, W. B., & Fried, L. P. (2007). Frame for evaluating disease severety measures in older adults with comorbidity. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62A*(3), 286-295.

Boyle, J. S., & Counts, M. M. (1988). Towards healthy aging: a theory for community health nursing… in an Appalachian community. *Public Health Nursing, 5*(1), 45-51.

Bozo, O., & Guarnaccia, C. (2004). Activities of daily living, family/spousal social support satisfaction, and future illness status of older married Americans. *The Gerontologist: program abstracts: 57th Annual Scientific Meeting, 44*(1), 180.

Brach, J. S., & VanSwearingen, J. M. (2002). Physical impairment and disability: relationship to performance of activities of daily living in community-dwelling older men. *Physical Therapy, 82*(8), 752-761.

Brach, J. S., Simonsick, E. M., Kritchevsky, S., Yaffe, K., & Newman, A. B. (2004). The association between physical function and lifestyle activity and exercise in the health, aging and body composition study. *Journal of the American Geriatrics Society, 52*(4), 502-509.

Brassington, G. S., King, A. C., & Bliwise, D. L. (2000). Sleep problems as a risk factor for falls in a sample of community-dwelling adults aged 64-99 years. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*, 1234-1240.

Brayne, C., Johnson, T., & Bond, J. (1999). Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. *British Medical Journal, 318*, 1108-1111.

Brazier, J., & Cairns, J. (1996). An economic perspective on health outcome measurement. In A. Hutchinson, E. McColl, M. Christie, & C. Riccalton (Eds.) *Health outcome measures in primary and out-patient care* (pp. 65-75). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Brazier, J. E., Walters, S. J., Nicholl, J. P. & Kohler, B. (1996). Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. *Quality of Life Research, 5*, 195-204.

Brennan, M., Horowitz, A., & Su, Y. P. (2005). Dual sensory loss and its impact on everyday competence. *Gerontologist, 45*(3), 337-246.

Brennan, M., Su, Y.P., & Horowitz, A. (2006). Longitudinal associations between dual sensory impairment and everyday competence among older adults. *Journal of Rehabilitation Research & Development, 43*(6), 777-792.

Brown, V. M., Allen, A. C., Dwozan, M., Mercer, I., & Warren, K. (2004). Indoor gardening and older adults: effects on socialization, activities of daily living, and loneliness. *Journal of Gerontological Nursing, 30*(10), 34-42.

Brown, A., Ang, A., & Pebley, A. R. (2007). The relationship between neighbourhood characteristics and self-rated health for adults with chronic conditions. *American Journal of Public Health, 97*(5), 926-932.

Brown, J. B., C. McWilliam, C., & Mai., V. (1997). Barriers and facilitators to seniors' independence. *Canadian Family Physician*, *43*, 469-475.

Brown, M., Sinacore, D. R., Binder, E. F., & Kohrt, W. M. (2000). Physical and performance measures for the identification of mild to moderate frailty. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 55*, M350-M355.

Brown, E. L., Raue, P. J., Mlodzianowski, A. E., Meyers, B. S., Greenberg, R. L., & Bruce, M. L. (2006). Transition to home care: quality of mental health, pharmacy, and medical history information. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 36*(3), 339-349.

Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S., & Blazer, D. G. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur studies of successful aging. *American Journal of Public Health, 84*(11), 1796-1799.

Bryant, L. L., Corbett, K. K., & Kutner, J. S. (2001). In their words: a model of healthy aging. *Social Science and Medicine, 53*, 927-941.

Bryant, L. L., Shetterly, S. M., Baxter, J., & Hamman, R. F. (2002). Modifiable risks of incident functional dependence in Hispanic and non-Hispanic white elders: The San Luis Valley health and aging study. *The Gerontologist, 42*(5), 690-697.

Buchner, D. M., & Wagner, E. H. (1992). Preventing frail health. *Clinical Geriatric Medicine, 8,* 1-17.

Buono, M. D., Urciuoli, O., & De Leo, D. (1998). Quality of life and longevity: a study of centenarians. *Age and Aging, 27*, 207-216.

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

Burt, J., & Raine, R. (2006). The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review. *Age and Ageing, 35*, 469-476.

Byles, J. E. (2000). A thorough going over: evidence for health assessment for older persons. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 24*(2), 117-123.

Cacciatore, F., Napoli, C., Abete, P., Marciano, E., Triassi, M., & Rengo, F. (1999). Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Observatorio Geriatrico Campano Study Group. *Gerontology, 45*(6), 323-8.

Cagney, K. A., Browning, C. R., & Wen, M. (2005). Racial disparities in self-rated health at older ages: what differences does the neighbourhood make? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60B*, S181-S190.

Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública, 19(3),* 773-781.

Calero, M., & Garcia-Berden, T. M. (1997). A self-training program in inductive reasoning for low-education elderly: tutor-guided training vs self-training, *Archives of Gerontology and Geriatrics, 24*, 249-259.

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

Cantor, M. D. (2006). No information about me without me: technology, privaty, and home monitoring. *Generations, 30*(2), 49-53.

Cardoso, S. M. (1990). Epidemiologia do envelhecimento. *Geriatria, 3*(24), 28-30.

Carmeli, E., Patish, H., & Coleman, R. (2003). The aging hand. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Social Sciences, 58A*(2), 146-152.

Carpenter, B. D., Van Haitsma, K., Ruckdeschel, K., & Lawton, M. P. (2000). The psychosocial preferences of olders adults: a pilot examination of content and structure. *Gerontologist, 40*, 335-348.

Carpenter, E. H., & Miller, B. H. (2002). Psychological chanllenges and rewards experienced by caregiving men: a review of the empirical care literature and an empirical case example. In B. J. Kramer & E. H. Thompson (Eds.) *Men are caregivers: theory, research and service implications* (pp. 99-126). New York: Springer.

Carvalho, A. P. (1993). Incontinência urinária na terceira idade. *Geriatria, 6*(54), 12-17.

Cassel, C. K. (2001). Successful aging: how increased life expectancy and medical advances are changing geriatric care. *Geriatrics, 56*, 35-39.

Chaix, B., Veugelers, P. J., Boëlle, P-Y, & Chauvin, P. (2005). Access to general practitioner services: the disabled elderly lag behind in underserved areas. *European Journal of Public Health, 15*(3), 282-287.

Challis, D., Clarkson, P., Williamson, J., Hughes, J., Venables, D., Burns, A., et al. (2004). The value of specialist clinical assessment of older people prior to entry to care homes. *Age and Ageing, 33*(1), 25-34.

Chalmers, S. A., & Coleman, E. A. (2006). Transitional care in later life: improve the move. *Generations, 30*(3), 86-89.

Chang, C. F., & White-Means, S. I. (1991). The men who care: an analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *Journal of Applied Gerontology, 10*, 343-358.

Chapman, B. P., Duberstein, P. R., Sörensen, S., & Lyness, J. M. (2006). Personality and perceived health in older adults: the five factor model in primary care. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*(6), P362-P365.

Cheek, J., Ballantyne, A., Gilham, D., Mussared, J., Flett, P., Lewin, G., et al. (2006). Improving care transitions of older people: challenges for today and tomorrow. *Quality in Ageing*, 7(4), 18-26.

Cheng, Y., Chi, I., Liu, B., Wong, W. et al. (2004). Correlates of use of health care services among community-dwelling in Hong Kong. *The Gerontologist: PROGRAM ABSTRACTS: 57th Annual Scientific Meeting…, 44*(1), 409-410.

Chipperfield, J. G., & Havens, B. (2001). Gender differences in the relationship Between marital status transitions and life satisfaction in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(3), P176-P186.

Chiriboga, D. A., Ottenbacher, K., & Haber, D. A. (1999). Disability in older adults: policy implications. *Hospital Politics, 77*(2), 18-28.

Clark, J. (2001). Preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal, 323*, p.8.

Clark, D., & Dellasega, C. (1998). Unmet healthcare needs: comparison of rural and urban senior center attendees*. Journal of Gerontological Nursing, 24*(12), 24-33.

Clark, D. O., Stump, T. E., Miller, D. K., & Long, J. S. (2007). Educational disparities in the prevalence and consequence of physical vulnerability. *The Journals of Gerontolology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(3), S193-S197.

Clarkson, P., Venables, D., Hughes, J., Burns, A., & Challis, D. (2006). Integrated specialist assessment of older people and predictors of care admission. *Psychological Medicine, 36*(7), 1011-21.

Classen, S., William, M., Wu, S. S., & Tomita, M. R. (2004). Relationship of number of medications to functional status, health, and quality of life for the frail home-based older adult. *OTJR: Occupation, Participation & Health, 24*(4), 151-60.

Clayton, M. G., & Williams, A. D. (1994). Subjective health assessment and distributive justice. In J. Jenkinson, C. (Ed.), *Measuring health and medical outcomes. Social Research Today Series*, *No. 3* (pp. 160-175). London: UCL Press.

Coast, J., Peters, T. J., Richards, S. H., & Gunnell, D. J. (1998). Use of the EuroQol among elderly acute care patients. *Quality of Life Research, 7*(1), 1-10.

Cohen, I., Rogers, P., Burke, V., & Beilin, L. J. (1998). Predictors of medication use, compliance and symptons of hypotension in a community-based sample of elderly men and women. *Journal of Internal Medicine, 243*(5), 349-354.

Clegg, A., & Doherty, B. (2001). Health needs assessment in intermediate care of elderly people. *British Journal of Nursing, 10*(19), 1269-1274.

Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K. M., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of olders adults. *The Gerontologist, 46*(6), 726-734.

Cohen-Mansfied, J., & Jensen, B. (2007). Dressing and grooming: preferences of community-dwelling older adults. *Journal of Gerontological Nursing, 33*(2), 31-39.

Colantonio, A., Kositsky, A. J., Cohen, C., & Vernich, L. (2001). What support do caregivers of elderly want? Results from the Canadian study of health and aging. *Revue Canadienne de Santé Publique, 92*(5), 376-379.

Congdon, J. C., & Magilvy, J. K. (2001). Themes of rural health and aging from a program of research. *Geriatric Nursing, 22*, 234-238.

Cook, G., Reed, J., Childs, S., & Hall, A. (2004). *Does Money Matter? Older people's views of their monetary resources*. York: James. Rowntree Foundation.

Cook, A., Petch, A., Glendinning, C., & Glasby, J. (2007). Building capacity in health and social care partnerships: key messages from a multi-stakeholder network. *Journal of Integrated* Care*, 15*(4), 3-10.

Coppin, A. K., Shumway-Cook, A., Saczynski, J. S., Patel, K. V., Ble, A., Ferruci, L., & Guralnik, J. M. (2006). Association of executive function and performance of dual-task physical tests among older adults: analyses from the InCHIANTI study. *Age and Ageing, 35*, 619-624.

Coppin, A. K., Ferruci, L., Laureatani, F., Philips, C., Chang, M., Bandinelli, S., & Guralnik, M. (2006). Low socioeconomics status and disability in old age: evidence from the InCHIANTI study for the mediating role of physiological impairments. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61A*, 86-91.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Co-edição: Coimbra: FORMASAU, Formação e Saúde, Lda e Lisboa: Educa.

Courinha, A. J. L. (1995). O exercício e as doenças de envelhecimento. *Geriatria, 8*(75), 28-33.

Cowan, J. (2003). Risk management and the NSF for older people. *Clinical Governance, 8*(1), 92-95.

Coyte, P. C., Baranek, P., & Daly, T. (2000). *Identifying outcome indicators for evaluating services provided by community care access centres*. Department of Health Administration, University of Toronto.

Cox, C. (2004). The use of health and social services by grandparent caregivers: strategies to facilitate access. *The Gerontologist, 44*(1), p. 580.

Cox, C. B. (2005). *Community care for an aging society. Issues, policies, and services*. New York: Springer Publishing Company.

Cox, E. O., Green, K. E., Seo, H., Inaba, M., & Quillen, A. A. (2006). Coping with late-life challenges: development and validation of the care-receiver efficacy scale. *The Gerontologist, 46*(5), 640-649.

Crabtree, D. S. A., & Antrim, L. R. (1989). Promoting a healthy aging brain: changing the influence of maturational and behavioral factors on the functional integrity of the aging brain. *Health Values: Achieving High Level Wellness, 13*(5), 21-25.

Crawford, V. L. S., Beringer, T. R. O., & Stout, R.W. (1999). Comparison of residential and nursing home care. before and after the 1993 community care policy. *British Medical Journal, 318*, p. 366.

Cress, M. E., & Meyer, M. (2003). Maximal voluntary and functional performance levels needed for independence in adults aged 65 to 97 years. *Physical Therapy, 83*(1), 37-48.

Crystal, S., Johnson, R. W., Harman, J., Sambamoorthi, U., & Kumar, R. (2000). Out-of-health care costs among older Americans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55B*, S51-S62.

Cummings, S. R., & Melton, L. J. (2002). Epidemiology and outcomes of osteoporosis fractures. *The Lancet, 359*(9319), 1761-1767.

Cutilli, C. C. (2007). Health literacy in geriatric patients: an integrative review of the literature. *Orthopaedic Nursing, 26*(1), 43-48.

Cutler, D. M. (2001a). Declining disability among the elderly. *Health Affairs, 20*(6), 11-27.

Cutler, D. M. (2001b). The reduction in disability among the elderly. *The Proceedings of the National Academy of Sciences, 98*(12), 6546-6547.

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

Dalby, D. M., Sellors, J. W., Fraser, F. D., Fraser, C., van Ineveld, C., & Howard, M. (2000). Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal, 162*(4), 497-500.

Darity, W. A., Guilkey, D. K., & Winfrey, W. (1996). Explaining differences in economic performance among racial and ethnic groups in the USA: The data examined. *The American Journal of Economics and Sociology, 55*, 411-425.

Davey, L. (2004). Poverty and low income: tackling the under-claiming of welfare benefits for older people. *Housing, Care and Support, 7*(2), 32-35.

Davey, A., Femia, E. E., Zarit, S. Z., Shea, D. G., Sundström, G., Berg, S. et al. (2005). Life on the edge: patterns of formal and informal help to older adults in the United States and Sweden. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,60B*(5), S281-S288.

Daviddovic, M., Erceg, P., Trailov, D., Djurica, S., Milosevic, D., & Stevic, R. (2003). The privilege to be old. *Gerontology, 49*(5), 335-339.

Davidson, M., & Morton, N. (2007). A systematic review of the human activity profile. *Clinical Rehabilitation, 21*, 151-162.

De Leo, D., Diekstra, R., Lonnquist, J., Trabucchi, M., Frisoni, G. B., Dello Buonno, M., et al. (1998). LEIPAD: An international applicable instrument to access quality of life in the elderly. *Behavioral Medicine, 24*, 17-28.

Desai, M. M., Lentzner, H. R., & Weeks, J. D. (2001). Unmet need for personal assistance with activities of daily living among older adults.*The Gerontologist, 41*(1), 82-88.

DeVore, P. A. (1994). Ability of a computerized geriatric assessment to predict need for change in living status among elderly living at home. *South Medicine Journal, 87*(7), 743-748.

Dewar, A. (2006). Assessment and management of chronic pain in the older person living in the community. *The Australian Journal of Advanced Nursing, 24*(1), 33-38.

Diamond, P. A., & Hausman, J. A. (1984). Individual retirement and savings behavior. *Journal of Public Economics, 23*(1-2), 81-114

Dick, K., & Frazier, S. C. (2006). An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Academy Nurse Practitioners, 18*(7), 325-334.

Diehl, M. (1998). Everyday competence in later life: current status and future directions. *Gerontologist, 38*(4), 422-433.

Diez-Roux, A. (1998). Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *American Journal of Public Health, 88*, 216-222.

Diez-Roux, A. (2002). Invited commentary: places, people, and health. *American Journal of Epidemiology, 155*, 516-519.

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine, 160*, 2101-2107.

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

Doble, S. E., & Fisher, A. G. (1998). The dimensionality and validity of the olders Americans resources and services (OARS) activities of daily living (ADL) scale. *Journal Outcome Measurement, 2*(1), 4-24.

Dodge, H. H., Du, Y., Saxton, J. A., & Ganguli, M. (2006). Cognitive domains and trajectories of functional independence in nondemented elderly persons. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61A*(12), 1330-1337.

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

Doğan, H. & Değer, M. (2004). Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from Istambul. *Nursing Ethics, 11*(6), 553-567.

Dolan, T. A., Peek, C. W., Stuck, A. E., & Beck, J. C. (1998). Functional health and dental service use among older adults. *The Journals of Gerontology: Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 53A*(6), M413-M418.

Donelan, K., Hill, C. A., Hoffman, C., Scoles, K., Feldman, P. H., Levine, C., et al. (2002). Challenged to care: informal caregivers in a changing health system. *Health Affairs, 21*, 222-231.

Downing, A., & Wilson, R. (2005). Older people's use of accident and emergency services. *Age and Ageing, 34*, 24-30.

Drayer, R. A., Mulsant, B. H., Lenze, E. J., Rollman, B. L., Dew, M. A., Kelleher, K., et al. (2005). Somatic symptoms and depression in elderly patients with medical comorbities. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 973-982.

Drummond, M. F., Stoddart, G. J., & Torrance, G. W. (1991). *Métodos para la evaluacion económica de los programas de atencion de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.

Ducharme, F., Lévesque, L., Lachance, L., Gangbè, M., Zarit, S. H., Vézina, J. et al. (2007). Older husbands as caregivers – factors associated with health and the intention to end home caregiving. *Research on Aging, 29*(1), 3-31.

Duffy, S. (2007). The economics of self-directed support. *Journal of Integrated Care, 15*(2), 26-37.

Dunlop, D., Hughes, S. L., & Manheim, L. M. (1997). Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health, 87(*3), 378-383.

Dunlop, D. D., Manheim, L. M., Song, J., Lyons, J. S., & Chang, R. W. (2005). Incidence of disability among preretirement adults: the impact of depression. *American Journal of Public Health, 95*(11), 2003-2008.

Dychwald, K. (1999). Age power: how the new-old will transform medicine in the 21st Century. *Geriatrics, 54*(12), 22-27.

Eaton, K. (2002). Elderly need better coordinated services to keep them independent. *British Medical Journal, 325*, p. 988.

Eastman, M., & Harris, J. (2004). *Placing elder abuse within the context of citizenship. A policy discussion paper*. London: Help the Aged Publishing.

Ebersole, P., & Hess, P. (1994). *Towards healthy aging: human needs and nursing response* (4th ed.). St Louis, MO: Mosby-Year book.

Edelberg, H. K., Shallenberger, E., & Wei, J. Y. (1999). Medication management capacity in highly functioning community-living older adults: detection of early deficits. *Journal of the American Geriatrics Society, 47*, 592-596.

Edmunds, L. J. (2003). Social support and the well-being of the elderly. M.S. dissertation, California State University, Long Beach, United States – California. Retrieved May 22, 2007, from *ProQuest DigitaL Dissertations database*. (AAT 1416433)

Edward, A. (2007). Partnership working and outcomes – a case of the hare and the tortoise? *Journal of Integrated Care, 15*(1), 24-26.

Elkan, R., Kendrik, Hewitt, M., Robinson, J. J. A., Tolley, K., Blair, M., et al. (2000). The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature. *Health Technology Assessment, 4*(13), (executive summary).

Elkan, R., Kendrik, D., Dewey, M., Hewitt, M., Robinson, J., Blair, M., et al. (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal, 323*, 719-725.

Ellen, I. G., Mijanovich, T., & Dillman, K. (2001). Neighbourhood effects on health: exploring the links and assessing the evidence. *Journal of Urban Affairs, 23*, 391-408.

Ellingson, T., & Conn, V. S. (2000). Exercise and quality of life in elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing, 26*(3), 17-25.

Ellis, G., & Langhorne, P. (2004). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *British Medical Bulletin, 71*(1), 45-59.

Elovainio, M., & Kivimaki, M. (2000). Sense of coherence and social support-resources for subjective well-being and health of the aged in Finland. *International Journal of Social Welfare, 9*(2), 128-135.

Eriksson, B. G., Hessler, R. M., Sundh, J., & Steen, B. (1999). Cross-cultural analysis of longevity among Swedish and American elders: the role of social network in the Gothenburg and Missouri longitudinal studies compared. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 28*(2), 131-148.

Ermida, G. J. (1996a). Avaliação geriátrica compreensiva. *Geriatria, 9*(84), 5-12.

Ermida, G. J. (1996b). Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. *Geriatria, 9*(85), 13-23.

Ervin, N. E., & Berry, M. M. (2006). Community readiness for computer-based health information network. *Journal New York State Nurses Association, 37*(1), 5-11.

Espejo, E. J., Martínez de la Iglesia, J., Aranda, L. J. M., Rubio, C. V., Enciso, B. I., Zunzunegui, P. M.V., et al. (1997). Capacidad funcional en mayores de 60 años y factores sociosanitarios asociados (projecto ANCO). *Atencion Primaria, 20*(1), 21-35.

Esteves, A. (1995). Uso de psicofármacos no idoso. *Geriatria, 8*(77), 10-12.

European Commission (2003). *The social situation in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the Europeans Communities.

Evans, G. W., Kantrowitz, E., & Eshelman, P. (2002). Housing quality and psychological well-being among the elderly population. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57B*(4), P381-P383.

Fahey, T., Montgomery, A. A., Barnes, J., & Protheroe, J. (2003). Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *British Medical Journal, 326*, 1-5.

Fänge, A., & Iwarsson, S. (2003). Acessibility and usability in housing – construct validity and implications for research and practice. *Disability and Rehabilitation, 25,* 1316-1325.

Farinasso, A. L. C. (2005). Perfil dos idosos em área de abrangência da estratégia de saúde da família. (Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo). *Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo*, Tde-110522005-114419.

Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of life. *Social Science and Medicine, 41,* 1439-1446.

Faynor-Ciha, L. L. (1995). Factors predictive of living status in older persons. Ph.D. dissertation, Illinois Institute of Technology, United States – Illinois. Retrieved May 21, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database*. (AAT 9530122)

Fazel, S., Hope, T., & Jacoby, R. (1999). Assessment of competence to complete advance directives. *British Medical Journal, 318*, 493-497.

Fear, T., Carlton, N., Heywood, F., Izuhara, M., Pannell, J., & Means, R. (2004). Home or hell: older tenants'experiences in the private rented sector. *The Journal of Adult Protection, 6*(2), 15-20.

Feinberg, L. F., & Newman, S. L. (2004). A study of 10 States since passage of the National family caregiver support program: policies, perceptions, and program development. *The Gerontologist, 44*(6), 760-769.

Feldman, P. H., & Oberlink, M. R. (2003). The advantAge iniciative: developing community indicators to promote the health and well-being of older people. *Family and Community Health, 26*(3), 268-274.

Ferreira, C. M. B. C. (1993). *Envelhecimento demográfico e planeamento do território: o caso da Beira interior Sul e Pinhal Interior Sul*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Ferreira, P*. L.* (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais, 2*(33), 93-109.

Ferreira, P. L., & Marques, F. B. (1998). *Avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de medição em saúde: princípios metodológicos gerais*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde.

Ferreira, P. & Rodrigues, R. (1999). Portuguese version of the OARS Multidimensional Functional Assessment of Older Adults Questionnaire. *Quality of Life Research*, 8, (7), p. 597.

Ferreira, P. & Rodrigues, R. (2000). Are the day centres different from homes in what concerns elderly functional status? *Quality of Life Research*, Vol. 9, (3), p. 264.

Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte I – adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13,* 55-66.

Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão Portuguesa do MOS SF-36. Parte II – testes de validação. *Acta Médica Portuguesa, 13,* 119-127.

Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21*(2), 15-30.

Ferreira, P. L., Rodrigues, R. M. C., & Nogueira, D. (2006). *Avaliação multidimensional em idosos*. Coimbra: Mar da Palavra.

Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Simonsick, E., Salive, M. E., Corti, C., & Langlois, J. (1996). Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 51A*, M123-M130.

Ferrucci, L., Cavazzini, C., Corsi, A., Bartali, B., Russo, C. R., Lauretani, F., et al. (2002). Biomarkers of family in older persons. *Journal of Endocrinological Investigation, 25*, 10-15.

Fibla, G., Patiño, P. E., & Domínguez, A. C. (1996). Version española del OARS multidimensional functional assessment questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Atención Primaria, 17*(8), 486-495.

Filho, W. (2005). Envelhecimento e atendimento domiciliário. In Y. Duarte & M. J. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.

Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology, 10* (4), 428-434.

Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke older Americans resources and services procedures*. Hilldale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Fiksenbaum, L. M., Greenglass, E. R., & Eaton, J. (2006). Perceived social support, hassles, and coping among the elderly. *Journal of Applied Gerontology, 25*(1), 17-30.

Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*, P25-P32.

Fisher, D. (1991). Who cares: a study of formal home care use among the older-old. Ph.D. dissertation, Brandeis University, The Florence Heller Graduate School for Advanced Studies in Social Welfare, United States – Massachusetts. Retrieved May 21, 2007, from *ProQuest Digital Dissertation database.* (AAT 9123700)

Fisher, D. B. (1997). A new vision of recovery. *National Empowerment Centre Article*. http://www.powe2u.org/recovery/new vision.html

Fisher, J. D., Johnson, D. S., Marchand, J. T., Smeeding, T. M., & Torrey, B. B. (2007). No place like home: older adults and their housing. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(2), S120-S128.

Fletcher, M. (1999). Older, wiser, stronger. *Canadian Nurse. 95*(5), 26-30.

Fletcher, A. E., Price, G. M., Ng, E. S. W., Stirling, S. L., Bulpitt, C. J., Breeze, E., et al. (2004). Population based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial.*The Lancet, 364*(9446), 1667-1677.

Foddy, W. (1996). *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complains among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep, 18*, 425-432.

Fone, S., & Lundgren-Lindquist, B. (2003). Health status and functional capacity in a group of successfully ageing 65-85-years-old. *Disability and Rehabilitation, 25*(18), 1044-1051.

Fone, D. L., Lloyd, K., & Dunstan, F. D. (2007, 3 de Maio). Measuring the neighbourhood using UK benefits data: a multilevel analysis of mental health status. *BMC Public Health, 7*(69). Recuperado Junho 2, 2007, de http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/69/prepub.

Ford, A. B., Haug, M. R., Strange, K. C., Gaines, A. D., Noelker, L. S., & Jones, P. K. (2000). Sustained personal autonomy: a measure of successful aging. *Journal of Aging and Health, 12*(4), 470-489.

Forrest, K. Y. Z., Zmuda, J. M., & Cauley, J. A. (2006). Correlates of decline in lower extremity performance in older women: a 10-year follow-up study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61A*(11), 1194-1200.

Forsell, Y., Jorm, A. F., & Winblad, B. (1994). Association of age, sex, cognitive dysfunction, and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. *The American Journal of Psychiatry, 151*(11), 1600-1604.

Francisco, C. (2006). Estudo dos factores preditores de envelhecimento sem incapacidade funcional entre idosos em velhice avançada no município de São Paulo. (Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). *Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo*, Tde – 15012007-113953.

Frankish, C. J., Milligan, C. D., & Reid, C. (1998). A review of relationships between active living and determinants of health. *Social Science & Medicine,47,* (3), 287-301.

Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maylan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet, 355*, 1315-1319.

Frazier, S. (2005). Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review. *Journal of Gerontological Nursing, 31*(9), 4-11.

