



**Idosos em Internamento Hospitalar
com Dificuldades de Reinserção Sócio-Familiar**
Análise multidimensional na
Região Autónoma da Madeira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Eduardo Raimundo Sá Silva
MESTRADO EM GERONTOLOGIA



UNIVERSIDADE da MADEIRA

A Nossa Universidade

www.uma.pt

junho | 2012

UMa

Ido

T/M Uma
364
Sil Ido

71482

**Idosos em Internamento Hospitalar
com Dificuldades de Reinserção Sócio-Familiar**
Análise multidimensional na
Região Autónoma da Madeira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Eduardo Raimundo Sá Silva

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

UNIVERSIDADE DA MADEIRA
SECTOR DE DOCUMENTAÇÃO
E ARQUIVO

ORIENTAÇÃO

Maria Helena Agrela Gonçalves Jardim

CO-ORIENTAÇÃO

Maria Clementina de Freitas Nóbrega Morna

UNIVERSIDADE DA MADEIRA

CENTRO DE COMPETÊNCIAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

**IDOSOS EM INTERNAMENTO HOSPITALAR COM
DIFICULDADES DE REINserÇÃO**

SÓCIO-FAMILIAR

ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL NA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Mestrando: Eduardo Raimundo Sá Silva

Orientador: Professora Doutora Maria Helena Agrela Gonçalves Jardim

Co-orientador: Mestre Maria Clementina de Freitas Nóbrega Morna

2012

Dissertação apresentada no Centro de Competências Tecnologias da Saúde da Universidade da Madeira, no âmbito do 1º Mestrado Inter-universitário em Gerontologia, na área de Especialidade em Gerontologia Social, para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.

“ a pessoa idosa doente não é *o doente que espera*, é o actor e tem um projecto de vida..

o profissional não é apenas *aquele que sabe*, é o interlocutor e tem uma missão a desempenhar.”

Organização Mundial de Saúde

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração do presente estudo contribuíram várias pessoas sem as quais não teria sido possível a sua concretização. Por este motivo nesta página expressamos os nossos agradecimentos:

- À orientadora e co-orientadora que se disponibilizaram desde o primeiro momento para orientar esta dissertação, como ao longo de todo o trabalho me incentivaram com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e também de calor humano.

- Ao SESARAM, EPE pela autorização, colaboração, acolhimento e receptividade que demonstrou para a problemática deste estudo.

- Aos idosos participantes no estudo pela valiosa colaboração que prestaram. Para eles endereço as mais sinceras e rápidas melhoras.

- À minha família em especial aos meus pais, pelo exemplo de vida, amor, compreensão, responsáveis pelo meu desenvolvimento humano por ser aquilo que sou hoje. Às minhas tias, irmãos, cunhadas, cunhado e sogra que acrescentaram positivamente durante toda esta etapa. À Carmo, minha esposa e ao meu filho, pelo carinho, compreensão, companheirismo, que me proporcionaram, ajuda, incentivo, mesmo com as minhas ausências.

- E em especial ao meu avô materno, com 95 anos de idade pelo exemplo de vida que representa para mim e pela longevidade que todos inspiramos.

Expresso, ainda, toda a minha gratidão e o reconhecimento a todos aqueles que não se encontram aqui referenciados e que tornaram possível a concretização desta dissertação. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento muito sincero e **o meu muito obrigado.**

SIGLAS

AD – Apoio Domiciliário;

ADI – Apoio Domiciliário Integrado;

CPA – Centro de Promoção de Autonomia;

DGS – Direcção Geral de Saúde;

HCF – Hospital Central do Funchal;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

RAM – Região Autónoma da Madeira;

RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados;

SAD – Serviço de apoio domiciliário;

SESARAM, EPE – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira;

UAID – Unidade de Apoio Integrado Domiciliário;

UAII – Unidade de Apoio Integrado de Internamento;

RESUMO

O presente estudo, de natureza exploratória, descritiva e correlacional, pretende compreender e possibilitar a reflexão sobre os aspetos que possam ser predicativos da situação em que se encontram os idosos hospitalizados na Região Autónoma da Madeira (RAM) com dificuldades de reinserção social - denominadas por “*altas problemáticas*”. Para o efeito foram estudadas a componente cognitiva (Mini Mental State Examination), a dependência nas atividades de vida (Índice de Barthel) e a rede de suporte social (Lubben). Correlacionamos estas variáveis e as variáveis sociodemográficas de forma a analisarmos a significância das relações.

A população é constituída pela totalidade dos idosos hospitalizados (97) dos quais participaram 94. A maioria dos inquiridos é do género feminino (68%), com idades entre os 60 e 97 anos e com uma média de 82 anos, hospitalizados no serviço de Medicina (87,6%) e provenientes do concelho do Funchal (52,6%).

A maioria dos participantes (80,9%) é totalmente dependente para as atividades de vida diária e 75,5% apresentam uma rede social muito limitada, sendo que, os homens têm menor rede de apoio social do que as mulheres (96,6%). Dos 18 idosos que não têm dependência total, 72,2% apresentam défice cognitivo.

Os resultados apontam para uma correlação não significativa nesta população, nas variáveis estudadas. Aferimos que entre os idosos com dependência moderada, 50% tem rede social menos limitada enquanto que nos restantes níveis de dependência apresenta com maior frequência uma rede social muito limitada e que a ocorrência das *altas problemáticas* acontecem independentemente do acumular de situações com dependência e défice cognitivo. Resultado idêntico apuramos, na relação estudada entre o défice cognitivo e a rede de apoio social, uma vez que podemos afirmar que não existe associação

entre a presença de défice cognitivo e rede social de apoio, pois 60% dos idosos sem défice cognitivo apresentam uma rede social muito limitada e 69% dos idosos com défice cognitivo apresentam resultado similar.

Constata-se, assim que apesar de não serem observados coeficientes de correlação significativos, os parâmetros estudados indicam que um idoso pode incorrer numa situação de *alta problemática* independentemente do grau de dependência, rede social e/ ou presença de défice cognitivo, sem que seja possível aferir do efeito aditivo destes fatores.

Palavras-Chave: Internamento; idoso; Hospital; Reinserção, família

ABSTRACT

This study was an exploratory, descriptive