Fried, L. P., Bandeen-Roche, K., Chaves, P. H., & Jonhson, B. A. (2000). Preclinical mobility disability predicts incident mobility disability in older women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 55A*(1), M43-M52.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., et al. (2001). Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56A*, M146-M156.

Fried, L. P., & Walston, J. (2003). Frailty and failure to thrive. In W. R. Hazzard, J. P. Blass, & J. B. Halter (Eds.) *Principles of geriatrics medicine and gerontology*, (5th ed.) (pp. 1487-1502). New York: McGraw Hill.

Fried, L. P., Young, Y., Rubin, G., Bandeen-Roche, K., & WHAS II Collaborative Research Group (2001). Self-reported preclinical disability identifies older women with early declines in performance and early disease. *Journal of Clinical Epidemiology, 54*(9), 889-901.

Fries, J. E. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *The New England Journal of Medicine, 303*, 130-135.

Fries, J. F., Spitz, P., Kraines, R. G., & Holman, H. R. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis & Rheumatism, 23*, 137-145.

Fries, J. E., Green, L. W., & Levine, S. (1989). Health promotion and the compression of morbity. *The Lancet*, 481-483.

Frisard, M. I., Fabre, J. M., Russell, R. D., King, C. M., DeLany, J. P., Wood, R. H., et al. (2007). The Louisiana healthy aging study. Physical activity level and physical functionality in nonagenarians compared to individuals aged 60-74 years. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62 A*(7), 783-788.

Fritsch, T., McClendom, M. J., Smyth, K. A., Lerner, A. J., Friedland, M. D., & Larsen, J. D. (2007). Cognitive functioning in healthy aging: the role of reserve and lifestyle factors early in life. *The Gerontologist, 47*(3), 307-322.

Fuchs, V. (1984). Though much is taken: reflections on ageing, health and medical care. *Milkbank Fundation Q, 62*, 143-155.

Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing, 1*, 8-9.

Gallo, J. J., Reichel, W., & Andresen, L. M. (1995). *Handbook of geriatric assessment* (2th Ed). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.

Gama, E. V., Damian, J., Molino, J. P., Lopez, M. R., Pérez, M. L., & Iglésias, J. G. (2000). Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing*, *29*(3), 267-270.

Garcia, M. A., Yagi, G. H., Sousa, CX. S., Odoni, A. P., Frigério, R. M., & Merlin, S. S. (2006). Health care in groups from the perspective of the elderly. *Revista Latino--Americana de Enfermagem, 14*(2), 175-182.

Gatz, M., Pedersen, N. L., & Harris, J. (1987). Measurement characteristics of the mental health scale from the OARS. *Journal of Gerontology, 42*(3), 332-335.

Gausman, B. J., & Forman, W. B. (2002). Comprehension of written health care information in an affluent geriatric retirement community: use of the test of functional health literacy. *Gerontology, 48*(2), 93-97.

Gayton, D., Wood-Dauphinee, S., de Lorimer, M., Tousignant, P., & Hanley, J. (1987). Trial of a geriatric consultation team in an acute care hospital. *Journal American Geriatric Society,35*(8), 726–736.

Gazmararian, J., Baker, D., Williams, M., Parker, R., Scott, T., Green, D., et al. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *The Journal of American Medical Association, 281*(6), 545-551.

George, L. K., & Fillenbaum, G. G. (1985). OARS methodology. A decade of experience in geriatric assessment. *Journal of the American Geriatrics Society, 33*(9), 607-615.

Gill, T. M., & Kurland, B. (2003). The burden and paterns of disability in activities of daily living among community-living older persons. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 58A*(1), 70-75.

Gill, T. M., Allore, H., Hardy, S. E., Holford, T. R., & Han, L. (2005). Estimates of active and disabled life expectancy based on different assessment intervals. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 60A*(8), 1013-1016.

Gill, T. M., Allore, H., Hardy, S. E., & Han, L. (2006). Bathing disability and the risk of long-term admission to a nursing home. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61A*(8), 821-825.

Gilliland, M. P. (1999). Family caregivers of dependent older persons: lived experiences of social support. Ph.D. dissertation, Texas Woman's University, United States – Texas. Retrieved May 21, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database*. (AAT 9954237)

Gingold, R. (1993). Prevention of health problems in later life. *Medical Journal of Australia, 159*, 682-690.

Ginn, J., Arbe, S., & Cooper, H. (1997). *Researching older people's health needs and health promotion issues*. London: Health Education Autority.

Giron, M. S. T., Forsell, Y., Bernsten, C., & Thorslund, M. (2002). Poor sleep, common among oldest old, often related to medication use. *Geriatrics, 57*(7), 43.

Gitlin, L. N. (2003). Conducting research on home environments: lessons learned and new directions. *Gerontologist, 43,* 628-637.

Glass, T. A., Mendes de Leon, C., Marottoli, R. A., & Berkmann, L. F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal, 319*, 478-483.

Glover, J., & Branine, M. (2001). *Ageism in work and employment*. Aldershot, UK: Ashgate.

Golczewski, J. A. (1998). *Aging: strategies for maintaining good health and extending life*. Jeferson, NC: McFarland & Co.

Gold, S., & Bergman, H. (2000). Comprehensive geriatric assessment revisited… again. *Age and Ageing, 29*, 387-388.

Gonçalves, M. S. S. (1996). *A avaliação económica de programas de saúde*. Coimbra.

Gooneratne, N. S., Weaver, T. E., Catre, J. R., Pack, F. M., Arner, H. M., Greenberg, A. S., et al. (2003). Functional outcomes of excessive daytime sleepiness in older adults. *Journal of The American Geriatrics Society, 51(5),* 642-649.

Gosman-Hedström, G., & Blomstrand, C. (2003). Dependence and health-related quality of life in elderly people using assistive devices after acute stroke. *Technology and Disability, 15*, 247-257.

Gray, D. P. (1994). Health in old age. *Journal of The Royal Society of Medicine, 87*(8), 474-476.

Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 126*(3), 134-142.

Green, J., & D'Oliveira, M. (1991). *Testes estatísticos em psicologia*. Lisboa: Editorial Estampa.

Greenfield, E. A., & Marks, N. F. (2007). Continuous participation in voluntary groups as a protective factor for the phychological well-being of adults who develop functional limitations: evidence from a National survey of families and households. *The Journals of Gerontology Serie B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(1), S60-S68.

Griffiths, R., Horsfall, J., Moore, M., Lane, D., Kroon, V., & Langdon, R. (2007). Assessment of health, well-being and social connections: a survey of women living in Western Sydney. *International Journal of Nursing Practice*, *13*(1), 3-13.

Grigsby, J., Kaye, K., Baxter, J., Shetterly, S. M., & Hamman, R. F. (1998). Executive cognitive abilities and functional status among community-dwelling older persons in the San Luis Valley Health and Aging Study. *Journal of the American Geriatrics Society, 46(*5), 590-596.

Gross, D. J., Alecxih, L., Gibson, M. J., Corea, C., Caplan, C., & Brangan, N. (1999). Out-of-pocket spending by poor and near-poor elderly medicare beneficiaries. *Health Services Research, 34*(1), 241-254.

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

Grundy, E. (1996). Population aging in Europe. In D. Coleman (Ed.), *Europe population in the 1990s* (pp. 267-296). Oxford: Oxford University Press.

Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I., & Danbrook, C. (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 1101-1105.

Guilley, E., Pin, S., Spini, D., d'Epinay, C. L., Herrmann, F., & Michel, J. P. (2005). Association between social relationship and survival of Swiss octogenarians. A 5-years prospective, population-based study. *Aging Clinical and Experimental Research, 17*, 419-425.

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

Gutheil, I. A., & Heyman, J. C. (2005). Communication between older people and their health care agents: results of an intervention. *Health & Social Work, 30*(2), 107-116.

Hagewen, K. (2004). A modified behavioral model approach for understanding health care utilization among elderly mexicans in the United States. *The Gerontologist: PROGRAM ABSTRACTS: 57th Annual Scientific Meeting…, 44*(1), 609-610.

Haider, S., Hurd, M., Reardon, E., & Williamson, S. (2000). *Patterns of dissaving in retirement.* Washington DC: AARP, Public Policy Institute.

Haight, B. K., Barba, B. E., Tesh, A. S., & Courts, N. F. (2002). Thriving: a life span theory. *Journal of Gerontological Nursing, 28*(39), 14-22.

Hall, J., Waldock, H., & Harvey, C. (2006). Improving mental health services for older people. *The Mental Health Review, 11*(4), 7-13.

Hamilton, B. B., Laughlin, J. A., Granger, C. V., & Kayton, R. M. (1991). Interrater agreement of seven-level functional independence measure (FIM). *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 72*, p. 790.

Hang, L., McCusker, J., Abrahamowicz, M., Cole, M., & Capek, R. (2006). The temporal relationship between depression symptoms and cognitive functioning in older medical patients-prospective or cuncurrent? *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61A*(12), 1319-1323.

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

Haponik, E. (1992). Sleep disturbances of olders persons. Physician's attitudes. *Sleep, 15*, 168-172.

Harburg, E., Erfut, J. C., Chape, C., Hauenstein, L. S., Schull, W. J., & Schork, M. A. (1973). Socioecological stressor areas and black-white blood pressure: Detroit. *Journal Chronic Disease, 26*(9), 595-611.

Hardy, S. E., Allore, H. G., Guo, Z., Dubin, J. A., & Gill, T. M. (2006). The effect of prior disability history on subsequent functional transitions. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61A*(3), 272-277.

Harris, P. B. (1993). The misunderstood caregiver? A qualitative study of the male caregiver of Alzheimer's disease victims. *The Gerontologist, 33*(4), 551-556.

Harris, P. B. (1998). Listening to caregiving sons: misunderstood realities. *The Gerontologist, 38*(3), 342-352.

Harris, T., Kovar, M. G., Suzman, R., Kleinman, J. C., & Feldman, J. J. (1989). Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *American Journal of Public Health, 79*, 703-708.

Harris, T., Cook, D. G., Victor, C., Rink, E., Mann, A. H., Shah, S., et al. (2003). Predictors of depressive symptoms in older people-a survey of two general practice populations. *Age and Ageing, 32*(5), 510-518.

Harris, Y. (2007). Depression as a risk factor for nursing home admission among older individuals. *Journal American Medical Directors Association, 8*(1), 14-20.

Hatfield, A. B., & Lefley, H. P. (2005). Future involvement of siblings in the lives of persons with mental illness. *Community Mental Health Journal, 41*(3), 327-338.

Haus, C. S. (2003). Medication management strategies used by community-dwelling older adults living alone. Ph.D. dissertation, University of Pittsburgh, United States – Pennsylvania. Retrieved May 22, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database.* (AAT 3097641)

Hayes, V., Morris, J., Wolfe, C. D. A., & Morgan**,** M. (1995). The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older patients? *Age and Ageing, 24*, 120-125.

Hays, R. D., Sherbourne, C. D., & Mazel, R. M. (1995). User's Manual for the Medical Outcomes Study (MOS) Core Measures of Health-Related Quality of Life. RAND MR-162-RC.

Hays, J. C., Steffens, D. C., Flint, E. P., Bosworth, H. B., & George, L. K. (2001). Does social support buffer functional decline in elderly patients with unipolar depression? *The American Journal of Psychiatry, 158*(11), 1850-1855.

Hazzard, W. R., Breman, E. L., Blass, J. P., Ettinger, W. H., & Halter, J. B. (1994). *Principles of geriatric medicine and gerontology*. (3th ed.) New York: McGraw Hill.

Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association Journal, 157*(8), 1037-1045.

Heikkinen, E., Leinonen, R., & Berg, S. (1997). Levels and associates of self-rated health among 75-years-old people living in three Nordic localities. In E. Heikkinen, S. Berg, M. Schroll, B. Steen, & A. Viidik (Eds.) *Functional status, health and aging: the Nora study. Facts, research and intervention in geriatrics* (pp. 15-26). Paris: Serdi.

Hellmer, C., Barberger-Gateau, P., Letenneur, L., & Dartigues, J. F. (1999). Subjective health and mortality in French elderly women and men. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 54B*(2), S84-S92.

Hellmer, C., Damon, D., Letenneur, L., Fabrigoule, C., Barberger-Gateau, P., Lafont, S. et al. (1999). Marital status and risk of Alzheimer's disease: a French population-based cohort study. *Neurology, 53*, 1953-1958.

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

Hellström, Y., & Hallberg, I. R. (2004). Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences,18*(4), 387-395.

Hellström, Y., Persson, G., & Hallberg, I. R. (2004). Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing, 48*(6), 584-593.

Henry, A. (1998). Quality of life and its assessment. *Student British Medical Journal, 6*, 280-283.

Heslin, J. M., Soveri, P. J., Winoy, J. B., Lyons, R. A., Buttanshaw, A. C., Kovacic, L., Daley, J. A., & Gonzalo, E. (2001). Health status and service utilisation of older people in different European countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 19*(4), 218-222.

Hesse, C., & Ermini, M. (1993). If you survive, are you alive? Is research contribuing to a longer or to a better life? In J. L. C. Dall & M. Ermini (Eds.) *Prospects in Aging* (pp. xvi--xvii). Londres: Academic Press Limited.

Heyrman, J., & van Hoeck, K. (1996). Health outcome measures for older people. In A. Hutchinson, C. M. McColl & C. Rccalton (Eds.), *Health Outcome measures in primary and out-patient care* (pp. 167-175). United Kingdom: Harwood Academic Publishers.

Hickey, T., Speers, M. A., & Prohaska, T. R. (1997). *Public health and aging*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Hill, P. Z. (2001). Wanted and received services of community-based elderly. M.S. dissertation, The Ohio State University, United States – Ohio. *ProQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT 1403662).

Hill, E. L., Cumming, R. G., Lewis, R., Carrington, S., & Couteur, D. L. (2007). Sleep disturbances and falls in older people. *The Journals of Gerontology Serie A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62A*(1), 62-66.

Hillerås, P. K., Jorm, A. F., Hertlizt, A., & Winblad, B. (2001). Life satisfaction among the very old: a survey on a cognitively intact sample aged 90 years or above. *International Journal of Aging and Human Development, 52*, 71-90.

Hirdes, J. P. (2006). Adressing the health needs of frail elderly people: Ontario's experience with an integrated health information system. *Age and Ageing, 35,* 329-331.

Hoare, K. (2004). Care home placement: can admission direct from acute hospital be justified? *Nursing Older People, 16*(6), 14-17.

Hogan, D. B., & Fox, R. A. (1990). A prospective controlled trial of a geriatric consultation team in an acute-care hospital. *Age Ageing, 19*(2),107–113.

Hogan, D. B., Fox, R. A., Badley, B. W., & Mann, O. E. (1997). Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital. *Canadian Medical Association Journal*, *136*, 713-717.

Hogan, D. B., & Kwan, M. (2006). Patient sheet: Tips for avoiding problems with polypharmacy. *Canadian Medical Association Journal, 175*(8), p.876.

Hook, M. P. V., Berkman, B., & Dunkle, R. (1996). Assessment tools for general health care settings: Prime-MD, OARS, and SF-36. *Health & Social Work 21*(3), 230-234.

Hooper, K. H. (2003). Perceptions of loneliness and strategies used by community-dwelling older adults who are also part of a seniors'club to prevent loneliness. M.N. dissertation, Dalhousie University (Canada), Canada. Retrieved May 22, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database*. (AAT MQ79583)

Horgas, A. L., Wilms, H-U., & Baltes, M. M. (1998). Daily life in very old age: everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist, 38*(5), 556-568.

Houde, S. C. (2001). Men providing care to older adult in the home. *Journal of Gerontological Nursing, 27(8),* 13-19.

Howard, L. (2004). Social networks, ethnicity and public home-care utilisation. *Ageing and Society*, 24, 921-939.

Huang, Y., Macera, C. A., Blair, S. N., Brill, P. A., Kohl, H. W., & Kronenfeld, J. J. (1997). Physical fitness, physical activity, and functional limitation in adults aged 40 and older. *Medicine and Science in Sports & Exercise, 30*(9), 1430-1435.

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

Hudson, A. J., & Moore, L. J. (2006). A new way of caring for older people in the community. *Nursing Standart, 20*(46), 41-47.

Hurd, M., & Reardon, E. (2003). *Real changes from 1982 to 1991 among the newly retired* (Labor and Population Program, Working Paper Series 03-15). Santa Mónica, CA: Rand.

Hybels, C., Blazer, D., & Pieper, C. (2001). Towards a treshold for sub-treshold depression: an analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *The Gerontologist, 41,* 357-365.

Iglesia, J. M., Cuadrado, M. V. R., Espejo, J. E., Lara, J. M. A., Berge, I. E., Torres, L. A. P., et al. (1997). Factores asociados a la alteration cognitiva en una poblacion urbana. Proyeto ANCO. *Atencion Primaria, 20*(7), 345-353.

Imhof, L. B. (2003). Forgetfulness: An experience of elderly people and their significant others. Ph.D. dissertation, University of California, San Francisco, United States -- California. Retrieved May 22, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database*. (AAT 3109871)

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

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

Iwarsson, S., & Ståhl, A. (2003). Accessibility, usability, and universal design – positioning and definition of concepts describing person-environment relationship. *Disability and Rehabilitation, 25*, 57-66.

Iwarsson, S. (2004). Assessing the fit between older people and their physical home environments: an occupational therapy research perspective. In H-W Wahl, R. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Aging in context: socio-physical environments* (pp. 85-109). New York: Spinger.

Iwarsson, S. (2005). A long-term perspective on person-environment fit and ADL dependence among older Swedish adults. *The Gerontologist, 45*, 327-336.

Iwarsson, S., Wahl, H-W., Nygren, C., Oswald, F., Sixsmith, A., Sixsmith, J., et al. (2007). Importance of the home environment for healthy aging: conceptual and methodological background of the European ENABLE-AGE project. *The Gerontologist, 47*(1), 78-84.

Jardim, B. (1995). Os idosos activos. *Geriatria 8*(80), 28-30.

Jarvis, A., Worth, A., & Porter, M. (2006). The experience of caring for someone over 75 years of age: results from a Scottish general practice population. *Journal of Clinical Nursing, 15*(11), 1450-1459.

Jenkinson, C., Coulter, A., & Wright, L. (1993). Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *British Medical Journal, 29*, 306.

Jennings, D. L. (2000). Factors influencing access to health-care services: perceptions of frail elderly enrollees of health-maintenance organizations. Ph.D. dissertation, University of California San Francisco, United States – San Francisco. *ProQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT 9996553).

Jensen, G. L., Friedmann, J. M., Coleman, C. D., & Smiciklas-Wright, H. (2001). Screening for hospitalization and nutritional risks among community-dwelling older persons. *American Journal of Clinical and Nutrition, 74*(2), 201-205.

Jeon, H-S., Dunkle, R., & Roberts, B. L. (2006). Worries of the Oldest-Old. *Health & Social Work, 31*(4), 256-265.

Jerome, G. J., Glass, T. A., Miekle, M., Xue, Q-L., Andersen, R. E., & Linda L. P. (2006). Physical activity participation by presence and type of functional deficits in older women: the women's health and aging studies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61A*(11), 1171-1176.

Jitapunkul, S., Kunanusont, C., Phoolcharoen, W., Suriyawongpaisal, & Ebrahim, S. (2003). Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and epidemiologic transition. *Age and Ageing, 32*(4), 401-405.

Johannesen, A., Petersen, J., & Avlund, K. (2004). Satisfaction in everyday life for frail 85-year-old adults: a Danish population study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 11*(1), 3-11.

Jonhson, N. (1998). Measuring health-related quality of life: an introduction to surveys instruments. *Formulary, 33*, 897-901.

Johnson, N. (2000). Improving outcomes in the elderly. *Formulary, 35*, 904-914.

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

Johnson, N. J., Backlund, E., Sorlie, P. D., & Loveless, C. A. (2000). Marital status and mortality: The National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology,10*(4), 224-238.

Kadushin, G. (2004). Home health care utilization: a review of the research for social work. *Health & Social Work, 29*(3), 219-244.

Kallan, J. (1997). Effects of sociodemographic variables on adult mortality in the United States: comparisons by sex, age, and cause of death. *Social Biology, 44*(1–2), 136–147.

Kamper, A. M., Stott, D. J., Hyland, M., Heather M. Murray, H. M., & Ford, I. (2005). Predictors of functional decline in elderly people with vascular risk factors or disease. *Age and Ageing, 34*(5), 450-455.

Kane, R. L., & Kane, R. A. (2001). What older people want from long-term care, and how they can get it. *Health Affairs, 20*(6), 114-127.

Kane, R. L., Boston, K., & Chilvers, M. (2007). Helping people make better long-term-care decisions. *The Gerontologist, 47*(2), 244-247.

Kane, R. L., Preister, R., & Neumann, D. (2007). Does disparity in the way disabled older adults are treated imply ageism? *The Gerontologist, 47*(3), 271-279.

Karinkanta, S., Heinonen, A., Sievanen, H., Uusi-Rasi, K., & Kannus, P. (2005). Factors predicting dynamic balance and quality of life in home-dwelling elderly women. *Gerontology, 51*(2), 116-121.

Karlamanga, A., Tinetti, M., Guralnik, J., Studenski, S., Wetle, T., & Reuben, D. (2007). Comorbity in older adults: nosology of impairment, diseases, and conditions. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62A*(3), 296-300.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., Jaffe, M. W., & Cleveland, M. A. (1963). Studies of illness in the aged. *Journal of the American Medical Association, 185*, 914-919.

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

Kaye, J., & Hayes, T. (2006). Home health monitoring: a system to assess motor and cognitive function. *Generations, 30*(2), 61-63.

Kaufman, D. R., & Rockoff, M. L. (2006). Increasing access to online information about health: a program for inner-city elders in community-based organizations. *Generations, 30*(2), 55-69.

Keen, L. C. (1993). The relationship of health status, population characteristics, and specific chronic health conditions of the frail rural elderly to the availability/utilization of community-based services with implications for future policy. Ph.D. dissertation, George Mason University, United States – Virgínia. *ProQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT 9316558).

Keller, B. K., Magnuson, T. M., Cernin, P. A., Stoner, J. A., & Potter, J. F. (2003). The significance of social network in a geriatric assessment population. *Aging Clinical and Experimental Research,15*, 512-517.

Kelley-Moore, J. A., Schumacher, J. G., Kahana, E., & Kahana, B. (2006). When do older adults become “disabled”? Social and health antecedents of perceived disability in a panel study of the oldest old. *Journal of Health and Social Behavior, 47(*2), 126-141.

Kelly, J. R. (Ed.) (1993). *Activity and aging: staying involved in later life*. Newbury Park, CA: Sage.

Kelly-Hayes, M., Jette, A. M., Wolf, P. A., D’Agostino, R. B., & Odell, P. M. (1992). Functional limitations and disability among elders in the Framingham study. *American Journal of Public Health, 82*(6), 841-845.

Kempen, G. I. J. M., Steverink, N., Ormel, J., & Deeg, D. J. H. (1996). The assessment of ADL among frail elderly in an interview survey: Self-report versus performance-based tests and determinants of discrepancies. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 51B*(5), P254-P260.

Kerka, S. (1995). *Adult career counseling in a new age. ERIC, Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational education*. Center on Education and Training for Employment, Columbus, OH.

Kerse, N. M., Flicker, L., Jolley, D., Arroll, B., & Young, D. (1999). Improving the health behaviours of elderly people: randomized controlled trial of a general practice education program. *British Medical Journal, 319*, 683-687.

Kim, H., & Lee, J. (2006). The impact of comorbity on wealth changes in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*(6), S307-S314.

Kinosian, B., Stallard, E., & Wieland, D. (2007). Projected use of long-term-care services by enrolled veterans. *The Gerontologist, 47*(3), 356-364.

Kite, S. (2006). Palliative care for older people. *Age and Ageing, 35*, 459-460.

Kivelä, S. L., & Pahkala, K. (2001). Depressive disorder as a predictor physical disability in old age. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(3), 290-296.

Kligman, E. W., & Pepin, E. (1992). Prescribing physical activity for older patients. *Geriatrics, 47*, 33 -47.

Knol, H. R., Haken, L., & Kempen, G. I. J. M. (2003). Disablement process and the utilization of home care among non-institutionalized elderly people: contrasting results between cross-sectional and panel data. *Disability & Rehabilitation, 25*(15), 845-855.

Korbin, L., McBride, T. D., & Coughlin, T. A. (1990). Costs of community care for disabled elderly persons: the policy implications. *Inquiry – Blue Cross and Blue Shield Association, 27*(1), 61.

Kramer, B. J., & Kipnis, S. (1995). Eldercare and work-role conflict: toward an understanding of gender differences in caregiver burden. *The Gerontologist, 3*,340-348.

Kramer, B. J. (1997). Differential predictors of strain and gain among husbands caring for wives with dementia. *The Gerontologist, 3*(2), 239-249.

Kramer, B. J., & Thompson, E. H. (2002). *Men as caregivers: Theory, research and service implications*. New York: Springer Publishing Company.

Kraschnewski, J. L., Alexender, K. P., & Peterson, E. D. (2006). Coronary artery disease in later life. *Generations, 30*, 17-23.

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

Kresevic, D. M., & Mezey, M. (1997). Assessment of function: critically important to acute care of elders. *Geriatric Nursing, 18,* 216-222.

Krueger, K. R., Wilson, R. S., Shah, R. C., Tang, Y., & Bennett, D. A. (2006). Personality and incident disability in older persons. *Age and Ageing, 35*(4), 428-433.

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

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

Kulminski, A., Yashin, A., Arbeev, K., Akushevich, I., Ukraintseva, S., Land, K., et al. (2007). Cumulative índex of health disorders as an indicator of aging-associated processes in the elderly: results from analyses of the National Long Term Care Survey. *Mechanisms of Ageing and Development. 128*, 250-258.

Kunzmann, U., Little, T., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from Berlin aging study. *Psychology and Aging, 15*, 511-526.

Kutner, N. G., Ory, M. G., Baker, D. I., Schechtman, K. B., Hornbrook, M. C., & Mulrow, C. D. (1992). Measuring the quality of life of the elderly in health promotion intervention clinical trials. *Public Health Reports, 107(*5), 530-539.

Kutner, N. G., Schechtman, K. B., Ory, M. G., & Baker, D. I., (1994). Older adults' perceptions of their health and functioning in relation to sleep disturbance, falling, and urinary incontinence. *Journal of the American Geriatrics Society, 42*, 757-762.

Lagana, L. (1995). *Older adults expectations about mental health counseling: a multivariate and discriminate analysis*. American Association of Retired Persons.

Lagergren, M. (2005). Wither care of older persons in Sweden? A prospective analysis based upon simulation model calculations, 2000-2030. *Health Policy, 74*, 325-334.

Lang, F. R., Rieckman, N., & Baltes, M. M. (2005). Adapting to aging losses: do resources facilitate strategies on selection, compensation, and optimization in everyday functioning. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57*(6), P501-P509.

Laukkanen, P., Leskinen, E., Kauppinen, M., Sakari-Rantala, R, & Heikkinen, E. (2000). Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. *Journal of Clinical Epidemiology, 53*(3), 257-265.

Laukkanen, P., Heikkinen, E., Schroll, M., & Kauppinen, M. (1997). A comparative study of factors related to carrying out physical activities of daily living (PADL) among 75-years-old men and women in two Nordic countries. *Aging (Milano), 9*(4), 258-267.

Lawton, M. P., & Brody, M. (1969). Assessment of older people: self-maitaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist, 9*(3), 179-186.

Lawton, M. P. (1997). Measures of quality of life and subjective well-being. *Generations, 21*(1), 45-48.

Le Faour, A. L., Ozuler, A., Okra, N., & Laudet, J. (2004). A geriatric day-care unit: a health promoting hospital initiative. *Promotion & Education, 11*(1), 11-16.

Lee, G. R., DeMaris, A., Bavin, S., & Sullivan, R. (2001). Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56B*, S56-S61.

Lee, T. (1998). The cost of long-term care alternatives for the elderly. Ph.D. dissertation, New York University, United States – New York. Retrieved May 21, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database*. (AAT 9819868)

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

Lee, D. J., Gómez-Marín, O., Lam, B. L., Zheng, D. D., Arheart, K. L., Christ, S. L, et al. (2007). Severity of concurrent visual and hearing impairment and mortality: the 1986--1994 National health interview survey. *Journal of Aging and Health, 19*(3), 382-396.

Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (1999a). A path analysis model of self-rated health among older people. *Aging (Milano),* 11(4), 209-220.

Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (1999b). A pattern of long term predictors of health ratings older people. *Aging (Milano), 13*(6), 454-464.

Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2001). Predictors of decline in self-assessment of health among older people a 5-years longitudinal study. *Social Science and Medicine, 52*(9), 1329-1341.

Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., et al. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry, 157*, 722-728.

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

Levine, M., Phelan, E. A., Balderson, B. H. K., & Wagner, E. H. (2006). Collaborative treatment planning for older patients in primary care. *Generations, 30*(3), 83-85.

Leveille, S. G., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., & Langlois, J.(1999). Aging successfully until death in old age: opportunities for increasing active life expectancy. *American Journal of Epidemiology, 149*(7), 654-664.

Levy, B. R., Hausdorff, J. M., Hencke, R., & Wei, J. Y. (2000). Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55B*, P205-P231.

Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self--perception of aging. *Preventive Medicine, 39*, 625-629.

Levy,B. R., Slade, M. D., May, J., & Caracciolo, E. A. (2006). Physical recovery after acute myocardial infartaction: positive age self-stereotypes as a resource. *International Journal of Human Development, 62*, 285-301.

Li, I. C. (2004). The effectiveness of a health promotion program for the low-income elderly in Taipei, Taiwan. *Journal of Community Health, 29*(6), 511-525.

Liang, J., Levin, J. S., & Krause, N. M. (1989). Dimensions of the OARS mental health measures. *Journal of Gerontology, 44*(5), 127-138.

Lieberman, A. J. (2001). Family dynamics and the flow of caregiving. In S. E. Levkoff, Y. K. Chee & S. Noguchi (Eds.), *Aging in good health: a multidisciplinary approach* (pp. 89-107). New York, NY: Springer.

Lin, S-J. (1995). Estimating the determinants of the utilization of nursing homes and community-based home care services by the elderly: cross-sectional and longitudinal analyses. Ph.D. dissertation, Vanderbilt University, United States – Tennessee. *ProQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT9541799).

Linden, M., Horgas, A. L., Gilbert, R., & Steinhagen-Thiessen, E. (1997). Predicting health care utilizations in the very old. The role of physical health, mental health, attitudinal and social factors. *Journal of Aging Health, 9*(1): 3-27.

Lingler, J. H., Nightingale, M. C., Erlen, J. A., Kane, A. L., Reynolds, C. F., Schulz, R., & DeKosky, S. T. (2006). Making sense of mild cognitive impairment: a qualitative exploration of the patient's experience. *The Gerontologist, 46*(6), 791-800.

Liotta, G., Scarcella, P., Carbini, R., Palombi, L., Talarico, F., & Marrazi, M. C. (2002). Social and health services needs in a sample of elderly people in Catanzaro. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità, 14*(2), 149-161.

Liotta, G., Scarcella, P., Mancinelli, S., Palombi, L., Cancelli, A., & Marrazi, M. C. (2006). Metodologia de valutazioni della domanda di assistenza in popolazioni in età geriátrica: l'uso del questionário di valutazione funzionale geriátrica. *Annali di Igiene: Medicina Preventiva e di Comunità, 18*(3), 225-235.

Lipstiz, I. A., & Goldberger, A. L. (1992). Loss of "complexity" and aging. Potencial applications of fractals and chaos theory to senescence. *The Journal of the American Medical Association, 267*, 1806-1809.

Litwin, H. (1998). Social network and health status in a National sample of elderly Israelis. *Social Science & Medicine, 46*, 599-609.

Litwin, H. (2001). Social network type and morale in old age. *The Gerontologist, 41*, 516-524.

Litwin, H. (2004). Social networks, ethnicity and public home-care utilisation. *Ageing and Society*, 24, 921-939.

Litwin, H., & Shiovitz-Ezra, S. (2006). Network type and mortality risk in later life. *The Gerontologist, 46*(6), 735-743.

LoBuono, C., & Pinkowish, M. D. (1999). Geriatrics assessments keep older adults well. *Patient Care, 33*(18), p.230.

Lougblin, A. (2004). Depression and social support: effective treatments for homebound elderly adults. *Journal of Gerontological Nursing, 30*(5), 11-15.

Lowenstein, D. A., & Magowski, B. J. (1999). The functional assessment of the older adult patient. In P. A. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (pp. 101-148). New York: John Wiley & Sons.

Lowenstein, A. (2007). Solidarity-conflict and ambivalence: testing two conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(2), S100-S107.

Lyles, J., King, S., Given, B., & Given, C. W. (1990). Social interaction, instrumental support and family caregiver perception of support. *Behavior, Health and Aging, 1*(2), 105-120.

Lyyra, T. M., Heikkinen, E., Lyyra, A. L., & Jylhä, M. (2006). Self-rated health and mortality: could clinical and performance-based measures of health and functioning explain the association? *Archives of Gerontology and Geriatrics, 42*(3), 277-288.

Lyyra, T. M., TörmäKangas, T. M., Read, S., Rantanen, T., & Berg, S. (2006). Satisfaction with present life predicts survival in octogenarians. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*(6), P319-P326.

Lu, D-F. (2001). Perceived health status and services use in United States Chinese elders. Ph.D. dissertation, The University of Iowa, United States – Iowa. *ProQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT 3018595).

Lubitz, J., Greenberg, L. G., Gorina, Y., Wartzman, L., & Gibson, D. (2001). Three decades of health care use by the elderly. 1965-1998. *Health Affairs, 20*(2), 19-32.

Luchi, R. J., Gammack, J. K., Narcisse III, V. J., & Jr, P. S. (2003). Standards of care in geriatric practice. *Annual Review of Medicine, 54*, 185-196.

MacDonald, A. J. D. (1997). ABC of mental health: mental health in old age. *British Medical J*ournal, *315*, 413-417.

Macintyre, S., Maciver, S., & Sooman, A. (1993). Area, class, and health: should we be focusing on places or people? *Journal of Social Policy, 22*, 213-234.

Macintyre, S. (1994). Understanding the social patterning of health: the role of social science. *Journal of Public Health Medicine, 16*, 15-59.

Martínez de la Iglesia, J., Pérula de Torres, L. A., Espejo, J., Rubio, V., Aranda, J. M., Fonseca, F. J. et al. (1997). Proyeto ANCO. Un estúdio sociosanitario de la población mayor de la ciudad de Córdoba. Diseño y ejecución. *Revista Gerontologia, 7*, 82-90.

Madigan, E. A. (2007). A description of adverse events in home healthcare. *Home Healthcare Nurse, 25*(3), 191-197.

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

Manor, O., Israeli, E., & Friedlander, Y. (2000). Mortality differentials among Israeli women: the Israel longitudinal mortality study. *Social Science and Medicine, 51*(8), 1175-1188.

Manor, O., & Eisenbach, Z. (2003). Mortality after spousal loss: are there socio-economic differences? *Social Science and Medicine, 56*, 405-413.

Manthorpe, J., Michelle, C., Rapaport, J., Moriarty, J., Bright, L., Clough, R. et al. (2006). Commissioning community well-being: focus on older people and transportation. *Journal of Integrated Care, 44*(4), 28-37.

Manton, K. G. (1982). Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society 60*, 183-224.

Manton, K. G., Corder, L., & Stallard, E. (1994). Chronic disability trends in elderly United States populations. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, *94*, 2593-2598.

Marek, K. D., & Baker, C. D. (2006). Nurse home visit programs for the elderly. *Annual Review of Nursing Research, 24*, 157-178.

Markle-Reid, M. (2003). Frail elderly home care clients: The effects and expense of adding nursing health promotion and preventive care to personal support services. Ph.D. dissertation, McMaster University (Canada), Canada. Retrieved May 22, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database*. (AATNQ86475)

Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., & Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing, 54*(3), 381-395.

Martikainen, P., & Valkonen, T. (1996). Excess mortality of unemployed men and women during period of rapidly increasing unemployment. *The Lancet, 348*, 909-912.

Martin, J. L., Marler, M. R., Harker, J. O., Josepheson, K. R., & Alessi, C. A. (2007). A multicomponent nompharmacological intervention improves activity rhythms among nursing home residents with disrupted sleep/wake patterns. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 62A*(1), 67-72.

Martin, L. G., Schoeni, R. F., Freedman, V. A., & Andreski, P. (2007). Feeling better? Trends in general health status. *The Journals of Gerontology Series B: psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(1), S11-S21.

Masterson, A. (2007). Community matrons: person-centred care planning (part one). *Nursing Older People, 19*(4), 23-26.

Mathieson, K. M., Kronenfeld, J. J., & Keith, V. M. (2002). Maintaining functional independence in elderly adults: the roles of health status and financial resources in predicting home modifications and use of mobility equipment. *The Gerontologist, 42*(1), 24-31.

Mays, G., & Lund, C. (1999). Male caregivers of mentally ill relatives. *Perspective Psychiatry Care, 35*, 19-30.

McAuley, W. J., & Baird-Holmes, D. (1999). The medically vulnerable: their health risks, health status, and use of physician care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 10*(2), 186-200.

McClane, K. S. (2002). A study of quality of life issues in community-dwelling elders. Ph.D. dissertation, University of San Diego, United States – California. Retrieved Abril 4, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database*. (AAT 3045940)

McCormack, B. (1998). Community care for older people. *British Medical Journal, 317,* 552-553.

McGarry, K., & Schoeni, R. F. (2005). Widow (er) poverty and out-of-pocket medical expenditures near the end of life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60B*, S160-S168.

McMurdo, M. E. T. (2000). A healthy old age: realistic or futile goal? *British Medical Journal*, 321, 1149-1151.

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

Melchior, M., Berkman, L. F., Niedhammer, I., Chea, M., & Goldberg, M. (2003). Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science & Medicine, 56*, 1817-1830.

Meldon, S. W., Emerman, C. L., Schubert, D. S., Moffa, & Etheart, R. G. (1997). Depression in geriatric ED patients: prevalence and recognition. *Annals of Emergency Medicine,30*(2),141-145.

Melzer, D., Ely, M., & Brayne, C. (1997). Cognitive impairment in elderly people: population based estimate of the future in England, Scotland, and Wales. *British Medical Journal, 315*, 462-466.

Mendes de Leon, C. F., Gold, D.T., Glass, T. A., Kaplan, L., & George, L. K. (2001). Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: The Duke EPESE 1986-1992. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 6B*(3), S179-S190.

Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., Beckett, L. A., Seeman, T. E., Evans, D. A., & Berkmam, L. F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 54B*, S162-S172.

Mendes, W. (2001). *Home care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da terceira idade, Universidade do Rio de Janeiro.

Miller, M. P. (1991). Factors promoting wellness in the aged person: an ethnographic study. A*dvances in Nursing Science, 13*(4), 39-51.

Miller, D. K., Andresen, E. M., Malmstrom, T. K., Miller, J. P., & Wolinsky, F. D. (2006). Test-retest reliability of subclinical status for functional limitation and disability. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*(1), S52-S56.

Miller, T. R., & Wolinsky, F. D. (2007). Self-rated health trajectories and mortality among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(1), S22-S27.

Milligan, W. L., Powell, D. A., & Furchtgott, E. (1988). The olders americans resources and services interview and the medically disabled elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 1*(2), 77-83.

Mineau, G. P., Smith, K. R., & Bean, L. L. (1997). Has survival among widows and widowers improved? Trends from 1860-1960. Abstract In: *Program from the Annual Meeting of Population Association of America*, Washington D.C.

Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G. & Crepaldi, G. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 57A*, M155-M161.

Ministério da Solidariedade e Segurança Social (1996). *Rede de serviços e equipamentos sociais (RSESS/95).* Lisboa.

Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.

Mirosky, J. (1995). Age and the sense of control. *Social Psychology Quarterly, 58*(1), 31-43.

Miszko, T. A., Cress, M. E., Slade, J. M., Covey, C. J., Agrawal, A. K., & Doerr, C. E. (2003). Effect of strength and power training on physical function in community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *58A* (2), 171-175.

Mitchell, J. (1995). Service awareness and use among older North Carolinians. *Journal of Applied Gerontology, 14*(2), 193-209.

Mitchell, J., & Krout, J. A. (1998). Discretion and service use among older adults: the behavioural model revisited. *The Gerontologist, 38*,159–168.

Mitchell, J., Mathews, H. F., Hunt, L. M., Cobb, K. H., & Watson, R. W., (2001). Mismanaging prescription medications among rural elders: the effects of socioeconomic status, health status, and medication profile indicators. *Gerontologist, 41*(3), 348-56.

Mitnitsky, A. B., Mogilner, A. J., MacKnight, C., & Rockwood, K. (2002). The mortality rate as a function of accumulated deficits in a frailty índex. *Mechanisms of Ageing and Development*, *123*, 1459-1462.

Molony, S. L. (2004). Quality of living in long-term care environments: A psychometric analysis of the H.O.M.E Scale. Ph.D. dissertation, The University of Connecticut, United States – Connecticut. Retrieved May 22, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database.* (AAT 3134793)

Monheit, A. C., Vistenes, J., & Eisenberg, J. M. (2001).Health care for the elderly: how much? Who will pay for it? *Health Affairs, 20*(2), 204-213.

Mor, V., Wilcox, V., Rawski, W., & Hiris, J. (1994). Functional transitions among elderly: patterns, predictors, and related hospital use. *American Journal of Public Health, 84*(8), 1274-1280.

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

Morenoff, J., & Lynch, J. W. (2004). What makes a place healthy? Neighbourhood influences on racial/ethnic disparities in health over the life course. In N. B. Anderson, R. A. Bulatao, & B. Cohen (Eds.) *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life* (pp.406-449). Washington, DC: National Academic Press.

Morgan, K., Amstrong, G. K., Huppert, F. A., Brayne, C., & Solomou, W. (2000). Healthy ageing in urban and rural Britain: a comparison of exercise and diet. *Age and Aging, 29*, 341-348.

Morgan, R. O., Virnig, B. A., Duque, M., bdel-Moty, E., & De Vito, C. A. (2004). Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance:the LIFE study. *Journal of Gerontolology Series A: Biology Sciences and Medical Sciences, 61*,1157-1165.

Morrison, A., & Levy, R. (2006). Fraction of nursing home admissions attributable to urinary incontinence. *Value Health, 9*(4), 272-274.

Mountain, G. (2003). Growing research with older people. *Quality in Ageing, 4*(4), 6-10.

Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction over 20 during adulthood: findings from the VA normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 189-202.

Muramatsu, N., Yin, H., Campbell, R. T., Hovem, R. L., Jacob, M. A., & Ross, C. O. (2007). Risk of nursing home admission among older Americans: does states'spending on home-and community-based services matter? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62*(3), S169-S178.

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

Nagi, S. Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In M. B. Sussman (Ed.) *Sociology and Rehabilitation* (pp.110-113). Washington, DC: American Sociological Association.

Nagi, S. (1991). Disability concepts revisited: implications for prevention. In A. Pope, A. Taylor (Eds.), *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*. Washington, DC: National Academy Press.

Naylor, D. M., (2005). Does money matter? Older people's views of their monetary resources. *Quality in Ageing, 6*(2), 38-39.

Nazareth, J. M. (1991). A problemática da demografia portuguesa nos anos noventa. *Geriatria Clínica*, 33-44.

Nazareth, J. M. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatria, 7*(64), 5-17.

Nemoto, T. (1998). Subjective norms toward social support among Japanese American elderly in New York City: why help does not always help. *Journal of Community Psychology, 26,* 293-316.

Neno, R., & Neno, M. (2005). Identifying abuse in older people. *Nursing Standard, 20*(3), 43-47.

Netto, M. P. (2000). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

Newman, S. (2003). The living conditions of the elderly Americans. *The Gerontologist, 43(*1), 99-109.

Ngoh, C. T., Lewis, I. D., & Connolly, P. M. (2005). Outcomes of inpatient geropsychiatric treatment: the value of assessment protocols. *Journal of Gerontological Nursing, 31*(4), 12-18.

Nicolaides-Bouman, A., van Rossum, E., Kempen, G. I. J. M., & Knipschild, P. (2004, 15 Dezembro). Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. *BMC Health Services Research, 4*(35). Recuperado em Janeiro 2, 2007, de http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/35.

Nikolaus, T., Specht-Leible, N., Bach, M., Oster, P., & Schuerf, G. A. (1999). randomised trial of comprehensive geriatric assessment and home interventions in the care of hospitalized patients. *Age and Ageing, 28*, 543-550.

Njegovan, V., Hing, M. M., Mitchell, S. L., & Molnar, F. J. (2001). The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. *The Journals of Gerontology Serie A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56*(10), M638-643.

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

Nolan, M. (2001). Successful ageing: keeping the person in person-centred care. *British Journal of Nursing, 10*(7), 450-454.

Nordin, E., Rosendahl, E., & Lundin-Olsson, L. (2006). Timed "Up & Go" test: reliability in older people dependent in activities of daily living-focus on cognitive state. *Physical Therapy, 86*(5), 646-655.

Nourhashemi, F., Andrieu, S., Gillette-Guyonnet, S., Vellas, B., Albaréde, J. L., & Grandjean, H. (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: A study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56A(*7), M448-M453.

Nota, L., Soresi, S., & Perry, J. (2006). Quality of life in adults with an intellectual disability: the evaluation of quality of life instrument. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(5), 371-385.

Nygren, C., Oswald, F., Iwarsson, S., Fänge, A., Sixsmith, J., Schilling, O., et al. (2007). Relationships between objective and perceived housing in very old age. *The Gerontologist, 47*(1), 85-95.

Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Metanalysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep, 27*, 1255-1273.

Okabayashi, H., Mizuno, N., & Kobori, H. (2004). Caregiving experience, social supports from friends, personal control, and life satisfaction among the Japonese elderly. *The Gerontologist: program abstracts: 57th Annual Scientific Meeting, 44*(1), 651.

Olbrich, E., & Diegritz, U. (1995). Das Zusammenwirken von person-und umweltfaktoren im alltag: eine kritische diskussion von aktivitäten des täglichen lebens und instrumentalen aktivitäten des täglichen lebens (interaction of person and environmental factors in daily life). *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie, 8,* 199-212.

Oldknow, H. (2007). Stop, look and listen: service use and carer consultation can make a genuine difference to a service. *Working with Older People, 11*(1), 32-36.

Oldman, C. (2002). Later life and the social model of disability: a confortable partnership? *Aging & Society, 22*, 791-806.

Olfson, M., Sing, M., & Schlesinger, H. J. (1999). Mental health/medical care cost offsets: opportunities for managed care. *Health Affairs, 18*(2), 79-90.

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

O'Mahony, P. G., Thomson, R. G., Rodgers, H. R., Dobson, R., & James, O. F. W. (1995). Health status assessment of older stroke patients using the SF-36. *Journal of The American Geriatrics Society*, 43, 176.

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

OMS, Organização Mundial da Saúde (2004). CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. (Tradução e revisão Amélia Leitão). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Ormel, J., Rijsdijk, F. V., Sullivan, M., Sonderen, E. V., Gertrudis, I. J., & Kempen, M. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57B(4), P338-P347*.

Orr, R., de Vos, N. J., Singh, N. A., Ross, D. A., Stravinos, T. M., & Fiatarone-Singh, M. A. (2006). Power training improves balance in healthy older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 61*, 78-85.

Orwig, D., Brandt, N., & Gruber-Baldini, A. (2006). Medication management assessment for older adults in the community. *The Gerontologist, 46*(5), 661-668.

Osawa, M. N. (1999). The economic well-being of the elderly people and children in a changing society. *Social Work, 44*, 9-19.

Oswald, F., Wahl, H-W., Schilling, O., Nygren, C., Fänge, A., Sixsmith, A., Sixsmith, J., Széman, Z., Tomsone, S., & Iwarsson, S. (2007). Relationship between housing and healthy aging in very old age. *The Gerontologist, 47,* 96-107.

Owsley, C., Sloane, M., McGwin, G. J., & Ball, K. (2002). Timed instrumental activities of daily living tasks: relationship to cognitive function and everyday performance assessments in older adults. *Gerontology, 48*(4), 254.

Oxman, T. E., & Hull, J. G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56B*(1), P35-P45.

Ozawa, M. (1999). The economic well-being of elderly people and children in a changing society. *Social Work, 44*(1), 9- 19.

Padilla, G. V., & Frank-Stromborg, M. (1997). Single instruments. for measuring quality of life. In M. Frank-Stromborg & S. J. Olsen (Eds.) *Instruments for clinical health-care research* (2nd Ed.) (pp. 114-127). Boston: Jones & Hardett Publishers, Inc.

Pahor, M., Blair, S. N., Espeland, M., Fielding, R., Gill, T. M., Guralnik, J. M., et al. (2006). Effects of a physical activity intervention on measures of physical performance: results of the lifestyle interventions and independence for elders pilot (LIFE-P) study. *The Journals of Gerontology: Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 61A*(11), 1157-1165.

Paier, G. S. (1994). Development and testing of an instrument to assess functional status in the elderly. Ph.D. dissertation, University of Pennsylvania, United States -- Pennsylvania. Retrieved May 21, 2007, from *ProQuest Digital Dissertations database*. (AAT 9427592)

Paier, G. S., & Bowdish, J. R. (1995). Primary care for healthy aging. *Advanced Ptractice Nursing Quartely, 1*(3), 65-73.

Paillat, P. (1986). *Vieillissement et vieillesse*. 2ªEd. Paris: PUF.

Palmore, F. 81999). Ageism: negative and positive. New York: Springer.

Parker, S. G., Peet, S. M., McPherson, A., Cannaby, A. M., Abrams, K., Baker, R., et al. (2003). Health technology assessment. *Clinical Governance, 8*(1), 79-81.

Parker, M. G., Ahasic, K., & Thorslund, M. (2005). Health changes among Swedish oldest old: prevalence rates from 1992 and 2002 show increasing health problems. *The Journals of Gerontology Serie A: Biological Sciences and Medical Sciences, 60A*(10), 1351- 1355.

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

Parker, S. G. (2006). Acute hospital care for frail older people. *Age and Ageing, 35,* 551-552.

Parsons, K. (1997). The male experience of caregiving for a family member with Alzheimer's disease. *Qualitative Health Research, 6*(3), 391-406.

Patiño, P. E. (1994). *Valoracion multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo*. Dissertação de doutoramento não publicada, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, Espanha.

Patiño, P. E., Vásquez-Vizoso, F. L., & Veras, C. R. (1996). The handicaps and the need for services among the aged detected in the health survey OARS-Vigo. *Medicina Clínica (Barc), 106*(17), 641-648.

Paúl, C. (1994). Panorama demográfico dos idosos em Portugal. *Geriatria, 7*(70), 21-26.

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

Peak, T., Mason, D., & Krannich, R. (2004). Senior services utilization: a reexamination of the expanded behavioral model. *The Gerontologist: PROGRAM ABSTRACTS: 57th Annual Scientific Meeting…, 44*(1), 244.

Peake, T. H. (1998). *Healthy aging, healthy treatment: the impact of telling stories*. Westport, CT: Praeger.

Pedersen, N. A., Rothenberg, E., & Maria, A. (2002). Health behaviors in elderly people. A 5-years follow-up of 75-years-old people living in three Nordic localities, smoking, physical activity, alcohol consumption, and healthy eating, and attitudes to their importance. *Aging Clinical and Experimental Research, 14*(3Sppl), 75-82.

Pereira, J. (1992). Economia da saúde: g*lossário de termos e conceitos*. Lisboa: APES (Documento de trabalho 1/93).

Perneczky, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Komossa, K., Panagiotis, A., Stefan Wagenpfeil, S., & Kurz, A. (2006). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age and Ageing, 35*(3), 240-245.

Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., & Stahelin, H. B. (1999). Health control beliefs in old age-relationship with subjective and objective health, and health behavior. *Psychology, Health & Medicine, 4*(1), 83-96.

Phillips, L. R., Brewer, B. B., & Torres de Ardon, E. (2001). The elder image scale: a method for indexing history and emotion in family caregiving. *Journal of Nursing Measurement, 9*, 23-47.

Pickett, K. E., & Pearl, M. (2001). Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomics context and health outcomes: a critical review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*(2), 111-122.

Pilotto, A., Scarcelli, C., D'Ambrosio, L., Cascavilla, L., Longo, M. G., Greco, A., et al. (2005). All patient refined diagnosis related groups: a new administrative tool for identifying elderly patients ar risk of high resource consumption. *Journal of The American Geriatrics Society, 53*(1), 167-168.

Piyabanditkul, L. (2003). Relationship between home health service utilization and functional status of Medicare patients with heart failure. Ph.D. dissertation, University of Kentucky, United States -- Kentucky. P*roQuest Digital Dissertations database*. (Publication No. AAT 3092323).

Pizzetti, P., Manfredini, M., & Lucchetti, E. (2005). Variations in late-age mortality by household structure and marital status in Parma, Italy. *Ageing & Society, 25*, 305-318.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1991). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ªEd. Porto Alegre: Artes Médicas.

Poll, C., Duffy, S., Hatton, C., Sanderson, T., & Routledge, M. (2006*). A report on in control's first phase 2003-2005*. London: Control publications.

Pompei, P. (2006). Diabetes mellitus in later life. *Generations, 30*, 39-44.

Poortinga, W. (2006). Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine, 43*(6), 488-493.

Porter, E. (1995). A phenomenological alternative to the "ADL" traditional research tradition. *Journal of Aging and Health, 7*(1), 24-26.

Prager, E., Walter-Ginzburg, A., Blumstein, T., & Modan, B. (1999). Gender differences in positive and negative self-assessments of health status in a National epidemiological study of Israeli aged. *Journal of Women & Aging, 11*(4), 21-41.

Pudaric, S., Sundquist, J., & Johansson, S. E. (2000). Major risk factors for cardiovascular disease in elderly migrants in Sweden. *Ethnicity & Health, 5,* 137-150.

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

Racic, M., Kusmuk, S., Kozomara, L., Debelnogic, B., & Tepic, R. (2006). The prevalence of mistreatment among the elderly with mental disorders in primary health care settings. *The Journal of Adult Protection, 8*(4), 20-24.

Ramirez, S. Z., & Lukenbill, J. F. (2007). Development of the fear survey for adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 28*(3), 225-237.

Rappaport, A. M. (1998). Retirement security for women needs work. *National Underwriter, (Life and Health/Financial Services Edition), 102*, 39.

Rasinaho, M. (2007). Motives for and barriers to physical activity among older adults with mobility limitations. *Journal of Aging and Physical Activity, 15*(1), 90-102.

Rasulo, D., Christensen, K., & Tomassini, C. (2005). The influence of social relations on mortality in later life: a study on elderly Danish twins. *The Gerontologist, 45*, 601-608.

Rantanen, T., Era, P., & Heikkinen, E. (1997). Physical activity and the changes in maximal isometric strength in men and women from the age of 75 to 80 years. *The*

Journals of Gerontolology Series A: Biology Sciences and Medical Sciences, 52A(4), M225-M231.

Ratzen, S. C., & Parker, R. M. (2000). Introduction. In C. R. Selden, M. Zorn, S. C. Ratzen, & R. M. Parker (Eds.). *National library of medicine current bibliographies in medicine: health literacy. NLM Pub.* No. CBM 2000-1. Bethesda, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of health and Human Services.

Raynes, N., Coulthard, L., Glenister, C., & Temple, B. (2004). Age does not come alone: identifying and implementing bolder people's views of quality in home care services. *Quality in Ageing, 5*(1), 24-31.

Rautio, N., Heikkinen, E., & Ebrahim, S. (2005). Socio-economic position and its relationship to physical capacity among elderly people living in Jyväskylä, Finland: five-and ten-years follow-up studies. *Social Science and Medicine, 60*(11), 2405-2416.

Ried, L. D., & Planas, L. G. (2002). Aging, health, and depressive symptoms: are women and men different? *Journal of Women's Health, 11*(9), 813-824.

Reis, J. (1996). O envelhecimento. *Geriatria, 9*(83), 14-31.

Reis, M. (1994). Incontinência urinária no idoso. *Geriatria, 7*(67), 5-15.

Richards, M., & Deary, L. J. (2005). A life course approach to cognitive reserve: a model for cognitive aging development? *Annals of Neurology, 58*, 617-622.

Richardson, R. J. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 2ª Ed. São Paulo: Atlas.

Richardson, V. (1990). Gender differences in retirement planning among educators: implications for practice with older women. *Journal of Women and Aging, 2*, 27-40.

Roberts, D. (2006). Operating a pooled budget and lead commissioning using health act flexibilities: the Oxfordshire experience. *Journal of Integrated Care, 14*(6), 36-44.

Rochon, P. A., Bronskill, S. E., & Gurwitz, J. H. (2002). Health care for the older people: Scottish report has international relevance. *British Medical Journal, 324*, 1231-1232.

Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an envolving concept. *Canadian Medical Association Journal, 150*, 489-495.

Rockwood, K., Stolee, P., & McDowell, I. (1996). Factors associated with institutionalization of older people in Canada: testing a multifactorial definition of frailty. *Journal American Geriatric Society, 44*, 578-582.

Rockwood, K., Silvius, J. L., & Fox, R. A. (1998). A standard comprehensive geriatric assessment: helping your elderly patients maintain functional well-being. *Postgraduate Medicine, 103*, 247-264.

Rockwood, K., Stadnyk, K., MacKnight, C., McDowell, I., Hébert, R., & Hogan, D. B. (1999). A brief clinical measure of frailty. *Lancet, 353*, 205-206.

Rockwood, K., Mogilner, A. J., & Mitnitski, A. (2004). Changes with age in the distribution of a frailty índex. *Mechanisms of Ageing and Development, 125,* 517-519.

Rockwood, K., Mitnitski, A., Song, X., Steen, B., & Skoog, I. (2006). Long-term risks of death and institutionalization of elderly people in relation to deficit accumulation at age 70. *Journal of American Geriatrics Society, 54*, 975-979.

Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitski, A. (2007). A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *62A*(7), 738-743.

Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *62A*(7), 722-727.

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

Rodrigues, R. (2005a). Experiences lived of nursing students in the application of a questionnaire to elderly people: a phenomenological approach – *Libro de Ponencias do II Congreso Iberoamericano de Investigatión Cualitativa en Salud* (p. 224), Madrid, 22 a 25 de Junho.

Rodrigues, R. (2005b). Elderly: nursing community interventions based on multidimensional assessment – *Actas do I Congreso Internacional de Enfermería Comunitária*: *Cuidando a la Comunidad*, (em CD). Madrid, 22 a 24 de Setembro.

Roe, B., Whattam, M., Young, H., & Dimond, M. (2001a). Elders' needs and experiences of receiving formal and informal care for their activities of daily living. *Journal of Clinical Nursing, 10*(3), 389-397.

Roe, B., Whattam, M., Young, H., & Dimond, M. (2001b). Elders' perceptions of formal and informal care: aspects of getting and receiving help for their activities of daily living. *Journal of Clinical Nursing, 10*(3), 398-405.

Roelands, M., van Oyen, H., Depoorter, A., Baro, F., & van Oost, P. (2003). Are cognitive impairment and depressive mood associated with increased utilisation in community--dwelling elderly people? *Health and Social Care in the Community, 11*(1):1-9.

Rogers, C. R. (1991). Health and social characteristics of nonmetro elderly. *Agriculture Outlook, 92(*4), 21-29.

Rogers, W. A., & Fisk, A. D. (2006). Cognitive support for elders through technology. *Generations, 30*(2), 38-43.

Rolland, Y., Lauwers-Cances, V., Cesari, M., Vellas, B., Pahor, M., & Grandjean, H. (2006). Physical performance measures as predictors of mortality in a cohort of community-dwelling older French women. *European Journal of Epidemiology, 21*(2), 113-122.

Roos, E., Lahelma, E., Saastamoinen, P., & Elstad, J. L. (2005). The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health, 33*(4), 250-260.

Rosa, T. E., Benício, M. H., Latorre, M. R., & Ramos, L. R. (2003). Factores determinantes da capacidade functional entre idosos. *Revista de Saúde Pública, 37*(1), 40-48.

Rosário, M. A. B., & Díaz, V. (1992). Valoración del grado de autonomia de los ancianos. *Atención Primária, 10*(7), 888-891.

Rose, J. H., Bowman, K. F., O'Toole, E. E., Abbott, K., Love, T., Thomas, C., & Dawson, N. V. (2007). Caregiver objective burden and assessments of patient-centered, family-focused care for frail elderly veterans. *The Gerontologist, 47*(1), 21-33.

Rosenberg, M. W., & Moore, E. G. (1997). The Health of Canada's elderly population: current status and future implications. *Canadian Medical Association Journal, 157*(8), 1025-1032.

Rowe, J. W., & Kahn, R. I. (1987a). Human aging: usual and successful. *Science, 237*, 143-149.

Rowe, J. W. & Kahn, R. I. (1997b). Human aging: usual and successful. *The Gerontologist, 37*, 433-440.

Rowe, J. W. & Kahn, R. I. (1998). *Successful Aging*. New York: Partheon Books.

Rowles, G. D., & Watkins, J. F. (2003). History, habit, heart and hearth: on making spaces into places. In K. W. Schaie, H-W. Wahl, H. Mollenkopf, & F. Oswald (Eds.), *Aging independently: living arrangements and mobility* (pp.77-96). New York: Springer.

Rowles, G. D., Oswald, F., & Hunter, E. G. (2004). Interior living environments in old age. In H-W Wahl, R. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Aging in context: socio-physical environments* (pp. 167-193). New York: Spinger.

Royal Commission on Long Term Care. (1999). *With respect to old age: Long term care – rigths and responsabilities*. London: Stationery Office.

Rozzini, R., Giovanni, B. F., Ferrucci, L., Barbisoni, P., Bertozzi, B., & Trabucchi, M. (1997). The effect of chronic diseases on physical function. Comparison between activities of daily living scales and the physical performance test. *Age and Ageing, 26*(4), 281-287.

Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., Wieland, G. D., English, P. A., Sayre, J. A., & Kane, R. L. (1984). Efectiveness of a geriatric evaluation unit: results of a randomized clinical trial. *New England Journal of Medicine, 311*(26), 1664-1670.

Rubenstein, L. Z., & Rubenstein, L. V. (1991). Multidimensional assessment of elderly patients. *Advances in Internal Medicine, 36*, 81-108.

Rubenstein, L. Z., Wieland, D., & Bernabei, R. (1995). *Geriatric assessment technology: the state of art*. Milano: Kurtis.

Rubenstein, L. Z. (2004). Comprehensive geriatric assessment: from miracle to reality. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59A*(5), 473-477.

Rubenstein, L. Z., & De Medeiros, K. (2004). Ecology and aging self. In H-W Wahl, R. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics. Aging in context: socio-physical environments* (pp. 59-84). New York: Spinger.

Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age and Ageing, 35*(S2), ii37-ii41.

Rubin, R. M., White-Means, S. I., & Daniel, L. M. (2000). Income distribution of older Americans. *Monthly Labor Review, 123*, 19-30.

Runciman, P., Watson, H., McIntosh, J., & Tolson, D. (2006). Community nurses' health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing, 55*(1), 46-57.

Rupp, K., Strand, A., & Davies, P. S. (2003). Poverty among elderly women: assessing SSI options to strengthen social security reform. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58B*(6), S359-S368.

Russell, C., Hill, B., & Basser, M. (1998). Older people's lives in the inner city: hazardous or rewarding? *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22*(1), 98-106.

Ruta, D. A., & Garrat, A. M. (1994). Health status to quality of life measurement. In J. Jenkinson, C. (Ed.), *Measuring health and medical outcomes. Social Research Today Series*, *No. 3* (pp. 138-159). London: UCL Press.

Saczynski, J. S., Willis, S. L., & Schaie, K. W. (2002). Strategy use in reasoning training with older adults. *Aging Neuropsychology and Cognition, 9*(1), 48-60.

Saczynski, J. S., Margrett, J. A., & Willis, S. L. (2004). Older adults strategic behavior: effects of individual versus collaborative cognitive training. *Educational Gerontology, 30*, 587-610.

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

Salamon, M. J. (1999). Evaluating functional and behavioral health. In P. A. Lichtenberg (Ed.). *Handbook of assessment of clinical gerontology* (pp. 205-242). New York: John Wiley & Sons.

Saliba, D., Orlando, M., Wenger, N. S., Hays, R. D., Laurence Z, & Rubenstein, L. Z. (2000). Identifying a short functional disability screen for older persons. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 55A*(12), M750-M756.

Saltz, C. C., McVey, L. J., Becker, P. M., Feussner, J. R., & Cohen, H. J. (1988). Impact of a geriatric consultation team on discharge placement and repeat hospitalization. *Gerontologist, 28*(3), 344–350.

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

Sander, R. (2000). Nursing assessment with older people: a person-centered approach. *Elderly Care, 12*(5), 37-44.

Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D., & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *British Medical Journal, 317*, 1191-1194.

Sandberg, J., & Eriksson, H. (2007). The hard thing is the change's: the importance of continuity for older men caring for their wives. *Quality in Ageing,6*, 1-10.

Santos, P. L. D. F. C. (1995). *A depressão no idoso*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade da Estremadura, Badajoz, Espanha.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing, 32*(4), 1025-1033.

Sattin, R. W. (1992). Falls among older persons: a public health perspective. *Annual Review of Public Health, 13*, 489-508.

Sayer, A., Cooper, C., Evans, J., Rauf, A., Wormald, R., & Osmond, C. (1998). Are rates of ageing determined in útero? *Age and Ageing, 27*, 579-583.

Scanlan, B. (2005). The value of comprehensive geriatric assessment. *Care Management Journals, 6*(1), 1-8.

Schaie, K. W., & Willis, S. L. (1986). Can decline in adult intellectual functioning be reserved? *Development Psychology, 22*, 223-232.

Scharf, T., Phillipson, C., & Smith, A. E. (2005). Social exclusion and quality of life of excluded older people. *Working With Older People, 9*(3), 32-35.

Schiedt, R. J., & Norris-Baker, C. (2004). The general ecological model revisited: evolution, current status, and continuing challenges. In H-W Wahl, R. Scheidt, & P. G. Windley (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Aging in context: socio--physical environments* (pp. 34-58). New York: Springer.

Schmit, F., Phillips, B., Cook, Y., Berry, D., & Wekstein, D. (1996). Self report on sleep symptoms in older adults: correlates of daytime sleepiness and health. *Sleep, 19*, 59-64.

Schieman, S., & Plickert, G. (2007). Functional limitations and changes in levels of depression among older adults: a multiple-hierarchy stratification perspective. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(1), S36-S42.

Schneider, E. L., & Brody, J. A. (1983). Aging, natural death, and the compression of morbity: another view. *The New England Journal of Medicine, 309*(14), 854-855.

Schraeder, C., Shelton, P., & Sager, M. (2001). The effects of a collaborative model of primary care on the mortality and hospital use of community-dwelling older adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 56A*(2), M106-M112.

Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist, 51*, 702-714.

Schultz, J. (2001). The economics of aging (7th Ed.). Westport, CT: Auburn House.

Scudds, R. J., & Ostbye, T. (2001). Pain and pain-related interference with function in older Canadians: the Canadian study of health and aging. *Disability and Rehabilitation, 23*(15), 654-664.

Schuurmans, H., Steverink, N., Lindenberg, S., Frieswijk, N., & Slaets, J. P. (2004). Old or frail: what tell us more? *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 59A,* M962-M965.

Serra, A. V. (2006). Que significa envelhecer. In H. Firmino, L. C. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds.), *Psicogeriatria* (pp. 21-33). Coimbra: Livraria Almedina.

Shakari-Rantala, R., Avlund, K., Frändin, K., & Era, P. (2002). The incidence of mobilities restrictions among elderly people in two Nordic localities. A five–years follow-up. *Aging Clinical and Experimental Research, 14*(3Suppl), 47-55.

Shaw, B. A., Krause, N., Liang, J., & Bennett, J. (2007). Tracking changes in social relations throughout late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(2), S90-S99.

Shay, K. (2006). Chronic oral disease and disability in later life. *Generations, 30*, 71-76.

Shapiro, E. (1998). Market forces and vulnerable elderly people: Who cares? *Canadian Medical Association Journal, 159*(2), 151-152.

Shellman, J. (2000). Promoting elder wellness through a community-based blood pressure clinic. *Public Health Nursing, 17*(4), 257-263.

Sibley, A., MacKnight, C., Rockhood, K, Fish, J., Gauthier, S., Guzman, D. A., et al. (2002). The effect of the living situation on the severity of dementia at diagnosis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 13*, 40-45.

Siegal, D. L. (2001). Women's issues in aging. In Levkoff, S. E., Chee, Y. K., & Noguchi, S. (Eds.), *Aging in good health: a multidisciplinary approach* (pp. 111-120). New York, NY: Springer.

Siegel, S., & Castellan, N. J. (1988). *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. (2th ed.). New York: McGraw-Hill.

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

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

Silventoinen, K., & Lahelma, E. (2002). Health inequalities by education and age in four Nordic countries, 1986 and 1994. *Journal of Epidemiology and the Community Health, 56*(4), 253-258.

Simon-Rusinowitz, L. (1998). Future work and retirement needs: Policy experts and baby boomers express their views. (The baby boom at mid-life and beyond.) American Society on Aging. Retrieved August 11, 2001, from http:iac.fcla.edu/.

Sims, J., Kerse, N. M., Naccarella, L., & Long, H. (2000). Health promotion and older people: the role of the general practitioner in Australian in promoting health ageing. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 24*(4), 356-359.

Singer, T., Verhaeghen, P., Ghisletta, P., Lindenberger, U., & Baltes, P. (2003). The fate of cognition in very old age: six-years longitudinal findings in the Berlin aging study (BASE). *Psychology and Aging, 18*, 318-331.

Singh, N. A., Clements, K. M., & Singh, M. A. (2001). The efficacy of exercise as a long--term antidepressant in elderly subjects: a randomized, controlled trial. *The Journals of Gerontolology Series A: Biology Sciences and Medical Sciences, 56*(8), M497-M504.

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

Smeeth, L., Fletcher, A. E., Stirling, S., Nunes, M., Breeze, E., Ng, E., et al. (2001). Randomised comparison of three methods of administering a screening questionnaire to elderly people: findings from the MRC Trail of the assessment and management of older people in the community. *British Medical Journal, 323*, 1-7.

Smith, J.P. (1995). Racial and ethnic differences wealth in the health retirement study. *The Journal of Human Resources, 30*, 158-183.

Smith, J. P. (1999). Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *Journal of Economics Perspectives, 13*(2), 145-166.

Smith, J., Fleeson, W., Geiselmann, B., Settersten Jr., B. G., & Kunzmann, U. (2001). Sources of well-being in very old age. In In P. B. Baltes & K. U. Mayer (Eds), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp.450-519). United Kingdom: Cambridge University Press.

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

Sousa, A. C., Magalhães, L. C., & Teixeira-Salmela, L. F. (2006). Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Actividade Humana. *Cadernos de Saúde Pública, 22*(12), 2623-2636.

Souto-Lopes, J. (1990). Idosos em situação asilar. Aspectos socioeconómicos e patológicos gerais. Geriatria, *3*(27), 21-32.

Spense, S. AS. (1992). Use of community-based social services by older rural and urban blacks: an exploratory study. *Human Services in the Rural Enviroment, 15*(4), 16-19.

Spirduso, W. W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole.

Spillman, B. C. (2004). Changes in elderly disability cares and implications for health care utilization and cost. *Milbank Quartely, 82*, 157-194.

Stadnyk, K., Calder, J., & Rockwood, K. (1998). Testing the measurement properties of the Short Form-36 Health Survey in a frail elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology 51*(10), 827-835.

Stallard, J. M., Decker, I. M., & Sellers, J. B. (2002). Health care for the elderly: a social obligation. *Nursing Forum*, *37*(2), 5-15.

Stansky, L. (1997). New age woes. *American Bar Association, (ABA) Journal*, 66-69.

Steen, G., Sonn, U., Hansonn, A. B., & Steen, B. (2001). Cognitive function and functional ability. A cross-sectional and longitudinal study at ages 85 and 95 in a non-demented population. *Aging (Milano). 13*(2), 68-77.

Stepnowsky, C., Jonhson, S., Dimsdale, J. & Ancoli-Israel, S. (2000). Sleep apnea and health-related quality of life in African-American elderly. *Annals Behavior Medicine, 22*, 116-120.

Steptoe, A., & Feldman, P. (2001). Neighbourhood problems as sources of chronic stress: development of a measure of neighbourhood problems, and associations with socioeconomic status and health. *Annals Behavior Medicine, 23*, 177-185.

Stevens, A., & Gilliam, S. (1998). Needs assessment from theory to practice. *British Medical Journal, 316*, 1448-1453.

Stewart, A. L., Hays, R. D., & Ware, J. E. (1988).The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validity in a patient population, *Medical* Care, *26*, 724-35.

Stilwell, P., & Kerslake, A. (2004). What makes older people choose residential care, and are there alternatives? *Housing, Care and Support*, 7(4). 4-8.

Stoddart, H., Donovan, J., Whitley, E., Sharp, D., & Harvey, I. (2001). Urinary incontinence in older people in the community: a neglected problem? *British Journal of General Practice, 51*(468), 548-52.

Stoddart, H., Whitley, E., Harvey, I., & Sharp, D. (2002). What determines the use of home care services by elderly people? *Health & Social Care in the Community, 10*(5).348-360.

Stone, L. M., & Lyles, K. W. (2006). Osteoporosis in later life. *Generations, 30*, 65-70.

Stott, D. J., Buttery, A. K., Bowman, A., Agnew, R., Burrow, K., Mitchell, S. L., Ramsay, S., & Knight, P. V. (2006). Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a history of recurrent non-elective hospital admissions. *Age and Ageing, 35*(5), 487-491.

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Second Edition. New York: Oxford University Press.

Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E., & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *The Journal of the American Medical Association, 287*(8), 1022-1028.

Stuck, A. E., Elkuch, P., Dapp, U., Anders, J., Illife, S., & Swiff, C. G. (2002). Feasibility and yeild of a self-administered questionnaire for health risk appraisal in older people in three European countries. *Age and Ageing, 31*(6), 463-467.

Subramanian, S. V., Kubzansky, L., Berkman, L., Fay, M., & Kawachi, I. (2006). Neighbourhood effects on the self-rated health of elders: uncovering the relative importance of structural and service-related neighbourhood environments. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*(3), S153-S160.

Sudore, R., Mehta, K., Simonsick, E., Harris, T., Newman, A., Satterfield, S., et al. (2006). Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *Journal of the American Geriatrics Society, 54*(5), 770-776.

Supiano, M. A. (2006). Hypertension in later life. *Generations, 30*, 11-16.

Suominen-Taipale, A. L., Koskinen, S., Martelin, T., Holmen, J., & Johnsen, R. (2004). Differences in older adult's use of primary and specialist care services in two Nordic countries. *European Journal of Public Health Association, 14*(4), 375-380.

Svihula, J., & Estes, C. L., (2007). Social security policy: ideology and reform. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(2), S79-S89.

Swain, D. G., O' Brien, G., & Nightingale, P. G. (1999). Cognitive assessment in elderly patients admitted to hospital: the relationship between the abreviated mental test and the míni-mental state examination. *Clinical Rehabilitation, 13*, 503-508.

Swift, C. (2001). Care of older people: Falls in late life and their consequences-implementing effective services. *British Medical Journal, 322,* 855-857.

Tang, M. (2004). Loneliness: the perspectives of elderly people. *The Gerontologist: program abstracts: 57th Annual Scientific Meeting*, *44*(1), 158.

Tas, U., Verhagen, A. P., Bierma-Zeinstra, S. M., Hofman, A, Odding, E., Pols, H. A. et al. (2007). Incidence and risk factors of disability in the elderly: the Rotterdam study. *Preventive Medicine, 44*(3), 272-278.

Tay, T., Wang, J. J., Lindley, R., Chia, E. M., Landau, P., Ingham, N., et al. (2007). Sensory impairment use of community support services, and quality of life in aged care clients. *Journal Aging Health, 19*(2), 229-241.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist, 55*, 99-109.

Taylor, M., G., & Lynch, S. M. (2004). Trajectories of impairment, social support, and depressive symptoms in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,* 59B, S238-S246.

Taylor-Piliae, R. E., Norton, L. C., Haskell, W. L., Mahbouda, M. H., Fair, J. M., Iribarren, C., et al. (2006). Validation of a new brief physical activity survey among men and women aged 60-69 years. *American Journal of Epidemiology, 164*, 598-606.

Themessel-Huber, M., Hubbard, G., & Munro, P. (2007). Frail older people's experiences and use of health and social care services. *Journal of Nursing Management, 15*, 222-229.

Thomas, E. J., & Brennan, T. A. (2000). Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *British Medical Journal, 320*, 741-744.

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

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

Thompson, B., Sierpina, V. S., & Sierpina, M. (2001). What is healthy aging? Family physicians look at conventional and alternative approaches. *Generations, 20*(4), 49-53.

Thomson, H., Hoskins, R., Petticrew, M., Ogilvie, D., Craig, N., Quinn, T., & Lindsay, G. (2004). Evaluating the health effects of social interventions. *British Medical Journal*, *382*, 282-285.

Thorsell, K. B. E., Nordström, B. M., Nyberg, P., & Sivberg, B. V. (2006). Can care of elderly be measured? A method for estimating the individual care of recipients in community care. *BMC Geriatrics*, 6-14.

Thorson, J. A. (2000). *Aging in a changing society* (2nd Ed.). Philadelphia: Brunner/Mazel, Inc.

Thumboo, J., Fong, K-Y., Machin, D., Chan, S-P., Soh, C-H, Leong, K-H., et al. (2003). Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethicity and socio-economic status. *Social Science and Medicine, 56*, 1761-1772.

Tinetti, M. E., Doucette, J., Claus, E., & Marottoli, R. (1995). Risk factors for serious injury during falls by older persons in the comunity. *Journal of American Geriatrics Society, 43*, 1214-1221.

Tinetti, M.E., Speechley, M., & Ginter, S.F. (1998). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine, 319*,1701-1707.

Tinetti, M. E., Gordon, C., Sogolow, E., Lapin, P., & Bradley, E. H. (2006). Fall-risk evaluation and management: challenges in adopting geriatric care practices. *The Gerontologist, 46*(6), 717-725.

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

Tirrito, T., Nathanson, I., & Langer, N. (1996). *Elder practice: a multidisciplinary approach to working with older adults in the community*. Colúmbia, SC: University of South Carolina Press.

Todd, W. E., & Nash, D. (Eds.) (1997). *Disease Management: a systems approach to improving patient outcomes*. Chicago: American Hospital Publishing, Inc.

Tonks, A. (1999). Medicine must change to serve an ageing society. *British Medical Journal, 319*, 1450-1451.

Trice, L. (2006). PACE: a model for providing comprehensive healthcare for frail elders. *Generations, 30*(3), 90- 93.

Twamley, E. W., Doshi, R. R., Nayak, G. V., Palmer, B. W., Golshan, S., Heaton, R. K., et al. (2002). Generalized cognitive impairments, ability to perform everyday tasks, and level of independence in community living situations of older patients with psychosis. *The American Journal of Psychiatry, 159*(12), 2013-2020.

Tucker, H. (2007). Integrating care in community hospitals. *Journal of Integrated Care, 14*(6), 3-10.

Tucker, S., Hughes, J., Scott, J., Chalis, D., & Burns, A. (2007). Commissioning services for older people with mental health problems: is there a shared vision? *Journal of Integrated Care, 15*(2), 3-12.

Tudor-Locke, C., Jones, G. R., Myers, A. M., Paterson, D. H., & Ecclestone, N. A. (2002). Contribution of structured exercise class participation and informal walking for exercise to daily physical activity in community-dwelling older adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport, 73*(3), 350-356.

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

Tyler, T. R., & Schuller, R. A. (1991). Aging and attitude change. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 689-697.

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

Valanis, B. G., & Yeaworth, R. (1982). Ratings of physical and mental health in the older bereaved. *Research Nursing Health, 5*(3), 137-146.

Vanderheiden, G. C. (2006). Potential impact of new technologies on telecommunications for elders. *Generations, 30*(2), 9-12.

van den Brink, R. H. S., van Melle, J. P., Spijkerman, T. A.,Tijssen, J. G. P., Ormel, J., van Veldhuisen, D. J., et al. (2004). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine, 66,* 814-822.

van Exel, E., Gussekloo, J., de Craen, A. J., Bootsma-van der W. A., Houx, P., Knook, D. L., et al. (2001). Cognitive functioning in the oldest old: women perform better than men. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 71*(1), 29-32.

Van Gelder, B. M., Tijhuis, M., Kalmijn, S., Giampaoli, S., Nissinen, A., & Kromhout, D. (2006). Marital status and living situation during a 5-years period are associated with subsequente 10-year cognitive decline in older men: the FINE study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*(4), P213-P219.

van Groenou, M. B., Glaser, K., Tomassini, C., & Jacobs, T. (2006). Socio-economic status differences in older people's use of informal and formal help: a comparison of four European countries. *Ageing and Society,5*(26), 745-766.

van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. J. M. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *British Medical Journal, 320*, 754-758.

van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P., Voorhoeve, P. M., & Crebolder, H. F. J. M. (2000). Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomized controlled trial. *British Medical Journal, 321*, 994-998.

van Hooren, S. A. H., Valentijn, S. A. M., Bosma, H., Ponds, R. W. H. M., van Boxtel M. P. J., & Jolles, J. (2005). Relation between health status and cognitive functioning: a 6-years follow-up of the Maastricht aging study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60B(*1), P57-P60.

van Rossum, E., Frederiks, C. M., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J., & Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal, 307*, 27-32.

Verhaeghen, P., Burchelt, M., & Smith, J. (2003). Relation between cardiovascular and metabolic disease and cognition in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from the Berlin aging study. *Health Psychology, 22*, 559-569.

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

Vincent, C., Reinharz, D., Deaudelin, I., Garceau, M., & Talbot, L. (2006, 7 Julho). Public telesurveillance service for frail elderly living at home, outcomes and cost evolution: a quasi experimental design with two folow-ups. *Health and Quality of life Outcomes* recuperado Maio, 1, 2007, de http://www.hqlo.com/content/4/1/41.

Vinks, T. H. A. M., Koning, F. H. P., Lange T. M. & Egberts, T. C. G. (2006). Identification of potencial drug-related problems in the elderly: the role of the community pharmacist. *Pharmacy World Science, 28*, 33-38.

Wacker, R. R., Roberto, K. A., & Piper, L. E. (2002). *Community resources for older people: programs and services in a era of change*. (2nd Ed.). Thousand Oaks, Califórnia: Pine Forje Press.

Wade, F., Reimer, M., Smith, S., & Lund, P. H. (1999). Health-related quality of life in clinical practice. *Journal of Neuroscience Nursing, 31*, 366-372.

Waidmann, T., & Liu, K. (2000). Disability trends among elderly persons and implications for the future. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55B*(5), S298-S307.

Walker P. (1992). Are QALY going to be useful to me as a purchaser of health services? In: A. Hopkins (Ed.) *Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put* (pp. 53-62). London: Royal College of Psychiatrists.

Walker, L. M. (2000). Can you measure the quality of this life? *Business & Health, 18*, 42-47.

Walker, A. (2005). *Growing Older in Europe*. Maidenhead: Open University Press.

Walker, J. T., Lotton, S. P., Haynie, L., & Martin, T. (2006). The home health nurse's role in geriatric assessment of three dimensions: depression, delirium and dementia. *Home Healthcare Nurse, 24*(9), 572-580.

Wallhagen, M. I., Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Kurata, J., & Kaplan, G. A. (2001). Comparative impact of hearing and vision impairment on subsequent functioning. *Journal of American Geriatrics Society, 49*(8), 1086-1092.

Walter-Ginzburg, A., Blumstein, T., Chetrit, A., & Modan, B. (2002). Social factors and mortality in the old-old in Israel: the CALAS study.*The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57*, S308-S318.

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

Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (1991). *Measurement in nursing research*. (2nd Ed.) Philadelphia: F.A. Davis Company.

Wang, H. X., Karp, X., Winblad, B., & Fraglioni, L. (2002). Late-life risk of dementia: a longitudinal study from the Kumgsholmen project. *American Journal of Epidemiology, 155*, 1081-1087.

Wang, J. J., Mitchell, P., Smith, W., & Leeder, S. R. (1999). Factors associated with use of community support services in an older Australian population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 23*,147-153.

Ware, J. E. (1995). The status of health assessment 1994. *Annual Review Public Health, 16*, 327-354.

Ware, J. E. (1988). *How to score the revised MOS Short-Form Health Scale (SF-36®)*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center Hospitals.

Warshaw, G. (2006). Advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generations, 30*, 5-10.

Watson, M. (2007). Knowledge management in health and social care. *Journal of Integrated Care, 15*(1), 27-33.

Wells, S. (2007). Dementia advocacy. *Working With Older People*, *11*(1), 25-27.

Wenger, G. C. (1997). Social networks and the prediction of elderly people at risk. Aging *& Mental Health, 1*, 311-320.

West, D. (1997). Study cities lower minority participation in pension plans. *National Underwriter*, *101*, 7.

Westerhoff, G. J., Katzko, M. W., Dittmann-Kohli, F., & Hayslip, B. (2001). Life contexts and health-related selves in old age: perspectives from the United States, India, & Congo/Zaire. *Journal of Aging Studies, 15*(2), 105-127.

Wieck, K. L. (2000). Health promotion for inner-city minority elders. *Journal of Community Health Nurses*, 17(3), 131-139.

Wight, R. G., Aneshensel, C. S., Miller-Martinez, D., Botticello, A. L., Cummings, J. R., Karlamangla, A. S., et al. (2006). Urban neighbourhood context, educational attainment, and cognitive function among older adults. *American Journal of Epidemiology, 163*, 1071-1078.

Whitlaw, N. A., & Liang, J. (1991). The structure of the OARS physical health measures. *Medical Care, 29*(4), 332-347.

Wilkin, D., Hallam, L., & Dogget, M. A. (1994). *Measures of need and outcome for primary health care*. New York: Oxford University Press.

Winograd, C. H., Gerety, M. B., & Lai, N. A. (1993). A negative trial of inpatient geriatric consultation: lessons learned and recommendations for future research. *Archives of Internal Medicine, 153*(17), 2017-2023.

Willis, S. L., & Nesselroade, C. S. (1990). Long-term effects of fluid ability training in old-old age. *Development Psychology, 26*, 905-910.

Willis, S. L. (1996). Everyday cognitive competence in elderly persons: conceptual issues and empirical findings. *The Gerontologist, 36*(5), 595-601.

Willis, S. L. (1987). Cognitive training and everyday competence. In K. W. Schaie (Ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* (Vol. 7, pp.159-188). New York: Springer.

Willis, S. L. (2006). Technology and learning in current and future generations of elders. *Generations, 30*(2), 44-48.

Wilson, R. S., Barnes, L. L., Krueger, K. R., Hoganson, G., Blenias, J. L., & Benner, D. A. (2005). Early and late life cognitive activity and cognitive systems in old age. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *11*, 400-407.

Wilson, K., Elliott, S. J., Eyles, J. D., & Keller-Olaman, S. J. (2007). Factors affecting change over time in self-reported health. *Canadian Journal of Public Health, 98*(2), 154-158.

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

Winkleby, M. A., & Cubbin, C. (2003). Influence of individual and neighbourhood socioeconomic status on mortality among black, Mexican-American, and white women and men in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57*, 444-452.

Wolf, D. A. (2001). Population change: friend or foe of the chronic care system? *Health Affairs, 20*(6), 28-42.

Wolf, D. A., Mendes de Leon, C. F., & Glass, T. A. (2007). Trends in rates of onset of and recovery from disability at olders ages: 1982-1994. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(1), 3-10.

Wolinsky, F. D., & Johnson, R. D. (1991). The use of health services by older adults. *Journal of Gerontology, 46*(6), S345–S357.

Wolinsky, F. D. (1994). Health services utilization among older adults: conceptual, measurement, and modeling issues in secondary analysis. *The Gerontologist, 34*(4), 470.

Wolkove, N., Elkholy, O., & Paleyew, M. (2007). Sleep and aging: 1. sleep disorders commonly found in older people. *Canadian Medical Association Journal, 176*(9), 1299-1304.

Wong, D. D., Wong, R. P., & Caplan, G. A. (2007). Self-rated health in the unwell elderly presenting to the emergency department. *Emergency Medicine Australasia, 19*(3), 196-202.

Woo, J., Goggins, W., Sham, A., & Ho, S. C. (2005). Social determinants of frailty. *Gerontology, 51*(6), 402-408.

Worden, A., Challis, D. J., & Pedersen, I. (2006). The assessment of older people's needs in care homes. *Aging and Mental Health, 10*(5), 549-557.

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

WHO, World Health Organization. (1998). *Growing older – staying well: ageing and physical activity in everyday life*. Geneva: WHO.

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

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

Wright, J., Williams, R., & Wilkinson, J. R. (1998). Development and importance of health needs assessment. *British Medical Journal, 316*, 1310-1314.

Wu, Z., & Hart, R. (2002). The effects of marital status and nonmarital union transition on health. *Journal of Marriage and the Family, 64*, 420-432.

Wu, S. (2003). The effects of health events on the economic status of married couples. *Journal of Human Sciences, 38*(1), 219-230.

Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging--related cognitions, control beliefs, and health in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 62B*(3), 156-164.

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

Yang, Z., Norton, E. C., & Stearns, S. C. (2003). Longetivity and health care expenditures: the real reasons older people spend more. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58B*(1), S2-S10.

Yen, I. H., & Kaplan, G. A. (1999). Neighbourhood social enviroment and risk of death: multilevel evidence from the Alameda county study. *American Journal of Epidemiology, 149*, 898-907.

Yeo, J. G., Karimova, G., & Bansal, S. (2006). Co-morbidity in older patients with COPD - its impact on health service utilisation and quality of life, a community study. *Age and Ageing, 35*(1), 33-37.

You, K. S., & Lee, H. (2006). The physical, mental, and emotional health of older people who are living alone or with relatives. *Archives Psychiatry Nursing, 20*(4), 193-201.

Young, J. B., Robinson, M., Chell, S., Sanderson, D., Chaplin, S., Burns, E., & Fear, J. (2005). A whole system study of intermediate care services for older people. *Age and Ageing, 34*(6), 577-583.

Yusuf, S., Zucker, D., Peduzzi, P., Fisher, L.D., Takaro, T., Kennedy, J.W., et al. (1994). Effect of coronary artery bypass graft surgery on survival: overview of 10-year results from randomised trials by the Coronary Artery Bypass Graft Surgery Trialists Collaboration. *Lancet*, *344*(8922), 563-570.

Zalewski, K. (2007). Exploring Barriers to remaining physically active: a case report of a person with multiple sclerosis. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, *31*, 40-45.

Zermansky, A. G., Alldred, D. P., Petty, D. R., Raynor, D. K., Freemantle, N., Eastaugh, J., et al. (2006). Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes-randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 35, 586-591.

Ziegelmann, J. P., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2006). Subjective residual life expectancy in self-regulation. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61B*, P195-P201.

Zitter, M. (1997). A new paradigm in health care delivery: disease management. In W. E. Todd & E. Nash (Eds.) *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes (pp.1-26).* Chicago, IL: American Hospital Publishing, Inc.

Zyczkowska, J., Szczerinska, K., Jantzi, M. R., & Hirdes, J. P. (2007). Pain among the oldest old in community and institutional settings. *Pain, 129*(1-2), 167-176.

Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, O. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dweling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58B*, S93-S100.

Zunzunegui, M. V., Kone, A., Jhori, M., Beland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-seaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science & Medicine, 58,* 2069-2081.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos
(Versão 3 com as alterações introduzidas após a realização do presente estudo)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS (OARS)

Nome do/a entrevistador/a _____

Data da entrevista ____ / ____ / ____ Local da entrevista _____

Dados do/a entrevistado/a *(A preencher pelo entrevistador antes da entrevista)*

Apelido _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____

Endereço _____ Telefone _____

---

1. Questões preliminares

Faça as perguntas 1 a 10 e anote todas as respostas. Só se pergunta a 4a. se o sujeito não possui telefone. Marque correcto (1) ou incorrecto (0) para cada uma das 10 perguntas.

1	0	1. Em que data estamos? Dia, mês e ano __/__/__ *(tolerância de 1 dia)*
1	0	2. Que dia da semana é hoje?
1	0	3. Como se chama esta localidade?
1	0	4. Qual é o seu número de telefone?
1	0	4a. Qual é o seu endereço? *(só se não tem telefone)*
1	0	5. Quantos anos tem? _____
1	0	6. Qual é a sua data de nascimento? dia, mês e ano ____ / ____ / ____
1	0	7. Como se chama o actual Presidente da República?
1	0	8. Como se chamava o anterior Presidente da República?
1	0	9. Qual é o seu apelido?
1	0	10. Subtraia 3 de 20. Agora subtraia mais três... *(20-3=17 ; 17-3=14 ; 14-3=11 ; 11-3=8; 8-3=5 ; 5-3=2 tolerância de 1 erro)*

2. Sexo

0. MASCULINO
1. FEMININO

Copyright © 1975 Duke University Center for the Study of Aging and Human Development, Revised 1988. All rights reserved.

Versão Portuguesa 3 © 2007 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra . Todos os direitos reservados.

3. Número de filhos e filhas vivos
1. FILHAS _____
2. FILHOS _____

4. Idade _____ anos *(não perguntar)*

5. Que estudos completou?
1. NÃO SABE LER NEM ESCREVER
2. SABE LER E ESCREVER SEM POSSUIR GRAU DE ENSINO
3. ENSINO BÁSICO PRIMÁRIO
4. ENSINO BÁSICO PREPARATÓRIO
5. ENSINO SECUNDÁRIO
6. ENSINO MÉDIO
7. ENSINO SUPERIOR
9. NS / NR

RECURSOS SOCIAIS

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

6. Qual é o seu estado civil?
1. SOLTEIRO/A
2. CASADO/A - UNIÃO DE FACTO
3. VIÚVO/A
4. DIVORCIADO/A OU SEPARADO/A
9. NS / NR

7. Quem vive consigo na sua casa? *(assinalar as várias respostas dadas)*
1. VIVE SOZINHO/A
2. CÔNJUGE
3. FILHOS/AS
4. NETOS/AS
5. PAIS OU SOGROS
6. IRMÃOS OU CUNHADOS
7. OUTROS FAMILIARES
8. AMIGOS
9. ALGUÉM COM REMUNERAÇÃO OU ALOJAMENTO PARA CUIDAR DE SI *(sem ser familiar)*
10. OUTROS *Especificar* _____

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

N.º _____ 99. NS / NR

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

N.º ____ 99. NS / NR

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

N.º ____ 99. NS / NR

11. Tem alguém em quem possa confiar?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

12. Sente-se sozinho/a?
0. MUITAS VEZES / SEMPRE
1. ALGUMAS VEZES
2. QUASE NUNCA / NUNCA
9. NS / NR

13. Vê os seus familiares e amigos tantas vezes quantas gostaria?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

14. Há alguém que possa ajudá-lo/a caso esteja doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?
(refere-se a ajuda social, não económica)
1. SIM
0. NÃO *(→ P 15)*
9. NS / NR

14a. Há alguém que possa cuidar de si?
3. SEMPRE QUE NECESSÁRIO
(tanto tempo quanto necessário)
2. POR POUCO TEMPO
(de poucas semanas a seis meses)
1. ÀS VEZES
(levar ao médico, preparar uma refeição, etc..)
9. NS / NR

14b. Quem são essas pessoas?
(assinalar as várias respostas dadas)
1. CÔNJUGE
2. IRMÃO
3. FILHOS
4. NETOS
5. OUTRO PARENTE
6. AMIGO
7. OUTROS *Especificar* _____

RECURSOS ECONÓMICOS

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

15. A sua actividade actual é:
1. TRABALHA A TEMPO COMPLETO
2. TRABALHA A TEMPO PARCIAL
3. REFORMADO POR IDADE
4. REFORMADO POR INVALIDEZ
5. DESEMPREGADO À PROCURA DE TRABALHO
6. DESEMPREGADO SEM ESTAR À PROCURA DE TRABALHO
7. OUTROS Especificar _____

16. Que tipo de trabalho teve a maior parte da sua vida?
1. NUNCA ESTEVE EMPREGADO/A
2. DOMÉSTICO/A
3. TRABALHOU POR CONTA PRÓPRIA
4. TRABALHOU POR CONTA DE OUTRÉM
9. NS / NR

17. O seu cônjuge trabalha ou alguma vez trabalhou?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 18)*
2. NÃO APLICÁVEL *(→ P 18)*
9. NS / NR

17a. Que tipo de trabalho teve ou tem o seu cônjuge?
1. DOMÉSTICO/A
2. TRABALHOU POR CONTA PRÓPRIA
3. TRABALHOU POR CONTA DE OUTRÉM
9. NS / NR

18. De onde provêm os seus rendimentos e os do seu cônjuge?
(assinalar as várias respostas dadas e as quantias)
1. DO EMPREGO OU NEGÓCIO ..... _____€
2. RENDIMENTOS DE CAPITAL *(investimentos, contas poupança, fundos de pensões)* E RENDAS DE PATRIMÓNIO ..... _____€
3. PENSÃO DE INVALIDEZ ..... _____€
4. PENSÃO DE SOBREVIVÊNCIA ..... _____€
5. PENSÃO DE VELHICE ..... _____€
6. PENSÃO UNIFICADA ..... _____€
7. COMPLEMENTO DE PENSÃO POR CÔNJUGE A CARGO ..... _____€
8. SUBSÍDIO DE ACOMPANHANTE ..... _____€
9. SUBSÍDIO POR ASSISTÊNCIA A TERCEIRA PESSOA ..... _____€
10. SUPLEMENTO DE PENSÃO A GRANDES INVÁLIDOS ..... _____€
11. PENSÃO SOCIAL ..... _____€
12. PENSÃO DE VIUVEZ ..... _____€
13. COMPLEMENTO SOCIAL ..... _____€
14. PENSÃO DE REFORMA SOCIAL SOCIAL . _____€
15. OUTRAS PENSÕES PROVENIENTES DE FUNDOS PROFISSIONAIS ..... _____€
16. PENSÃO DE ALIMENTOS (em caso de separados ou divorciados) ..... _____€
17. PENSÃO POR FILHOS DEFICIENTES ..... _____€
18. AJUDA FINANCEIRA REGULAR POR PARTE DE MEMBROS DA FAMÍLIA *(inclui contribuições regulares por parte dos filhos empregados)* ..... _____€
19. OUTROS *Especificar* _____

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

_____ pessoas

20. A casa em que vive é propriedade sua?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 20b.)*
9. NS / NR

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

_____ €

20b. Está a pagar renda, empréstimo ou hipoteca?
1. RENDA _____ €
2. EMPRÉSTIMO OU HIPOTECA _____ €
3. NÃO, VIVE EM CASA CEDIDA GRATUITAMENTE
9. NS / NR

20c. Quem paga a renda, empréstimo ou hipoteca?
1. PAGA O TOTAL DA RENDA, EMPRÉSTIMO OU HIPOTECA
2. RECEBE UMA COMPARTICIPAÇÃO
3. A CASA NÃO É SUA MAS NÃO PAGA ALUGUER
9. NS / NR

20d. Considera o local onde vive digno para si?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

21. Acha que as suas propriedades e rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

22. Os seus rendimentos são o suficiente?
1. NÃO
2. SIM, MAS APENAS CHEGAM PARA OS SEUS GASTOS
3. COBREM SEM PROBLEMAS OS GASTOS
9. NS / NR

23. Necessita de ajuda económica ou aumento, para além do que já recebe?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

24. Paga a sua alimentação ou tem ajuda regular para isso?
1. PAGA *(→ P 25)*
2. RECEBE AJUDA
9. NS / NR

24a. De quem?
1. FAMÍLIA OU AMIGOS
2. TOMA AS REFEIÇÕES NUMA INSTITUIÇÃO GOVERNAMENTAL OU DE BENEFICÊNCIA
   Quantas?_____
3. TRAZEM-LHE AS REFEIÇÕES A CASA JÁ PREPARADAS
   Quantas?_____

25. Acha que necessita de receber algum tipo de ajuda económica para a compra de comida?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

26. Tem algum cartão de saúde?
1. SIM. Qual? _____
0. NÃO
9. NS / NR

27. O que acha da sua situação económica, por comparação com a de outras pessoas da sua idade?
2. MELHOR
1. IGUAL
0. PIOR
9. NS / NR

28. Os rendimentos que tem cobrem as suas necessidades?
2. MUITO BEM
1. RAZOAVELMENTE
0. COM DIFICULDADE
9. NS / NR

29. Normalmente tem dinheiro para comprar pequenos extras, quer dizer, pequenos caprichos?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

30. Neste momento, acha que terá o suficiente para garantir o seu futuro?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SAÚDE MENTAL

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

31. Com que frequência se preocupa com as coisas em geral?
0. SEMPRE / QUASE SEMPRE
1. ALGUMAS VEZES
2. NUNCA / QUASE NUNCA
9. NS / NR

32. Em geral, o que acha da sua vida?
2. INTERESSANTE
1. MONÓTONA
0. ABORRECIDA
9. NS / NR

33. Como descreveria, em geral, a sua satisfação com a vida?
2. BOA
1. REGULAR
0. MÁ
9. NS / NR

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

		Sim$_1$	Não$_0$
1.	ACORDA FRESCO/A E DESCANSADO/A QUASE TODAS AS MANHÃS?	S	N
2.	A SUA VIDA ESTÁ CHEIA DE COISAS QUE O/A MANTÊM INTERESSADO/A?	S	N
3.	POR VEZES SENTIU VONTADE DE FUGIR DE CASA?	S	N
4.	PARECE-LHE QUE NINGUÉM O/A COMPREENDE?	S	N
5.	TEVE PERÍODOS DE DIAS, SEMANAS OU MESES EM QUE NÃO PODIA OCUPAR-SE DE NADA PORQUE NÃO AGUENTAVA MAIS?	S	N
6.	O SEU SONO É IRREGULAR E INQUIETO?	S	N
7.	É FELIZ A MAIOR PARTE DO TEMPO?	S	N
8.	PENSA QUE SE TRAMA ALGUMA COISA CONTRA SI?	S	N
9.	POR VEZES SENTE QUE NÃO SERVE PARA NADA?	S	N
10.	NOS ÚLTIMOS ANOS SENTIU-SE BEM A MAIOR PARTE DO TEMPO?	S	N
11.	SENTE-SE MUITAS VEZES FRACO/A?	S	N
12.	TEM DORES DE CABEÇA?	S	N
13.	TEM DIFICULDADE EM MANTER O EQUILÍBRIO QUANDO CAMINHA?	S	N
14.	SENTE PALPITAÇÕES E FALTA DE AR?	S	N
15.	MESMO QUANDO ESTÁ COM OUTRAS PESSOAS SENTE-SE SÓ A MAIOR PARTE DAS VEZES?	S	N

35. Como classifica, em geral, o seu estado mental ou emocional?
3. ÓPTIMO
2. BOM
1. RAZOÁVEL
0. MAU
9. NS / NR

36. Comparado com há cinco anos como classifica hoje o seu estado mental ou emocional?
2. MELHOR
1. IGUAL
0. PIOR
9. NS / NR

SAÚDE FÍSICA

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

_____ vezes

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

_____ dias

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

_____ dias

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

_____ dias

41. Acha que necessita de cuidados ou tratamentos médicos para além dos que recebe neste momento?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

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

1. PARA A ARTRITE
2. PARA A DOR (DISTINTOS DOS ANTERIORES)
3. PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL *(tensão alta)*
4. DIURÉTICOS
5. PARA A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA OU ARRITMIAS
6. NITROGLICERINA PARA A ANGINA DE PEITO
7. ANTICOAGULANTES
8. PARA MELHORAR A CIRCULAÇÃO
9. INJECÇÕES DE INSULINA PARA A DIABETES
10. COMPRIMIDOS PARA A DIABETES
11. PARA ÚLCERA *(sistema digestivo)*
12. CRISE EPILÉTICA
13. PARA A TIRÓIDE
14. CORTICOSTERÓIDES
15. ANTIBIÓTICOS
16. TRANQUILIZANTES OU MEDICAMENTOS PARA OS NERVOS
17. MEDICAMENTOS PARA DORMIR *(uma vez por semana ou mais)*
18. MEDICAMENTOS HORMONAIS *(incluindo a pílula)*

43. Que outros medicamentos receitados tomou no último mês? _____

44. Tem alguma das seguintes doenças neste momento?
(*Para cada resposta afirmativa perguntar: De que modo é que interfere nas suas actividades?)*

		NADA	POUCO	MUITO
1.	ARTRITE OU REUMATISMO	1	2	3
2.	GLAUCOMA	1	2	3
3.	ASMA	1	2	3
4.	ENFISEMA OU BRONQUITE CRÓNICA	1	2	3
5.	TUBERCULOSE	1	2	3
6.	HIPERTENSÃO	1	2	3
7.	PROBLEMAS CARDÍACOS	1	2	3
8.	PROBLEMAS CIRCULATÓRIOS DOS MEMBROS	1	2	3
9.	DIABETES	1	2	3
10.	ÚLCERAS *(sistema digestivo)*	1	2	3
11.	DOENÇA DO FÍGADO	1	2	3
12.	DOENÇA DOS RINS	1	2	3
13.	OUTRAS DOENÇAS DO SISTEMA URINÁRIO	1	2	3
14.	CANCRO OU LEUCEMIA	1	2	3
15.	ANEMIA	1	2	3
16.	CONSEQUÊNCIAS DE A.V.C.	1	2	3

	NADA	POUCO	MUITO
17. DOENÇA DE PARKINSON	1	2	3
18. EPILEPSIA	1	2	3
19. PARALISIA CEREBRAL	1	2	3
20. ESCLEROSE MÚLTIPLA	1	2	3
21. DISTROFIA MUSCULAR	1	2	3
22. CONSEQUÊNCIA DA POLIOMIELITE	1	2	3
23. DOENÇA DA TIRÓIDE OU OUTRAS GLÂNDULAS	1	2	3
24. DOENÇAS DA PELE *(úlceras/escaras, queimaduras...)*	1	2	3
25. PROBLEMAS DA FALA	1	2	3

45. Tem alguma incapacidade física ...
0. NÃO
1. PARALISIA TOTAL
2. PARALISIA PARCIAL
3. FALTA DE MEMBRO / FUNÇÃO
4. FRACTURA ÓSSEA
9. NS / NR

46. Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto?
1. MUITO BOA
2. BOA
3. REGULAR
4. MAL
5. ESTÁ CEGO
9. NS / NR

47. Como está a sua audição? ***(sem ajuda)***
1. MUITO BOA
2. BOA
3. REGULAR
3. MAL
5. ESTÁ SURDO
9. NS / NR

48. Neste momento, tem algum outro problema ou doença física que afectem seriamente a sua saúde?
1. SIM *Especificar* _____
0. NÃO
9. NS / NR

DISPOSITIVOS DE APOIO E PROTESES

49. Usa alguma das seguintes ajudas sempre ou quase sempre?
1. BENGALA OU TRIPÉ
2. MULETAS
3. CADEIRA DE RODAS
4. ORTOTESE (MEMBROS INFERIORES)
5. ORTÓTESE (COLUNA)
6. MEMBRO ARTIFICIAL
7. PRÓTESE AURICULAR
8. EQUIPAMENTO DE COLOSTOMIA
9. SONDA VESICAL
10. DIÁLISE
11. OUTROS (*por ex. dentadura)*
*Especificar*_____

50. Necessita de alguma ajuda deste tipo que actualmente não tenha?
1. SIM *(→ P 50a.)*
0. NÃO *(→ P 51.)*
9. NS / NR

50a. Especificar, utilizando os números correspondentes às opções de resposta à pergunta 49.
Quais? _____/_____/_____/_____/_____/

51. Tem algum problema de saúde por beber, ou o seu médico alguma vez lhe disse que deveria beber menos?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

52. Pratica regularmente algum tipo de actividade física como cavar a terra, dar longas caminhadas ou praticar algum desporto cansativo?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

53. Como avalia a sua saúde, em geral, neste momento?
3. MUITO BOA
2. BOA
1. REGULAR
0. MÁ
9. NS / NR

54. Comparado com há cinco anos como classifica hoje a sua saúde?
2. MELHOR
1. IGUAL
0. PIOR
9. NS / NR

55. De que modo é que os seus problemas de saúde interferem na sua vida?
2. NADA
1. UM POUCO
0. MUITO
9. NS / N

ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – AVD

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

AVD INSTRUMENTAL

56. É capaz de usar o telefone ...
2. SEM AJUDA *(incluindo procurar números e marcar)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(pode responder a chamadas ou marcar números de emergência, mas necessita ajuda para outros números)*
0. É INCAPAZ DE UTILIZAR O TELEFONE
9. NS / NR

57. Pode ir até locais onde não é possível ir a pé ...
2. SEM AJUDA *(conduz o seu carro, ou viaja sozinho em autocarro ou taxi)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(necessita que alguém o/a ajude ou o/a acompanhe quando viaja)*
0. É INCAPAZ DE VIAJAR *(a não ser que o faça em veículo especial como uma ambulância)*
9. NS / NR

58. Pode ir fazer as compras de alimentos, roupa, etc.
(assumindo que tem meio de transporte)
2. SEM AJUDA *(encarrega-se de tudo o que necessita comprar)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(necessita que alguém o acompanhe quando vai às compras)*
0. É INCAPAZ DE FAZER QUALQUER TIPO DE COMPRA
9. NS / NR

59. É capaz de preparar as suas refeições ...
2. SEM AJUDA *(planeia e prepara-as ele/a mesmo)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(pode preparar algumas coisas mas não todas as refeições)*
0. É INCAPAZ DE PREPARAR QUALQUER REFEIÇÃO
9. NS / NR

60. É capaz de fazer as tarefas de casa ...
2. SEM AJUDA *(pode limpar o chão, etc..)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(pode fazer trabalhos leves mas necessita ajuda para os pesados)*
0. É INCAPAZ DE FAZER QUALQUER TRABALHO DOMÉSTICO
9. NS / NR

61. É capaz de tomar os seus medicamentos ...
2. SEM AJUDA (*a dose certa na hora certa)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(capaz de tomar os medicamentos se lhos prepararem e/ou se lhe recordarem que tem que os tomar)*
0. É INCAPAZ DE TOMAR OS SEUS MEDICAMENTOS
9. NS / NR

62. É capaz de lidar com o dinheiro ...
2. SEM AJUDA *(passar cheques, pagar facturas, etc.)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(administra o dinheiro do dia-a--dia mas necessita ajuda para passar cheques e pagar facturas)*
0. É INCAPAZ DE ADMINISTRAR O SEU DINHEIRO
9. NS / NR

AVD FÍSICO

63. É capaz de comer ...
2. SEM AJUDA *(é capaz de comer sozinho)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(necessita ajuda para cortar a comida, etc.)*
0. É INCAPAZ DE COMER SOZINHO/A
9. NS / NR

64. Pode vestir-se e despir-se sozinho ...
2. SEM AJUDA *(é capaz de escolher a roupa, vestir-se e despir-se)*
1. COM ALGUMA AJUDA
0. É INCAPAZ DE VESTIR-SE E DESPIR-SE SOZINHO/A
9. NS / NR

65. Pode cuidar da sua aparência, por exemplo, pentear-se e *(para homens)* barbear-se ...
2. SEM AJUDA
1. COM ALGUMA AJUDA
0. É INCAPAZ DE CUIDAR DA SUA APARÊNCIA
9. NS / NR

66. Pode andar ...
2. SEM AJUDA *(excepto de bengala)*
1. COM AJUDA *(de alguém ou com o uso de muletas ou aparelho de ajuda à marcha)*
0. É INCAPAZ DE ANDAR
9. NS / NR

67. Pode levantar-se e deitar-se na cama ...
2. SEM AJUDA *(de ninguém e sem qualquer dispositivo)*
1. COM ALGUMA AJUDA *(de pessoa ou de dispositivo)*
0. DEPENDE COMPLETAMENTE DE ALGUÉM QUE O/A LEVANTE
9. NS / NR

68. Pode tomar banho ou duche ...
2. SEM AJUDA
1. COM ALGUMA AJUDA *(necessita ajuda para entrar ou sair da banheira ou utiliza suporte mecânico na banheira)*
0. É INCAPAZ DE TOMAR BANHO SOZINHO/A
9. NS / NR

69. Tem tido problemas em chegar à casa de banho a tempo
2. NÃO *(→ P 70.)*
1. SIM, MAS AGORA NÃO PORQUE TENHO SONDA / COLOSTOMIA *(→ P 70.)*
0. SIM *(→ P 69a.)*
9. NS / NR

69a. Com que frequência se molha ou se suja (tanto de dia como de noite)?
1. UMA OU DUAS VEZES POR SEMANA
0 TRÊS VEZES POR SEMANA OU MAIS
9. NS / NR

70. Há alguém que o/a ajude em coisas tais como ir às compras, fazer as tarefas da casa, tomar banho, vestir-se ou sair de casa / passear?
1. SIM *(→ P 70a.)*
0. NÃO *(→ P 71.)*
9. NS / NR

70a. Quem é a sua maior ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

70b. Além desta quem mais o/a ajuda?

Nome: _____

Relação: _____

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

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

TRANSPORTE

71-1. Quem o leva para ir às compras, visitar amigos, ir ao médico, etc.? ***(assinalar todas as respostas)***
1. VAI SOZINHO/A
2. FAMILIAR
3. AMIGO
4. TRANSPORTE PÚBLICO *(autocarro, taxi, etc.)*
5. OUTRO *Especificar* _____

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

71-1b. Acha que necessita de transporte mais vezes do que dispõe actualmente para visitas, saídas, etc.?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS SOCIAIS/RECREATIVOS

71-2. Nos últimos seis meses, participou em alguma actividade organizada por grupo local, paróquia, Junta de Freguesia, etc.?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-2c.)*
9. NS / NR

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

71-2b. Ainda participa nessas actividades ou grupos?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-2c. Acha que necessita participar neste tipo de actividades?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE EMPREGO

71-3. Nos últimos seis meses, alguém o/a ajudou a procurar trabalho ou o aconselhou sobre como conseguir um emprego?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-3b.)*
9. NS / NR

71-3a. Quem o/a ajudou?
1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ORGANISMO OFICIAL

71-3b. Acha que necessita que alguém o/a ajude a encontrar um emprego?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

VIAGENS

71-4. Durante os dois últimos anos, realizou alguma viagem organizada pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, outras instituições, ou programas dirigidos a idosos ou reformados?
1 SIM
0 NÃO
9. NS / NR

71-4a. Fez ou espera fazer alguma viagem deste tipo este ano?
1 SIM
0 NÃO
9. NS / NR

71-4b. Acha que necessita de viajar?
1 SIM
0 NÃO
9. NS / NR

DESPORTO

71-5. Nos últimos seis meses, participou em algum programa de exercício físico ou desporto organizado por alguma instituição, pela Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.?
1 SIM
0 NÃO *(→ P 71-5c.)*
9. NS / NR

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

71-5b. Ainda participa nesses programas de desporto?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-5c. Acha que necessita fazer algum desporto ou exercício físico?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

PREPARAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

71-6. Nos últimos seis meses, participou ou assistiu a algum curso de educação de adultos ou qualquer outro tipo de aprendizagem de habilidades pessoais como cuidar de si, ler, caminhar...? ***(excluir fisioterapia)***
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-6c.)*
9. NS / NR

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

71-6b. Actualmente ainda assiste a essas sessões?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-6c. Acha que necessita desta preparação para as suas actividades de vida diária?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

71-7. Nos últimos seis meses, recebeu alguma orientação ou tratamento por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-7d.)*
9. NS / NR

71-7a. Nos últimos seis meses, esteve hospitalizado alguma vez por problemas de nervos ou emocionais?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

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

71-7c. Ainda está a receber essa ajuda?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-7d. Acha que necessita tratamento ou que o aconselhem por problemas pessoais ou familiares, ou por problemas de nervos ou emocionais?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

71-8. Nos últimos seis meses, tem tomado algum medicamento receitado para os nervos (tais como calmantes) ou para a depressão?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-8b.)*
9. NS / NR

71-8a. Ainda o está a tomar?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-8b. Acha que necessita tomar esse tipo de medicação?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE CUIDADOS PESSOAIS

71-9. Nos últimos seis meses, teve alguém que o ajudou nos seus cuidados pessoais diários, por exemplo para tomar banho ou vestir-se, dar-lhe de comer, ou noutros cuidados?
(excluir os recebidos no hospital)
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-9d.)*
9. NS / NR

71-9a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?
1. FAMILIAR *(não pago)*
2. UM AMIGO *(não pago)*
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE INSTITUIÇÃO OU SEG. SOCIAL

71-9b. Em média, quanto tempo por dia levou essa pessoa a dar-lhe banho, vestir, ajuda-lo a comer, ir à casa de banho, etc.?
1. MENOS DE ½ HORA POR DIA
2. ½ HORA A 1½ HORA POR DIA
3. MAIS DE 1½ HORA POR DIA
9. NS / NR

71-9c. Ainda está a receber essa ajuda?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-9d. Acha que necessita ajuda para tomar banho, vestir-se, comer, ir à casa de banho, etc.?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

71-10. Durante os últimos seis meses, alguém lhe prestou cuidados de enfermagem?
Por outras palavras, fizeram-lhe tratamentos ou administraram-lhe medicamentos receitados por um médico?
(excluir cuidados de enfermagem prestados no hospital)
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-10e.)*
9. NS / NR

71-10a. Quem o/a ajudou nesses cuidados?
1. FAMILIAR OU AMIGO *(não pago)*
2. ENFERMEIRO *(pago)*
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-10b. Em média, quantas horas por dia tem recebido esse tipo de ajuda?
0. SÓ OCASIONALMENTE, NÃO TODOS OS DIAS
1. SÓ PARA DAR-LHE MEDICAÇÃO ORAL
2. MENOS DE ½ HORA POR DIA
3. DE ½ HORA A 1HORA POR DIA
4. MAIS DE 1 HORA POR DIA
9. NS / NR

71-10c. Durante quanto tempo recebeu essa ajuda nos últimos seis meses?
1. MENOS DE UM MÊS
2. DE 1 A 3 MESES
3. MAIS DE 3 MESES
9. NS / NR

71-10d. Ainda recebe cuidados de enfermagem?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-10e. Acha que necessita de cuidados de enfermagem?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

FISIOTERAPIA

71-11. Durante os últimos seis meses, tem feito fisioterapia?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-11d.)*
9. NS / NR

71-11a. Quem lhe prestou esses cuidados ou o/a ajudou a realizá-los?
1. FAMILIAR OU AMIGO *(não pago)*
2. FISIOTERAPEUTA *(pago)*
3. OUTRA PESSOA PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

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

71-11c. Ainda faz fisioterapia?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-11d. Acha que necessita de fisioterapia?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SUPERVISÃO CONTÍNUA

71-12. Durante os últimos seis meses, houve algum período de tempo em que alguém teve que estar consigo, tratando de si, as 24 horas do dia?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-12c.)*
9. NS / NR

71-12a. Quem tratou de si ou o/a ajudou?
1. FAMILIAR *(não pago)*
2. AMIGO *(não pago)*
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA AJUDA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-12b. Ainda tem que estar alguém junto de si as 24 horas?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-12c. Acha que necessita de ter alguém tratando de si as 24 horas?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE MONITORIZAÇÃO

71-13. *(Se a pessoa ainda está a receber supervisão contínua perguntar só 71-13c. pessoas que necessitam supervisão contínua, vivem em instituições ou com familiares presume-se que os recebem.)*
Durante os últimos seis meses, teve alguém que regularmente, pelo menos cinco vezes por semana, por telefone ou pessoalmente, procurou saber como se encontrava, para se certificar de que tudo estava bem?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-13c.)*
9. NS / NR

71-13a. Quem o fez?
1. FAMILIAR *(não pago)*
2. AMIGO (não pago)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-13b. E agora, há alguém que procura saber como se encontra, pelo menos cinco vezes por semana?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-13c. Acha que necessita dessa pessoa? ***(assinalar** não **se respondeu** sim **em 71-14c.)***
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE REALOJAMENTO

71-14. Nos últimos seis meses, recebeu alguma ajuda para conseguir uma nova casa ou lugar onde viver, ou para tratar da mudança? ***(inclui alojamento em instituições)***
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-14c.)*
9. NS / NR

71-14a. Quem o ajudou a fazê-lo?
1. FAMILIAR *(não pago)*
2. UM AMIGO *(não pago)*
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-14b. Já conseguiu a nova casa ou colocação em residência para idosos?
3. SIM
2. ESTÁ EM LISTA DE ESPERA
1. NÃO LHA CONCEDERAM
9. NS / NR

71-14c. Acha que necessita de ajuda para conseguir um (outro) lugar para viver?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DOMÉSTICOS

71-15. Nos últimos seis meses, tem tido alguém que o/a ajude, regularmente, a fazer as tarefas domésticas, tais como limpar a casa, lavar a roupa, etc.? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que as fazer porque você não era capaz?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-15d.)*
9. NS / NR

71-15a. Quem o ajudava fazendo-lhe essas tarefas?
1. FAMILIAR *(não pago)*
2. AMIGO *(não pago)*
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-15b. Quantas horas, por semana, empregou para fazer essas tarefas domésticas?
_____ horas

71-15c. Ainda tem alguém que lhe preste essa ajuda?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-15d. Acha que necessita de alguém que o/a ajude nas tarefas em casa?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES

71-16. Durante os últimos seis meses, alguém lhe tem preparado regularmente as refeições ou teve que comer fora de casa? Quer dizer, o seu cônjuge ou outra pessoa teve que cozinhar para si porque não é capaz de fazê-lo?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-16c.)*
9. NS / NR

71-16a. Quem lhe preparou as refeições?
1. UM FAMILIAR (não pago)
2. UM AMIGO (não pago)
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-16b. Tem alguém que lhe prepare as refeições?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-16c. Acha que necessita de alguém que lhe prepare regularmente as refeições porque não pode fazê-lo?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LEGAIS E DE PROTECÇÃO

71-17. Durante os últimos seis meses, alguém o/a ajudou em termos legais, questões ligadas a negócios pessoais ou gestão do seu dinheiro, como por exemplo pagar as suas contas?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-17c.)*
9. NS / NR

71-17a. Quem o/a ajudou?
1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ALGUÉM A QUEM PAGA POR ESSA TAREFA *(por ex. advogado)*
4. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-17b. Tem alguém que o/a ajuda nestas questões?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-17c. Acha que necessita que alguém o/a ajude nestas questões?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA MULTIDIMENSIONAL

71-18. Durante os últimos seis meses alguém, como um médico ou assistente social, examinou e avaliou de forma completa o seu estado em geral, incluindo a sua saúde física e mental, e a sua situação social e económica?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-18a. Acha que necessita de alguém que examine e avalie o seu estado em geral?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

SERVIÇOS DE COORDENAÇÃO, INFORMAÇÃO E APOIO

71-19. Durante os últimos seis meses, alguém viu se tinha o tipo de ajudas que necessitava?
Por outras palavras, alguém lhe deu informação sobre os tipos de ajudas que poderia obter ou colocou-o/a em contacto com quem o/a poderia ajudar?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 71-19c.)*
9. NS / NR

71-19a. Quem foi essa pessoa?
1. FAMILIAR
2. AMIGO
3. ALGUÉM DE UMA INSTITUIÇÃO OU SEGURANÇA SOCIAL

71-19b. Há alguém que veja se tem o tipo de ajudas que necessita?
Por outras palavras, há alguém que lhe dê informação sobre os tipos de ajudas que poderá obter ou colocá-lo/a em contacto com quem o/a ajude?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

71-19c. Acha que necessita de alguém que organize ou coordene os tipos de ajuda que necessita e o/a coloque em contacto com quem lhe possa dar essa ajuda?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

72. A PERGUNTA 71 FOI REALIZADA AO
1. SUJEITO
2. INFORMANTE *Relação*_____
3. AMBOS

*PERGUNTAS PARA FAZER AO **INFORMANTE** BASEADAS NO SEU CONHECIMENTO DO SUJEITO SE ESTE NÃO É FIDEDIGNO OU NÃO PODE RESPONDER*

RECURSOS SOCIAIS

73. Como se dá o/a _____ com a sua família e amigos?
3. MUITO BEM
2. RAZOAVELMENTE *(tem algum conflito ou problema com eles)*
1. MAL *(tem muitos problemas ou conflitos com eles)*
9. NS / NR

74. Há alguém que ajudaria o/a _____ em tudo se estivesse doente ou incapacitado/a, por exemplo, o seu cônjuge, um familiar ou um amigo?
1. SIM
0. NÃO *(→ P 75.)*
9. NS / NR

74a. Há alguém que...?
(assinalar a mais apropriada)
3. CUIDARIA DELE/A INDEFINIDAMENTE *(o tempo que necessitasse)*
2. CUIDARIA DELE/A UM CURTO PERÍODO DE TEMPO *(de umas semanas a seis meses)*
1. O/A AJUDARIA DE VEZ EM QUANDO *(levá-lo/a ao médico, preparando-lhe as refeições,...)*
9. NS / NR

74b. Quem é essa pessoa?
(assinalar todas as respostas)
1. CÔNJUGE
2. IRMÃO
3. FILHO
4. NETO
5. OUTRO PARENTE
6. AMIGO
7. OUTRO

RECURSOS ECONÓMICOS

75. Em sua opinião como estão a ser cobertas as seguintes necessidades básicas de _____?

	BEM	RAZOAVELMENTE	MAL
1. ALIMENTAÇÃO	2	1	0
2. HABITAÇÃO	2	1	0
3. VESTUÁRIO	2	1	0
4. CUIDADOS MÉDICOS	2	1	0
5. "EXTRAS" OU PEQUENOS LUXOS	2	1	0

SAÚDE MENTAL

76. O/A _____ demostra sentido ou senso comum ao fazer juízos e ao tomar decisões?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

77. É o/a _____ capaz de lidar, ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

78. Parece-lhe que o/a _____ acha a vida interessante e divertida?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

79. Como avaliaria o/a estado mental e emocional de _____ ou a sua capacidade de raciocínio neste momento, comparada com outras pessoas que tenham uma vida independente?
3. MUITO BOM
2. BOM
1. RAZOÁVEL
0. MAU
9. NS / NR

80. Como avaliaria o estado mental e emocional de _____ ou a sua capacidade de raciocínio, comparada com há cinco anos?
2. MELHOR
1. GUAL
0. PIOR
9. NS / NR

SAÚDE FÍSICA

81. Como avaliaria a saúde de _____ neste momento?
3. MUITO BOA
2. BOA
1. RAZOÁVEL
0. MÁ
9. NS / NR

82. Em que medida os problemas de saúde de _____ lhe dificultam fazer as coisas que deseja?
2. NADA
1. UM POUCO
0. MUITO
9. NS / NR

AS QUESTÕES SEGUINTES SÃO DIRIGIDAS AO **ENTREVISTADOR** E DEVEM SER RESPONDIDAS IMEDIATAMENTE APÓS DEIXAR O LOCAL DA ENTREVISTA

83. Duração da entrevista: _____ minutos

84. A informação objectiva foi obtida do:
1. SUJEITO
2. FAMILIAR
3. OUTRO *Especificar* _____

85. As perguntas objectivas obtidas do sujeito e/ou informante são ...
1. DE TOTAL CONFIANÇA
2. DE CONFIANÇA NA MAIORIA DOS CASOS
3. DE CONFIANÇA SÓ EM ALGUNS CASOS
4. NÃO SÃO CONFIÁVEIS

86. As perguntas subjectivas são:
1. DE TOTAL CONFIANÇA *(→ P 87.)*
2. DE CONFIANÇA NA MAIORIA DOS CASOS *(→ P 87.)*
3. DE CONFIANÇA SÓ EM ALGUNS CASOS *(→ P 87.)*
4. NÃO SÃO CONFIÁVEIS *(→ P 87.)*
5. NÃO SE OBTIVERAM *(→ P 86a.)*

86a. Porque não respondeu o sujeito às questões subjectivas?
1. AFASIA / DISARTRIA
2. SURDEZ
3. DEMÊNCIA
4. OLIGOFRENIA
5. DEMASIADO DOENTE
6. NÃO COLABOROU
7. OUTRO *Especificar* _____

RECURSOS SOCIAIS

87. Das seguintes frases, qual descreve melhor a disponibilidade de ajuda que tem o sujeito se estivesse doente ou incapacitado/a?
3. PELO MENOS UMA PESSOA ESTARIA DISPONÍVEL PARA CUIDAR DELE/A INDEFINIDAMENTE *(tanto tempo quanto necessário)*
2. PELO MENOS UMA PESSOA ESTARIA DISPONÍVEL PARA CUIDAR DELE/A DURANTE POUCO TEMPO *(de poucas semanas a seis meses)*
1. A AJUDA ESTARIA DISPONÍVEL SÓ DE VEZ EM QUANDO *(como levá-lo/a ao médico, preparar-lhe refeições, etc.)*
0. NENHUMA *(excepto possível ajuda de emergência)*

88. Qual das seguintes frases descreve melhor as relações sociais do sujeito?
3. MUITO SATISFATÓRIAS, AMPLAS
2. MODERADAMENTE SATISFATÓRIAS, ADEQUADAS
1. NÃO SATISFATÓRIAS, DE ESCASSA QUALIDADE, POUCAS

RECURSOS ECONÓMICOS

89. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor os rendimentos do sujeito?
1. AMPLOS, FOLGADOS
2. SATISFATÓRIOS
3. ALGO INSUFICIENTES
4. TOTALMENTE INSUFICIENTES
5. NÃO TEM QUALQUER TIPO DE RENDIMENTOS

90. Na sua opinião, o sujeito tem economias?
1. SIM
0. NÃO *(ou são escassas)*

91. Na sua opinião, qual das seguintes frases descreve melhor o grau com que se cobrem as necessidades do sujeito?
1. COBREM A ALIMENTAÇÃO, HABITAÇÃO, VESTUÁRIO, CUIDADOS MÉDICOS E PERMITEM-LHE PEQUENOS LUXOS
2. COBREM A ALIMENTAÇÃO, HABITAÇÃO, VESTUÁRIO E CUIDADOS MÉDICOS MAS NÃO LHE PERMITE PEQUENOS LUXOS
3. NÃO COBREM A ALIMENTAÇÃO, OU HABITAÇÃO, OU VESTUÁRIO, OU CUIDADOS MÉDICOS E NEM LHE PERMITE PEQUENOS LUXOS
4. NÃO COBREM DUAS OU MAIS NECESSIDADES *(habitação, alimentação, vestuário, cuidados médicos)*, NEM LHE PERMITIR PEQUENOS LUXOS

SAÚDE MENTAL

92. Tem a impressão de que o sujeito demostra sentido, ou senso comum, ao fazer juízos e tomar decisões?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

93. Tem a impressão de que o sujeito é capaz de lidar ou fazer frente aos problemas graves que ocorrem na sua vida?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

94. Tem a impressão de que o sujeito acha a vida interessante e divertida?
1. SIM
0. NÃO
9. NS / NR

95. Durante a entrevista o comportamento do sujeito pareceu-lhe ser:
1. MENTALMENTE ALERTA E ESTIMULADO
2. AGRADÁVEL E PARTICIPATIVO
3. DEPRESSIVO E/OU CHOROSO
4. DISTRAÍDO OU LETÁRGICO
5. AMEDRONTADO, INQUIETO OU EXTREMAMENTE TENSO
6. CHEIO DE QUEIXAS FÍSICAS NÃO REALISTAS
7. DESCONFIADO (mais do que o razoável)
8. EXTRAVAGANTE OU INAPROPRIADO EM PENSAMENTO OU ACÇÃO
9. EXCESSIVAMENTE FALADOR, MUITO ALEGRE OU EUFÓRICO

SAÚDE FÍSICA

96. O sujeito é obeso/a, mal nutrido/a ou emagrecido/a:
0. NÃO
1. SIM, É OBESO/A
2. SIM, ESTÁ MAL NUTRIDO/A OU EMAGRECIDO/A
9. NS / NR

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS SOCIAIS

97. CLASSIFIQUE OS RECURSOS SOCIAIS ACTUAIS DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO.
ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE AS CIRCUNSTÂNCIAS PRESENTES DA PESSOA.
AS PERGUNTAS DE RECURSOS SOCIAIS SÃO AS 6-14, 73, 74, E 87-88.

1. **Recursos sociais muito bons.** As suas relações sociais são muito satisfatórias e amplas; pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente.
2. **Recursos sociais bons.** As suas relações sociais são moderadamente satisfatórias e adequadas e pelo menos uma pessoa o cuidaria indefinidamente;
   ou
   As relações sociais são muito satisfatórias e amplas e só teria disponível uma ajuda temporária.
3. **Recursos sociais ligeiramente insatisfatórios.** As suas relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; pelo menos uma pessoa o/a cuidaria indefinidamente;
   ou
   As relações sociais são moderadamente satisfatórias, adequadas e apenas disporia de ajuda por um período curto de tempo.
4. **Recursos sociais moderadamente insatisfatórios**. As relações sociais são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; só dispõe de ajuda por um período curto de tempo;
   ou
   As relações sociais são pelo menos ajustadas ou satisfatórias, mas a ajuda só seria possível de vez em quando.
5. **Recursos sociais fortemente insatisfatórios**. As relações são insatisfatórias, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda só seria possível de vez em quando;
   ou
   As relações sociais são pelo menos satisfatórias ou adequadas; mas a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.
6. **Recursos sociais totalmente insatisfatórios.** As relações sociais são insatisfatórios, de pobre qualidade, escassas; e a ajuda não é sequer disponível de vez em quando.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE RECURSOS ECONÓMICOS

98. CLASSIFIQUE OS RECURSOS ECONÓMICOS ACTUAIS DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO.
ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE AS CIRCUNSTÂNCIAS PRESENTES DA PESSOA.
AS PERGUNTAS DE RECURSOS ECONÓMICOS SÃO AS 15-30, 75 E 89-91.

1. **Recursos económicos muito bons.** Os seus rendimentos são amplos; o sujeito tem economias.
2. **Recursos económicos satisfatórios.** Rendimentos amplos; o sujeito não tem economias;
   ou
   Rendimentos suficientes; o sujeito tem economias.
3. **Recursos económicos ligeiramente insatisfatórios.** Rendimentos suficientes; o sujeito não tem economias;
   ou
   Rendimentos algo insuficientes; o sujeito tem economias.
4. **Recursos económicos moderadamente insatisfatórios.** Rendimentos um pouco insuficientes; o sujeito não tem economias.
5. **Recursos económicos fortemente insatisfatórios.** Rendimentos totalmente insuficientes; o sujeito pode ter ou não ter economias.
6. **Recursos económicos totalmente insatisfatórios.** O sujeito é indigente, sem rendimentos ou economias.

(CONSIDERA-SE QUE OS RENDIMENTOS SÃO SUFICIENTES SE COBREM TODAS AS NECESSIDADES DO SUJEITO)

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

99. CLASSIFIQUE O FUNCIONAMENTO ACTUAL DA PESSOA, AVALIANDO-O NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO.
ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O FUNCIONAMENTO PRESENTE DA PESSOA.
AS PERGUNTAS DE SAÚDE MENTAL SÃO AS DO QUESTIONÁRIO PRELIMINAR E AS 31-36, 76-80, E 92-95.

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

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE FÍSICA

100. CLASSIFIQUE O FUNCIONAMENTO FÍSICO ACTUAL DA PESSOA, AVALIANDO-O NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA
ABAIXO. ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O FUNCIONAMENTO PRESENTE DA PESSOA.
AS PERGUNTAS DE SAÚDE FÍSICA SÃO AS 37-55, 81, 82 E 96.

1. **Saúde física muito boa.** Ocupa-se de actividades físicas vigorosas regularmente ou pelo menos de vez em quando.
2. **Saúde física boa.** Insignificantes doenças ou incapacidades. Apenas requer cuidados médicos de rotina como avaliação (*check up*) anual.
3. **Saúde física ligeiramente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças que podem beneficiar de tratamento médico ou de medidas correctivas.
4. **Saúde física moderadamente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são dolorosas ou requerem considerável tratamento médico.
5. **Saúde física fortemente insatisfatória.** Tem uma ou mais doenças ou incapacidades que são fortemente dolorosas ou ameaçam a sua vida ou requerem amplo tratamento médico.
6. **Saúde física totalmente insatisfatória.** Acamado/a e requer permanente assistência médica ou cuidados de enfermagem para manter as funções vitais do organismo.

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

101. CLASSIFIQUE O DESEMPENHO ACTUAL DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DA PESSOA, AVALIANDO-OS NA ESCALA DE SEIS PONTOS APRESENTADA ABAIXO.
ANOTE O NÚMERO (SÓ UM) QUE MELHOR DESCREVE O DESEMPENHO PRESENTE DA PESSOA.
AS PERGUNTAS DAS ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA SÃO AS 56-69.

1. **Capacidade para as AVD muito boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda e com facilidade.
2. **Capacidade para as AVD boa.** Pode realizar todas as actividades da vida diária sem ajuda.
3. **Capacidade para as AVD ligeiramente insatisfatória.** Só não realiza de uma a três AVD. Requer alguma ajuda para realizar uma a três AVD, mas não necessariamente todos os dias. Pode passar um dia sem ajuda. É capaz de preparar as suas próprias refeições.
4. **Capacidade para as AVD moderadamente insatisfatória.** Requer assistência regular em pelo menos quatro AVD mas pode passar um dia sem ajuda;
   ou
   Requer ajuda regular para a preparação das refeições.
5. **Capacidade para as AVD fortemente insatisfatória.** Necessita ajuda diária mas não necessariamente o dia inteiro ou a noite, com muitas AVD.
6. **Capacidade para as AVD completamente insatisfatória.** Necessita ajuda durante todo o dia e/ou a noite para realizar as AVD.

RESUMO DE PONTUAÇÕES

RECURSOS SOCIAIS ..... _____

RECURSOS ECONÓMICOS ..... _____

SAÚDE MENTAL ..... _____

SAÚDE FÍSICA ..... _____

ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA ..... _____

102. PONTUAÇÃO ACUMULADA DE INCAPACIDADE (SOMA DAS CINCO PONTUAÇÕES) _____

APÊNDICE II

Tabelas

Tabela 1 – Caracterização geral da amostra nas variáveis socio-demográficas por grupo etário e sexo

	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Sexo	50	43,9	64	56,1	114	56,4	n.s	24	37,5	40	62,5	64	31,7	.046	6	25,0	18	75,0	24	11,9	.014	.000	80	39,6	122	60,4	.003
Estado civil																											
Solteiro	-	-	5	7,8	5	4,4		-	-	3	7,5	3	4,7		-	-	1	5,6	1	4,2			-	-	9	7,4	
Casado	47	94,0	43	67,2	90	78,9		17	70,8	20	50,0	37	57,8		4	66,7	5	27,8	9	37,5			68	85,0	68	55,7	
Viúvo	3	6,0	16	25,0	19	16,7		7	29,2	17	42,5	24	37,5		2	33,3	12	66,6	14	58,3			12	15,0	45	36,9	
Total	50	100	64	100	114	100	.002	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.000	80	100	122	100	.000
Habilitações literárias																											
Não sabe ler nem escrever	4	8,0	28	43,8	32	28,1		4	16,7	21	52,5	25	39,0		3	50,0	10	55,5	13	54,2			11	13,8	59	48,4	
Sabe ler e escrever	9	18,0	7	10,9	16	14,1		2	8,3	7	17,5	9	14,1		1	16,7	5	27,8	6	25,0			12	15,0	19	15,5	
Ensino básico primário	33	66,0	23	35,9	56	49,1		15	62,4	10	25,0	25	39,0		2	33,3	3	16,7	5	20,8			50	62,4	36	29,5	
Ensino básico preparatório	1	2,0	2	3,1	3	2,6		1	4,2	2	5,0	3	4,7		-	-	-	-	-	-			2	2,5	4	3,3	
Ensino secundário	2	4,0	1	1,6	3	2,6		1	4,2	-	-	1	1,6		-	-	-	-	-	-			3	3,8	1	0,8	
Ensino médio	1	2,0	3	4,7	4	3,5		1	4,2	-	-	1	1,6		-	-	-	-	-	-			2	2,5	3	2,5	
Ensino superior	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	
Total	50	100	64	100	114	100	.001	24	100	40	100	64	100	.001	6	100	18	100	24	100	n.s.	.005	80	100	122	100	.000

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos por frequência das doenças referidas

Doenças referidas	Grupo etário 65-74 anos						Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total			
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		M		F	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão	25	50,0	41	64,1	66	57,9	14	58,3	20	50,0	34	53,1	2	33,3	8	44,4	10	41,7	41	51,3	69	56,6
Artrite ou reumatismo	15	30,0	31	48,4	46	40,6	6	25,0	22	55,0	28	43,8	1	16,7	9	50,0	10	41,7	22	27,5	62	50,8
Problemas cardíacos	15	30,0	18	28,1	33	28,9	9	37,5	18	45,0	27	42,2	3	50,0	7	38,9	10	41,7	27	33,8	43	35,2
Probl. circ. dos membros	12	24,0	8	12,5	20	17,5	10	41,7	15	37,5	25	39,1	1	16,7	3	16,7	4	16,7	23	28,8	26	21,3
Diabetes	9	18,0	14	21,9	23	20,2	4	16,7	9	22,5	13	20,3	-	-	2	11,1	2	8,3	13	16,3	25	20,5
AVC	7	14,0	5	7,8	12	10,5	2	8,3	4	10,0	6	9,4	4	66,7	6	33,3	10	41,7	13	16,3	15	12,3
Úlcera (sist. digestivo)	3	6,0	5	7,8	8	7,0	4	16,7	4	10,0	8	12,5	1	16,7	-	-	1	4,2	8	10,0	9	7,4
Doença da pele	4	8,0	1	1,6	5	4,4	1	4,2	6	15,0	7	10,9	1	16,7	1	5,6	2	8,3	6	7,5	8	6,6
Doença do sist. urinário	6	12,0	-	-	6	5,3	3	12,5	3	7,5	6	9,4	1	16,7	-	-	1	4,2	10	12,5	3	2,5
Osteoporose	-	-	10	15,6	10	8,8	-	-	1	2,5	1	1,6	-	-	2	11,1	2	8,3	-	-	13	10,7
Doenças dos olhos	1	2,0	3	4,7	4	3,5	-	-	5	12,5	5	7,8	1	16,7	-	-	1	4,2	2	2,5	8	6,6
Bronquite crónica	1	2,0	3	4,7	4	3,5	-	-	-	-	-		-	-	2	11,1	2	8,3	1	1,3	5	4,1
Doença da tiróide	1	2,0	3	4,7	4	3,5	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	1	1,3	3	2,5
Doença de Parkinson	-	-	2	3,1	2	1,8	1	4,2	-	-	1	1,6	-	-	-	-	-	-	1	1,3	2	1,6
Doença dos rins	1	2,0	1	1,6	2	1,8	-	-	1	2,5	1	1,6	-	-	-	-	-	-	1	1,3	2	1,6
Doença hepática	-	-	1	1,6	1	0,9	-	-	1	2,5	1	1,6	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,6
Cancro	1	2,0	-	-	1	0,9	-	-	1	2,5	1	1,6	-	-	-	-	-	-	1	1,3	1	0,8
Anemia	2	4,0	-	-	2	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2,5	-	-
Epilepsia	-	-	2	3,1	2	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,6
Asma	-	-	-	-	-	-	1	4,2	-	-	1	1,6	-	-	-	-	-	-	1	1,3	-	-
Totais	50	100	64	100	114	100	24	100	40	100	64	100	6	100	18	100	24	100	80	100	122	100

Tabela 3 – Distribuição segundo as doenças referidas, grau de limitação que estas provocam nas actividades e consumo de medicamentos com elas relacionados

	Frequência [2]		Interferência nas actividades [1]						Receita de medicamento[2]	
			Nada		Pouco		Muito			
Patologia referida	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertensão	110	54,5	52	47,3	57	51,8	1	0,9	116	57,4
Artrite ou reumatismo	84	41,6	-	-	19	22,6	65	77,4	52	25,7
Problemas cardíacos	70	34,7	12	17,1	49	70,0	9	12,9	74	39,1
Probl. circ. dos membros	49	24,3	2	4,1	21	42,8	26	53,1	65	32,2
Diabetes	38	18,8	18	47,4	19	50,0	1	2,6	45	22,3
AVC	28	13,9	-	-	7	25,0	21	75,0	27	13,4
Úlcera (sist. digestivo)	17	8,4	1	5,9	14	82,3	2	11,8	22	10,9
Doença da pele	14	7,0	-	-	3	21,4	11	78,6	14	7,0
Doença sist. urinário	13	6,4	1	7,7	7	53,8	5	38,5	3	1,5
Osteoporose	13	6,4	12	92,3	1	7,7	-	-	13	6,4
Doenças dos olhos	10	5,0	-	-	5	50,0	5	50,0	5	2,5
Bronquite crónica	6	3,0	-	-	1	16,7	5	83,3	-	-
Doença da tiróide	4	2,0	2	50,0	2	50,0	-	-	4	2,0
Doença de Parkinson	3	1,5	-	-	-	-	3	100	2	1,0
Doença dos rins	3	1,5	-	-	3	100	-	-	3	1,5
Doença hepática	2	1,0	-	-	2	100	-	-	-	-
Cancro	2	1,0	-	-	-	-	2	100	2	1,0
Anemia	2	1,0	1	50,0	-	-	1	50,0	2	1,0
Epilepsia	2	1,0	1	50,0	1	50,0	-	-	4	2,0
Asma	1	0,5	-	-	-	-	1	100	1	0,5

[1] Para os que referem a patologia
[2] Referência a receita, no último mês, para o total da amostra

Tabela 4 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de ajuda técnica

Ajuda técnica	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Bengala/tripé																											
Utilizam	3	6,0	4	6,3	7	6,1	n.s.	2	8,3	11	27,5	13	20,3	n.s.	1	16,7	3	16,7	4	16,7	n.s.	.015	6	7,5	18	14,8	n.s.
Necessitam*	-	-	1	1,6	1	0,9	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	-	-	1	0,8	n.s.
Prótese dentária																											
Utilizam	26	52,0	33	51,6	59	51,8	n.s.	9	37,5	19	47,5	28	43,8	n.s.	4	66,7	6	33,3	10	41,7	n.s.	n.s.	39	48,8	58	47,5	n.s.
Necessitam*	4	8,0	6	9,4	10	8,8	n.s.	8	33,3	7	17,5	15	23,4	n.s.	-	-	4	22,2	4	16,7	n.s.	.027	12	15,0	17	13,9	n.s.
Muletas																											
Utilizam	3	6,0	5	7,8	8	7,0	n.s.	-	-	1	2,5	1	1,6	n.s.	2	33,3	2	11,1	4	16,7	n.s.	.035	5	6,3	8	6,6	n.s.
Necessitam*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cadeira de rodas																											
Utilizam	1	2,0	1	1,6	2	1,8	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	16,7	3	12,5	n.s.	.003	1	1,3	4	3,3	n.s.
Necessitam*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	4,2	n.s.	.025	-	-	1	0,8	n.s.
Prótese auricular																											
Utilizam	1	2,0	1	1,6	2	1,8	n.s.	-	-	1	2,5	1	1,6	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	1	1,3	2	1,6	n.s.
Necessitam*	3	6,0	4	6,3	7	6,1	n.s.	5	20,8	6	15,0	11	17,2	n.s.	1	16,7	3	16,7	4	16,7	n.s.	.048	9	11,3	13	10,7	n.s.
Sonda vesical																											
Utilizam	1	2,0	-	-	1	0,9	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	1	16,7	2	11,1	3	12,5	n.s.	.000	2	2,5	2	1,6	n.s.
Necessitam*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totais	50	100	64	100	114	100		24	100	40	100	64	100		6	100	18	100	24	100			80	100	122	100	

*Para além do que já utilizam
p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 5 – Distribuição segundo a indicação médica de redução do consumo de bebidas alcoólicas

Indicação de redução	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p (1)	n	%	n	%	n	%	p (1)	n	%	n	%	n	%	p (1)	p (2)	n	%	n	%	p (3)
Com indicação de redução de consumo	13	26,0	-	-	13	11,4	-	7	29,1	-	-	7	10,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20	25,0	-	-	-

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 6 – Distribuição segundo a auto avaliação de saúde física

Auto avaliação de saúde física	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Actual (p.53)																											
Muito boa	-	-	-	-	-	-		-	-	2	5,0	2	3,1		1	16,7	-	-	1	4,2			1	1,3	2	1,6	
Boa	17	34,0	13	20,3	30	26,3		6	25,0	2	5,0	8	12,6		-	-	1	5,6	1	4,2			23	28,8	16	13,1	
Regular	20	40,0	31	48,4	51	44,7		12	50,0	27	67,5	39	60,9		2	33,3	7	38,9	9	37,5			34	42,4	65	53,3	
Má	11	22,0	17	26,6	28	24,6		5	20,8	8	20,0	13	20,3		2	33,3	8	44,4	10	41,6			18	22,5	33	27,1	
Ns/nr	2	4,0	3	4,7	5	4,4		1	4,2	1	2,5	2	3,1		1	16,7	2	11,1	3	12,5			4	5,0	6	4,9	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	n.s.	80	100	122	100	n.s.
Comparado com há cinco anos (p.54)																											
Melhor	-	-	-	-	-	-		-	-	1	2,5	1	1,6		-	-	-	-	-	-			-	-	1	0,8	
Igual	17	34,0	12	18,7	29	25,4		7	29,2	8	20,0	15	23,4		1	16,7	2	11,1	3	12,5			25	31,3	22	18,1	
Pior	31	62,0	49	76,6	80	70,2		16	66,6	30	75,0	46	71,9		4	66,6	14	77,8	18	75,0			51	63,7	93	76,2	
Ns/nr	2	4,0	3	4,7	5	4,4		1	4,2	1	2,5	2	3,1		1	16,7	2	11,1	3	12,5			4	5,0	6	4,9	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	8	100	24	100	n.s.	n.s.	80	100	122	100	.046

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 7 – Distribuição segundo a PIF na área de saúde física

PIF em saúde física	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Muito Boa	1	2,0	-	-	1	0,9		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			1	1,3	-	-	
Boa	16	32,0	7	10,9	23	20,2		2	8,3	1	2,5	3	4,7		2	33,3	4	22,2	6	25,0			20	25,0	12	9,8	
Ligeiramente insatisfatória	18	36,0	41	64,1	59	51,7		14	58,3	27	67,5	41	64,1		1	16,7	5	27,8	6	25,0			33	41,2	73	59,8	
Moderadamente insatisfatória	10	20,0	12	18,7	22	19,3		8	33,3	12	30,0	20	31,2		2	33,3	4	22,2	6	25,0			20	25,0	28	23,0	
Fortemente insatisfatória	4	8,0	4	6,3	8	7,0		-	-	-	-	-	-		1	16,7	5	27,8	6	25,0			5	6,2	9	7,4	
Totalmente insatisfatória	1	2,0	-	-	1	0,9		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			1	1,3	-	-	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	n.s.	80	100	122	100	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 8 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de saúde física

Pontuação em saúde física	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Excelente	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	
Boa	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	
Limitação pequena	16	32,0	25	39,1	41	36,0		7	29,1	4	10,0	11	17,2		1	16,7	3	16,7	4	16,7			24	30,0	32	26,2	
Limitação moderada	15	30,0	22	34,4	37	32,4		12	50,0	22	55,0	34	53,1		1	16,7	6	33,3	7	29,2			28	35,0	50	41,0	
Limitação grave	15	30,0	15	23,4	30	26,3		4	16,7	14	35,0	18	28,1		2	33,3	3	16,7	5	20,8			21	26,2	32	26,2	
Limitação total	4	8,0	2	3,1	6	5,3		1	4,2	-	-	1	1,6		2	33,3	6	33,3	8	33,3			7	8,8	8	6,6	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.011	80	100	122	100	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 10 – Distribuição segundo o número de erros no SPMSQ

Número de erros	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
< 5 erros	44	88,0	49	76,6	93	81,6		21	87,5	25	62,5	46	71,9		3	50,0	8	44,4	11	45,8			68	85,0	82	67,2	
≥ 5 erros	6	12,0	15	23,4	21	18,4		3	12,5	15	37,5	18	28,1		3	50,0	10	55,6	13	54,2			12	15,0	40	32,8	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	.031	6	100	18	100	24	100	n.s.	.001	80	100	122	100	.005

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 11 – Distribuição segundo a resposta de sentido negativo aos itens do SPES

	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
Itens do SPES	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Satisfação com a vida																											
34.2 (não)	15	31,9	28	45,9	43	39,8	n.s.	9	39,1	21	53,8	30	48,4	n.s.	1	25,0	4	93,3	15	78,9	.003	.007	25	33,8	63	54,8	.005
34.7 (não)	11	23,4	26	42,6	37	34,3	.037	7	30,4	22	56,4	29	46,8	.048	1	25,0	11	73,3	12	63,2	n.s.	.035	19	25,7	59	51,3	.000
34.15	4	8,5	4	6,6	8	7,4	n.s.	3	13,0	8	20,5	11	17,7	n.s.	1	25,0	3	20,0	4	21,1	n.s.	n.s.	8	10,8	15	13,0	n.s.
Perturbações do sono																											
34.1 (não)	17	36,2	30	49,2	47	43,5	n.s.	9	39,1	21	53,8	30	48,4	n.s.	1	25,0	12	80,0	13	68,4	.035	n.s.	27	36,5	63	54,8	.014
34.6	25	53,2	33	54,1	58	53,7	n.s.	12	52,2	25	64,1	37	59,7	n.s.	2	50,0	10	66,7	12	63,2	n.s.	n.s.	39	52,7	68	59,1	n.s.
Factor de energia																											
34.5	16	34,0	24	39,3	40	37,0	n.s.	5	21,7	12	30,8	17	27,4	n.s.	1	25,0	6	40,0	7	36,8	n.s.	n.s.	22	29,7	42	36,5	n.s.
34.9	10	21,3	19	31,1	29	26,9	n.s.	7	30,4	18	46,2	25	40,3	n.s.	3	75,0	10	66,7	13	68,4	n.s.	.001	20	27,0	47	40,9	n.s.
34.10 (não)	13	27,7	23	37,7	36	33,3	n.s.	5	21,7	16	41,0	21	33,9	n.s.	1	25,0	11	73,3	12	63,2	n.s.	.039	19	25,7	50	43,5	.013
34.11	14	29,8	27	44,3	41	38,0	n.s.	7	30,4	24	61,5	31	50,0	.018	1	25,0	9	60,0	10	52,6	n.s.	n.s.	22	29,7	60	52,2	.002
34.13	12	25,5	21	34,4	33	30,6	n.s.	8	34,8	21	53,8	29	46,8	n.s.	2	50,0	11	73,3	13	68,4	n.s.	.003	22	29,7	53	46,1	.025
34.14	10	21,3	20	32,8	30	27,8	n.s.	2	8,7	14	35,9	16	25,8	.018	-	-	7	46,7	7	36,8	n.s.	n.s.	12	16,2	41	35,7	.004
Factor de paranóia																											
34.3	7	14,9	19	31,1	26	24,1	n.s.	3	13,0	8	20,5	11	17,7	n.s.	1	25,0	3	20,0	4	21,1	n.s.	n.s.	11	14,9	30	26,1	n.s.
34.4	5	10,6	14	23,0	19	17,6	n.s.	3	13,0	8	20,5	11	17,7	n.s.	2	50,0	3	20,0	5	26,3	n.s.	n.s.	10	13,5	25	21,7	n.s.
34.8	4	8,5	4	6,6	8	7,4	n.s.	1	4,3	4	10,3	5	8,1	n.s.	1	25,0	-	-	1	5,3	.047	n.s.	6	8,1	8	7,0	n.s.
(não integrado)																											
34.12	14	29,8	22	36,1	36	33,3	n.s.	6	26,1	20	51,3	26	41,9	n.s.	-	-	8	53,3	8	42,1	n.s.	n.s.	20	27,0	50	43,5	.022
Totais(*)	47	100	61	100	108			23	100	39	100	62	100		4	100	15	100	19	100			74	100	115	100	

(*) n e % para respostas válidas
p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 12 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação para a existência de sintomas psiquiátricos

Sintomas psiquiátricos(*)	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Não significativos	4	8,5	7	11,3	11	10,1		2	8,7	4	10,2	6	9,7		1	25,0	3	20,0	4	21,1			7	9,5	14	12,2	
Leves	31	66,0	33	53,2	64	58,7		17	73,9	22	56,4	39	62,9		1	25,0	8	53,3	9	47,3			49	66,2	63	54,8	
Evidentes	12	25,5	18	29,0	30	27,5		4	17,4	12	30,8	16	25,8		1	25,0	3	20,0	4	21,1			17	23,0	33	28,7	
Graves	-	-	4	6,5	4	3,7		-	-	1	2,6	1	1,6		1	25,0	1	6,7	2	10,5			1	1,3	5	4,3	
Totais	47	100	62	100	109	100	n.s.	23	100	39	100	62	100	n.s.	4	100	15	100	19	100	n.s.	n.s.	74	100	115	100	n.s.

(*) n e % para respostas válidas obtidas do próprio
p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 13 – Distribuição segundo a auto avaliação de saúde mental

Auto avaliação de saúde mental	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Avaliação actual (p.35)																											
Óptima	3	6,0	1	1,6	4	3,5		-	-	-	-	-	-		1	16,7	-	-	1	4,2			4	5,0	1	0,8	
Boa	20	42,0	24	37,5	44	38,6		11	45,8	12	30,0	23	35,9		1	16,7	1	5,6	2	8,3			32	40,0	37	30,3	
Razoável	21	40,0	31	48,4	52	45,6		11	45,8	24	60,0	35	54,7		2	33,3	10	55,5	12	50,0			34	42,5	65	53,3	
Má	3	6,0	5	7,8	8	7,0		1	4,2	3	7,5	4	6,3		2	33,3	5	27,8	7	29,2			6	7,5	13	10,7	
Ns/nr	3	6,0	3	4,7	6	5,3		1	4,2	1	2,5	2	3,1		-	-	2	11,1	2	8,3			4	5,0	6	4,9	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.003	80	100	122	100	.032
Comparado com há cinco anos (p.36)																											
Melhor	-	-	1	1,6	1	0,9		-	-	1	2,5	1	1,6		-	-	-	-	-	-			-	-	2	1,6	
Igual	25	50,0	25	39,0	50	43,8		7	29,2	9	22,5	16	25,0		2	33,3	2	11,1	4	16,7			34	42,5	36	29,5	
Pior	22	44,0	35	54,7	57	50,0		16	66,6	29	72,5	45	70,3		3	50,0	15	83,3	18	75,0			41	51,2	79	64,8	
Ns/nr	3	6,0	3	4,7	6	5,3		1	4,2	1	2,5	2	3,1		1	16,7	1	5,6	2	8,3			5	6,3	5	4,1	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.006	80	100	122	100	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 14 – Distribuição segundo a PIF na área de saúde mental

PIF em saúde mental	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Muito Boa	5	10,0	1	1,6	6	5,3		1	4,2	-	-	1	1,6		1	16,7	-	-	1	4,2			7	8,7	1	0,8	
Boa	27	54,0	20	31,2	47	41,2		10	41,6	9	22,5	19	29,7		-	-	2	11,1	2	8,3			37	46,3	31	25,4	
Ligeiramente insatisfatória	13	26,0	32	50,0	45	39,5		9	37,5	22	55,0	31	48,4		2	33,3	6	33,3	8	33,3			24	30,0	60	49,2	
Moderadamente insatisfatória	3	6,0	8	12,5	11	9,6		3	12,5	8	20,0	11	17,2		1	16,7	4	22,3	5	20,9			7	8,7	20	16,4	
Fortemente insatisfatória	-	-	1	1,6	1	0,9		1	4,2	1	2,5	2	3,1		2	33,3	6	33,3	8	33,3			3	3,8	8	6,6	
Totalmente insatisfatória	2	4,0	2	3,1	4	3,5		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			2	2,5	2	1,6	
Total	50	100	64	100	114	100	.001	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.000	80	100	122	100	.000

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 15 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de saúde mental

Pontuação em saúde mental	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Excelente	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	
Boa	3	6,0	3	4,7	6	5,2		1	4,2	2	5,0	3	4,7		-	-	-	-	-	-			4	5,0	5	4,1	
Limitação pequena	30	60,0	28	43,7	58	50,9		16	66,7	17	42,5	33	51,6		1	16,7	6	33,3	7	29,2			47	58,7	51	41,8	
Limitação moderada	14	28,0	27	42,2	41	36,0		6	25,0	18	45,0	24	37,5		2	33,3	7	38,9	9	37,5			22	27,5	52	42,6	
Limitação grave ou total	3	6,0	6	9,4	9	7,9		1	4,2	3	7,5	4	6,2		3	50,0	5	27,8	8	33,3			7	8,8	14	11,5	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.004	80	100	122	100	.026

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 17 – Distribuição segundo a capacidade de realizar as AVD instrumentais sem ajuda

AVD instrumentais	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Usar o telefone	39	78,0	25	39,1	64	56,1	.000	14	58,3	8	20,0	22	34,4	.005	3	50,0	1	5,6	4	16,7	n.s.	.000	56	70,0	34	27,9	.000
Usar transporte	43	86,0	47	73,4	90	78,9	n.s.	18	75,0	21	52,5	39	60,9	n.s.	3	50,0	-	-	3	12,5	.034	.000	64	80,0	68	55,7	.001
Fazer compras	41	82,0	48	75,0	89	78,1	n.s.	12	50,0	21	52,5	33	51,6	n.s.	1	16,7	-	-	1	4,2	n.s.	.000	54	67,5	69	56,6	n.s.
Preparar refeições	20	40,0	57	89,1	77	67,5	.000	3	12,5	29	72,5	32	50,0	.000	1	16,7	5	27,8	6	25,0	n.s.	.000	24	30,0	91	74,6	.000
Fazer as tarefas da casa	17	34,0	46	71,9	63	55,3	.000	2	8,3	11	27,5	13	20,3	.027	1	16,7	2	11,1	3	12,5	n.s.	.000	20	25,0	59	48,4	.006
Tomar os medicamentos	45	90,0	58	90,6	103	90,4	n.s.	20	83,3	35	87,5	55	85,9	n.s.	4	66,7	6	33,3	10	41,7	n.s.	.000	69	86,3	99	81,1	n.s.
Administrar o dinheiro	43	86,0	35	54,7	78	68,4	.001	17	70,8	16	40,0	33	51,6	.041	3	50,0	3	16,7	6	25,0	n.s.	.000	63	78,8	54	44,3	.000

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 18 – Distribuição segundo a capacidade de realizar as AVD físicas sem ajuda

	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
AVD físicas	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Comer	47	94,0	61	95,3	108	94,7	n.s.	22	91,7	40	100	62	96,9	n.s.	4	66,7	13	72,2	17	70,8	n.s.	.000	73	91,3	114	93,4	n.s.
Vestir e despir	46	92,0	57	89,1	103	90,4	n.s.	22	91,7	37	92,5	59	92,2	n.s.	4	66,7	12	66,7	16	66,7	n.s.	.001	72	90,0	106	86,9	n.s.
Cuidar da aparência	46	92,0	59	92,2	105	92,1	n.s.	22	91,7	37	92,5	59	92,2	n.s.	4	66,7	12	66,7	16	66,7	n.s.	.001	72	90,0	108	88,5	n.s.
Andar	47	94,0	59	92,2	106	93,0	n.s.	23	95,8	38	95,0	61	95,3	n.s.	4	66,7	12	66,7	16	66,7	n.s.	.000	74	92,5	109	89,3	n.s.
Levantar e deitar na cama	47	94,0	58	90,6	105	92,1	n.s.	22	91,7	37	92,5	59	92,2	n.s.	4	66,7	11	61,1	15	62,5	n.s.	.000	73	91,3	106	86,9	n.s.
Tomar banho ou duche	45	90,0	56	87,5	101	88,6	n.s.	21	87,5	29	72,5	50	78,1	n.s.	3	50,0	10	55,6	13	54,2	n.s.	.000	69	86,3	95	77,9	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 19 – Distribuição segundo a existência de algum grau de incontinência

	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
Incontinência	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Incontinente	7	14,0	16	25,0	23	28,3	n.s.	4	16,7	9	22,5	13	19,4	n.s.	3	50,0	12	66,7	15	62,5	n.s.	.000	14	17,6	37	30,4	.040

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 20 – Distribuição segundo a PIF na área de AVD

PIF em AVD	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Muito Boa	4	8,0	3	4,7	7	6,2		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			4	5,0	3	2,5	
Boa	15	30,0	19	29,7	34	29,8		1	4,2	1	2,5	2	3,1		1	16,7	1	5,6	2	8,4			17	21,2	21	17,2	
Ligeiramente insatisfatória	12	24,0	31	48,4	43	37,7		4	16,7	23	57,5	27	42,2		1	16,7	5	27,8	6	25,0			17	21,2	59	48,4	
Moderadamente insatisfatória	14	28,0	5	7,8	19	16,7		16	66,6	13	32,5	29	45,3		2	33,2	3	16,7	5	20,8			32	40,0	21	17,2	
Fortemente insatisfatória	3	6,0	5	7,8	8	7,0		3	12,5	3	7,5	6	9,4		1	16,7	4	22,2	5	20,8			7	8,8	12	9,8	
Totalmente insatisfatória	2	4,0	1	1,6	3	2,6		-	-	-	-	-	-		1	16,7	5	27,8	6	25,0			3	3,8	6	4,9	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	.008	6	100	18	100	24	100	n.s.	.000	80	100	122	100	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 21 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de AVD

Pontuação em AVD	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Excelente ou boa	16	32,0	16	25,0	32	28,1		3	12,6	4	10,0	7	10,9		1	16,7	-	-	1	4,2			20	25,0	20	16,4	
Limitação pequena	4	8,0	35	54,6	39	34,2		-	-	18	45,0	18	28,1		-	-	2	11,1	2	8,3			4	5,0	55	45,1	
Limitação moderada	26	52,0	6	9,4	32	28,1		17	70,8	12	30,0	29	45,3		3	50,0	3	16,7	6	25,0			46	57,5	21	17,2	
Limitação grave	1	2,0	1	1,6	2	1,7		2	8,3	2	5,0	4	6,3		-	-	4	22,2	4	16,7			3	3,8	7	5,7	
Limitação total	3	6,0	6	9,4	9	7,9		2	8,3	4	10,0	6	9,4		2	33,3	9	50,0	11	45,8			7	8,7	19	15,6	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	.029	6	100	18	100	24	100	n.s.	.000	80	100	122	100	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 23 – Distribuição segundo a pessoa com quem vive

Pessoa com quem vivem	Grupo etário 65-74 anos						Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total			
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		M		F	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vive sozinho	2	0,4	11	17,2	13	11,4	2	8,3	12	30,0	14	21,9	1	16,7	2	11,1	3	12,5	5	6,3	25	20,5
Cônjuge	47	94,0	43	67,2	90	79,0	17	70,8	19	47,5	36	56,3	3	50,0	5	27,8	8	33,3	67	83,8	67	55,0
Filhos	14	28,0	22	34,4	36	31,6	10	41,7	10	25,0	20	31,3	2	33,3	14	77,8	16	66,7	26	32,5	46	37,7
Netos	3	0,6	-	-	3	2,6	1	4,2	1	2,5	2	3,1	2	33,3	3	16,7	5	20,8	6	7,5	4	3,3
Pais ou sogros	2	0,4	1	1,6	3	2,6	1	4,2	1	2,5	2	3,1	-	-	-	-	-	-	2	2,5	1	0,8
Irmãos	-	-	1	1,6	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11,1	2	8,3	-	-	3	2,5
Outros familiares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros não familiares	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	16,7	1	5,6	2	8,3	1	1,3	1	0,8
Total	50	100	64	100	114	100	24	100	40	100	64	100	6	100	18	100	24	100	80	100	122	100

Tabela 24 – Distribuição segundo a auto avaliação de recursos sociais

Auto avaliação de recursos sociais	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Sem ajuda	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	
Com ajuda	50	100	62	100	114	100		24	100	40	100	64	100		5	83,3	17	94,4	22	91,7			79	98,7	121	99,2	
NS/NR	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-		1	16,7	1	5,6	2	8,3			1	1,3	1	0,8	
Total	50	100	64	100	114	100		24	100	40	100	64	100		6	100	18	100	24	100			80	100	122	100	
Ajuda																											
Às vezes	8	16,0	34	53,1	42	36,8		9	37,5	19	47,5	28	43,8		-	-	3	16,7	3	12,5			17	21,3	56	45,9	
Por pouco tempo	10	20,0	19	29,7	29	25,4		10	41,7	18	45,0	28	43,8		2	33,3	2	11,1	4	16,7			22	27,4	39	32,0	
Sempre que necessário	32	64,0	11	17,2	43	37,8		5	20,8	3	7,5	8	12,4		3	50,0	12	66,6	15	62,5			40	50,0	26	21,3	
NS/NR	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-		1	16,7	1	5,6	2	8,3			1	1,3	1	0,8	
Total	50	100	64	100	114	100	.000	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.000	80	100	122	100	.000

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 25 – Distribuição segundo a pessoa disponível para a prestação de cuidados em caso de doença ou incapacidade

Pessoa disponível	Grupo etário 65-74 anos						Grupo etário 75-84 anos						Grupo etário ≥ 85 anos						Total			
	M		F		Total		M		F		Total		M		F		Total		M		F	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cônjuge	40	80,0	17	26,6	57	50,0	9	37,5	7	17,5	16	25,0	2	33,3	4	22,2	6	25,0	51	63,8	28	23,0
Irmão	1	2,0	2	3,1	3	2,6	1	4,2	-	-	1	1,6	1	16,7	-	-	1	4,2	3	3,8	2	1,6
Filhos	18	36,0	45	70,3	63	55,3	14	58,3	33	82,5	47	73,4	4	66,7	15	83,3	19	79,2	36	45,0	93	76,2
Netos	2	4,0	-	-	2	1,8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,6	1	4,2	2	2,5	1	0,8
Outro parente	-	-	2	3,1	2	1,8	-	-	1	2,5	1	1,6	1	16,7	-	-	1	4,2	1	1,3	3	2,5
Amigo	-	-	1	1,6	1	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8
Outro (apoio formal)	-	-	1	1,6	1	0,9	1	4,2	1	2,5	2	3,1	-	-	-	-	-	-	1	1,3	2	1,6
Total	50	100	64	100	114	100	24	100	40	100	64	100	6	100	18	100	24	100	80	100	122	100

Tabela 26 – Distribuição segundo a PIF na área de recursos sociais

PIF em recursos sociais	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Muito Bons	3	6,0	-	-	3	2,6		1	4,2	-	-	1	1,6		-	-	-	-	-	-			4	5,0	-	-	
Bons	27	54,0	12	18,8	39	34,2		4	16,7	4	10,0	8	12,5		3	50,0	8	44,4	11	45,9			34	42,4	24	19,7	
Ligeiramente insatisfatórios	11	22,0	18	28,1	29	25,5		10	41,7	19	47,5	29	45,3		2	33,3	6	33,3	8	33,3			23	28,7	43	35,2	
Moderadamente insatisfatórios	6	12,0	32	50,0	38	33,3		7	29,1	17	42,5	24	37,5		-	-	2	11,1	2	8,3			13	16,3	51	41,8	
Fortemente insatisfatórios	3	6,0	2	3,1	5	4,4		2	8,3	-	-	2	3,1		-	-	1	5,6	1	4,2			5	6,3	3	2,5	
Totalmente insatisfatórios	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-		1	16,5	1	5,6	2	8,3			1	1,3	1	0,8	
Total	50	100	64	100	114	100	.000	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	n.s.	80	100	122	100	.000

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 27 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de recursos sociais

Pontuação em recursos sociais	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Excelentes	2	4,1	0	0,0	2	1,8		1	4,2	-	-	1	1,6		1	20,0	1	5,9	2	9,2			4	5,1	1	0,8	
Bons	18	36,7	10	15,6	28	24,8		3	12,5	-	-	3	4,7		2	49,0	5	29,4	7	31,8			23	29,5	15	12,4	
Limitação pequena	15	30,6	5	7,8	20	17,7		5	20,8	5	12,5	10	15,6		1	20,0	6	35,3	7	31,8			21	26,9	16	13,2	
Limitação moderada	8	16,3	22	34,4	30	26,5		11	45,8	17	42,5	28	43,8		1	20,0	2	11,8	3	13,6			20	25,6	41	33,9	
Limitação grave	6	12,3	27	42,2	33	29,2		4	16,7	17	42,5	21	32,8		-	-	3	17,6	3	13,6			10	12,8	48	39,7	
Limitação total	-	-	-	-	-	-		-	-	1	2,5	1	1,6		-	-	-	-	-	-			-	-	-	-	
Total	49	100	64	100	113	100	.000	24	100	40	100	64	100	.004	5	100	17	100	22	100	n.s.	.000	78	100	121	100	.000

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 29 – Distribuição segundo a situação laboral

Motivo da reforma	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Reformado por idade	34	68,0	38	59,4	72	63,1		22	91,7	31	77,5	53	82,8		6	100	15	83,3	21	87,5			62	77,5	84	68,9	
Reformado por invalidez	16	32,0	25	39,0	41	36,0		2	8,3	9	22,5	11	17,2		-	-	3	16,7	3	12,5			18	22,5	37	30,3	
Desempregado	-	-	1	1,6	1	0,9		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			-	-	1	0,8	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.023	80	100	122	100	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 30 – Distribuição segundo a auto avaliação de recursos económicos

Auto avaliação da situação económica	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Em relação às pessoas da mesma idade (p.27)																											
Melhor	12	24,0	10	15,6	22	19,3		5	20,8	3	7,5	8	12,5		2	33,3	-	-	2	8,3			19	23,8	13	10,6	
Igual	28	56,0	37	57,8	65	57,0		14	58,3	23	57,5	37	57,8		2	33,3	9	50,0	11	45,9			44	55,0	69	56,6	
Pior	8	16,0	14	21,9	22	19,3		3	12,6	13	32,5	16	25,0		1	16,7	5	27,8	6	25,0			12	15,0	32	26,2	
NS/NR	2	4,0	3	4,7	5	4,4		2	8,3	1	2,5	3	4,7		1	16,7	4	22,2	5	20,8			5	6,3	8	6,6	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	.037	6	100	18	100	24	100	n.s.	n.s.	80	100	122	100	.006
Forma como os rendimentos cobrem as necessidades (p.28)																											
Muito bem	4	8,0	-	-	4	3,5		2	8,3	-	-	2	3,1		-	-	-	-	-	-			6	7,5	-	-	
Razoavelmente	23	46,0	23	35,9	46	40,3		8	33,3	11	27,5	19	29,7		2	33,3	4	22,2	6	25,0			33	41,1	38	31,2	
Com dificuldade	21	42,0	38	59,4	59	51,8		13	54,2	28	70,0	41	64,1		4	66,7	12	66,7	16	66,7			38	47,5	78	63,9	
NS/NR	2	4,0	3	4,7	5	4,4		1	4,2	1	2,5	2	3,1		-	-	2	11,1	2	8,3			3	3,8	6	4,9	
Total	50	100	64	100	114	100	.027	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	n.s.	80	100	122	100	.005
Expectativa de rendimentos para garantir o futuro (p.30)																											
Suficientes	21	42,0	15	23,5	36	31,6		7	29,2	7	17,5	14	21,9		2	33,3	3	16,7	5	20,8			30	37,5	25	20,5	
Insuficientes	27	54,0	42	65,6	69	60,5		16	66,6	30	75,0	46	71,9		3	50,0	12	66,7	15	62,5			46	57,5	84	68,8	
NS/NR	2	4,0	7	10,9	9	7,9		1	4,2	3	7,5	4	6,2		1	16,7	3	16,7	4	16,7			4	5,0	13	10,7	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	n.s.	80	100	122	100	.016

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 31 – Distribuição segundo a PIF na área de recursos económicos

PIF em recursos económicos	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Muito Bons	3	6,0	1	1,6	4	3,5		-	-	-	-	-	-		1	16,7	1	5,6	2	8,3			4	5,0	2	1,6	
Bons	19	38,0	13	20,3	32	28,0		4	16,7	4	10,0	8	12,5		1	16,7	3	16,7	4	16,7			24	30,0	20	16,4	
Ligeiramente insatisfatórios	12	24,0	15	23,4	27	23,7		7	29,2	9	22,5	16	25,0		-	-	2	11,1	2	8,3			19	23,7	26	21,3	
Moderadamente insatisfatórios	15	30,0	34	53,1	49	43,0		13	54,1	27	67,5	40	62,5		3	49,9	9	50,0	12	50,0			31	38,7	70	57,4	
Fortemente insatisfatórios	-	-	1	1,6	1	0,9		-	-	-	-	-	-		1	16,7	3	16,7	4	16,7			1	1,3	4	3,3	
Totalmente insatisfatórios	1	2,0	-	-	1	0,9		-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-			1	1,3	-	-	
Total	50	100	64	100	114	100	.007	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.013	80	100	122	100	.003

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 32 – Distribuição segundo o modelo OARS de pontuação na área de recursos económicos

Pontuação em recursos económicos	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	
Excelentes	11	22,0	11	17,2	22	19,3		3	12,5	5	12,5	8	12,5		1	16,7	-	-	1	4,2			15	18,7	16	13,1	
Bons	15	30,0	22	34,4	37	32,4		8	33,3	11	27,5	19	29,7		1	16,7	1	5,6	2	8,3			24	30,0	34	27,9	
Limitação pequena	12	24,0	23	35,9	35	30,7		6	25,0	16	40,0	22	34,4		2	33,3	11	61,1	13	54,2			20	25,0	50	41,0	
Limitação moderada	3	6,0	3	4,7	6	5,3		3	12,5	3	7,5	6	9,3		1	16,7	1	5,6	2	8,3			7	8,8	7	5,7	
Limitação grave	9	18,0	5	7,8	14	12,3		3	12,5	5	12,5	8	12,5		1	16,7	5	27,7	6	25,0			13	16,2	15	12,3	
Limitação total	-	-	-	-	-	-		1	4,2	-	-	1	1,6		-	-	-	-	-	-			1	1,3	-	-	
Total	50	100	64	100	114	100	n.s.	24	100	40	100	64	100	n.s.	6	100	18	100	24	100	n.s.	.004	80	100	122	100	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 34 – Pontuações de limitação grave e total, segundo o modelo OARS de pontuação, nas cinco áreas funcionais

Áreas funcionais	Grupo etário 65-74 anos			Grupo etário 75-84 anos			Grupo etário ≥ 85 anos			Total		
	M %	F %	Total %	M %	F %	Total %	M %	F %	Total %	M %	F %	Total %
Saúde física	38,0	26,5	31,6	20,9	35,0	29,7	66,6	50,0	54,1	35,0	32,8	33,7
Saúde mental	6,0	9,4	7,9	4,2	7,5	6,2	50,0	27,8	33,3	8,8	11,5	10,4
AVD	8,0	11,0	9,6	16,6	15,0	15,7	33,3	72,2	62,5	12,5	21,3	17,8
Recursos sociais	12,3	42,2	29,2	16,7	45,0	34,4	-	17,6	13,6	12,8	39,7	28,7
Recursos económicos	18,0	7,8	12,3	16,7	12,5	14,1	16,7	27,7	25,0	17,5	12,3	14,4

Tabela 35 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços gerais de apoio

Serviços gerais de apoio	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	H		M		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Preparação de refeições																											
Utilizam	29	58,0	9	14,1	38	33,3	.000	20	83,3	13	32,5	33	51,6	.000	5	83,3	12	66,7	17	70,8	n.s.	.001	54	67,5	34	27,9	.000
Necessitam	27	55,1	6	9,4	33	28,9	.000	19	79,2	12	30,0	31	48,4	.000	4	66,7	9	50,0	13	54,2	n.s.	.004	50	62,5	27	22,1	.000
Serviços de monitorização																											
Utilizam	31	62,0	38	59,4	69	60,5	n.s.	18	75,0	30	75,0	48	75,0	n.s.	4	66,7	14	77,8	18	75,0	n.s.	n.s.	53	66,3	82	67,2	n.s.
Necessitam	25	50,0	38	59,4	63	55,3	n.s.	18	75,0	30	75,0	48	75,0	n.s.	3	50,0	13	72,2	16	66,7	n.s.	.020	46	57,5	81	66,4	n.s.
Serviços domésticos																											
Utilizam	31	62,0	18	28,1	49	43,0	.000	22	91,7	27	67,5	49	76,6	.027	5	83,3	13	72,2	18	75,0	n.s.	.000	58	72,5	58	47,5	.000
Necessitam	28	56,0	18	28,1	46	40,4	.002	21	87,5	28	70,0	49	76,6	n.s.	4	66,7	11	61,1	15	62,5	n.s.	.000	53	71,3	57	51,6	.005
Cuidados pessoais																											
Utilizam	6	12,0	9	14,1	15	13,2	n.s.	2	8,3	10	25,0	12	18,8	n.s.	3	50,0	9	50,0	12	50,0	n.s.	.000	11	13,8	28	23,0	n.s.
Necessitam	3	6,0	6	9,4	9	7,9	n.s.	1	4,2	10	25,0	11	17,2	.035	1	16,7	6	33,3	7	29,2	n.s.	.005	5	6,3	22	18,0	.016
Serviços administrativos																											
Utilizam	15	30,0	43	67,2	58	50,9	.000	10	41,7	33	82,5	43	67,2	.001	4	66,7	14	77,8	18	75,0	n.s.	.025	29	36,3	90	73,8	.000
Necessitam	17	34,0	43	67,2	60	52,6	.000	12	50,0	34	85,0	46	71,9	.008	3	50,0	13	72,2	16	66,7	n.s.	.018	32	45,0	90	73,8	.000
Supervisão contínua																											
Utilizam	4	8,0	3	4,7	7	6,1	n.s.	1	4,2	1	2,5	2	3,1	n.s.	2	33,3	6	33,3	8	33,3	n.s.	.000	7	8,8	10	8,2	n.s.
Necessitam	3	6,0	-	-	3	2,6	.049	1	4,2	-	-	1	1,6	n.s.	1	16,7	4	22,2	5	20,8	n.s.	.000	5	6,3	4	3,3	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 36 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços sociais e recreativos

Serviços sociais e recreativos	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Viagens																											
Utilizam	16	32,0	18	28,1	34	29,8	n.s.	9	37,5	3	7,5	12	18,8	.003	-	-	1	5,6	1	4,2	n.s.	.021	25	31,3	22	18,0	.028
Necessitam	17	34,0	25	39,1	42	36,8	n.s.	11	45,9	5	12,5	16	25,0	.002	1	16,7	1	5,6	2	8,3	n.s.	.017	29	36,3	31	25,4	n.s.
Serviços sociais e recreativos																											
Utilizam	7	14,0	1	1,6	8	7,0	.010	3	12,5	1	2,5	4	6,3	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	10	12,5	2	1,6	.002
Necessitam	6	12,0	2	3,1	8	7,0	n.s.	3	12,5	3	7,5	6	9,4	n.s.	-	-	1	5,6	1	4,2	n.s.	n.s.	9	11,3	6	4,9	n.s.
Desporto																											
Utilizam	1	2,0	-	-	1	0,9	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	1	1,3	-	-	n.s.
Necessitam	1	2,0	-	-	1	0,9	n.s.	-	-	2	5,0	2	3,1	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	1	1,3	2	1,6	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 37 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de saúde

Serviços de saúde	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Consultas médicas																											
Utilizam	49	98,0	59	92,2	108	94,7	n.s.	24	100	39	97,5	63	98,4	n.s.	6	100	16	88,9	22	91,7	n.s.	n.s.	79	98,8	114	93,4	n.s.
Necessitam*	13	26,0	12	18,8	25	21,9	n.s.	7	29,2	12	30,0	19	29,7	n.s.	1	16,7	7	38,9	8	33,3	n.s.	n.s.	21	26,3	31	25,4	n.s.
Dispositivos de apoio e próteses																											
Utilizam	33	66,0	41	64,1	74	64,9	n.s.	10	41,7	26	65,0	36	56,3	n.s.	6	100	11	61,1	17	70,8	n.s.	n.s.	49	61,3	76	62,3	n.s.
Necessitam*	6	12,0	11	17,2	17	14,9	n.s.	12	50,0	13	32,5	25	39,1	n.s.	1	16,7	6	33,3	7	29,2	n.s.	.001	19	23,8	30	24,6	n.s.
Cuidados de enfermagem																											
Utilizam	12	24,0	18	28,1	30	26,3	n.s.	8	33,3	16	40,0	24	37,5	n.s.	2	33,3	6	33,3	8	33,3	n.s.	n.s.	22	27,5	40	32,8	n.s.
Necessitam	11	22,0	13	20,3	24	21,1	n.s.	7	29,2	14	35,0	21	32,8	n.s.	1	16,7	5	27,8	6	23,0	n.s.	n.s.	19	23,8	32	26,2	n.s.
Psicofármacos																											
Utilizam	7	14,0	17	26,6	24	21,1	n.s.	3	12,5	8	20,0	11	17,2	n.s.	2	33,3	3	16,7	5	20,8	n.s.	n.s.	12	15,0	28	23,0	n.s.
Necessitam	8	16,0	18	28,1	26	22,8	n.s.	2	8,3	8	20,0	10	15,6	n.s.	2	33,3	3	16,7	5	20,8	n.s.	n.s.	12	15,0	29	23,8	n.s.
Serviços de saúde mental																											
Utilizam	4	8,0	14	21,9	18	15,8	.044	2	8,3	5	12,5	7	10,9	n.s.	1	16,7	1	5,6	2	8,3	n.s.	n.s.	7	8,8	20	16,4	n.s.
Necessitam	5	10,0	17	26,6	22	19,3	.024	1	4,2	6	15,0	7	10,9	n.s.	1	16,7	3	16,7	4	16,7	n.s.	n.s.	7	8,8	26	21,3	.018
Fisioterapia																											
Utilizam	2	4,0	5	7,8	7	6,1	n.s.	-	-	2	5,0	2	3,1	n.s.	-	-	1	5,6	1	4,2	n.s.	n.s.	2	2,5	8	6,6	n.s.
Necessitam	5	10,0	9	14,1	14	12,3	n.s.	2	8,3	2	5,0	4	6,3	n.s.	1	16,7	5	27,8	6	25,0	n.s.	.039	8	10,0	16	13,1	n.s.

* Para além das que já utilizam
p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 38 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio económico

Serviços de apoio económico	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Ajuda económica em geral																											
Utilizam	50	100	64	100	114	100	-	24	100	40	100	64	100	-	6	100	18	100	24	100	-	n.s.	80	100	122	100	-
Necessitam*	18	36,0	25	39,1	43	37,7	n.s.	9	37,5	18	45,0	27	43,5	n.s.	4	66,7	12	66,7	16	66,7	n.s.	.030	31	38,8	55	45,1	n.s.
Ajuda para compra de comida																											
Utilizam	1	2,0	3	4,7	4	3,5	n.s.	1	4,2	1	2,5	2	3,1	n.s.	3	50,0	6	33,3	9	37,5	n.s.	.000	5	6,3	10	8,2	n.s.
Necessitam	4	8,0	3	4,7	7	6,4	n.s.	2	8,3	1	2,5	3	4,8	n.s.	1	16,7	5	27,8	6	25,0	n.s.	.002	7	8,8	9	7,4	n.s.

• Para além da que já recebe
p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 39 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços de apoio, avaliação e coordenação

Serviços de apoio, avaliação e coordenação	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Serviços de coordenação, informação e apoio																											
Utilizam	2	4,0	1	1,6	3	2,6	n.s.	1	4,2	-	-	1	1,6	n.s.	-	-	1	5,6	1	4,2	n.s.	n.s.	3	3,8	2	1,6	n.s.
Necessitam	12	24,0	16	25,0	28	24,6	n.s.	10	41,7	17	42,5	27	42,2	n.s.	2	33,3	9	50,0	11	45,9	n.s.	.006	24	30,0	42	34,4	n.s.
Avaliação sistemática multidimensional																											
Utilizam	-	-	1	1,6	1	0,9	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	1	16,7	3	16,7	4	16,7	-	.000	1	1,3	4	3,3	n.s.
Necessitam	13	26,0	17	26,6	30	26,3	n.s.	10	41,7	17	42,5	27	42,2	n.s.	2	33,3	11	61,1	13	54,2	n.s.	.002	25	31,3	45	36,9	n.s.

p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra

Tabela 40 – Distribuição segundo a utilização e necessidade sentida de serviços não classificados

Serviços não classificados	Grupo etário 65-74 anos							Grupo etário 75-84 anos							Grupo etário ≥ 85 anos								Total				
	M		F		Total			M		F		Total			M		F		Total				M		F		
	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	n	%	n	%	n	%	p(1)	p(2)	n	%	n	%	p(3)
Transporte																											
Utilizam	48	96,0	57	89,1	105	92,1	n.s.	20	83,3	39	97,5	59	92,2	.043	5	83,3	13	72,2	18	75,0	n.s.	.031	73	91,3	109	89,3	n.s.
Necessitam*	6	12,0	6	9,4	12	10,5	ns	2	8,3	3	7,5	5	7,8	n.s.	1	16,7	2	11,1	3	12,5	n.s.	n.s.	9	11,3	11	9,0	n.s.
Serviços de realojamento																											
Utilizam	-	-	-	-	-	-	-	1	4,2	-	-	1	1,6	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	n.s.	1	1,3	-	-	n.s.
Necessitam	-	-	1	1,6	1	0,9	n.s.	1	4,2	-	-	1	1,6	n.s.	-	-	1	5,6	1	4,2	n.s.	n.s.	1	1,3	2	1,6	n.s.
Serviços de emprego																											
Utilizam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Necessitam	1	2,0	-	-	1	0,9	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1,3	-	-	n.s.
Preparação para as AVD																											
Utilizam	-	-	1	1,6	1	0,9	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	n.s.
Necessitam	-	-	1	1,6	1	0,9	n.s.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,8	n.s.

* Para além do que já utilizam
p(1) Diferença entre sexos para o grupo etário
p(2) Diferença entre grupos etários
p(3) Diferença entre sexos para o total da amostra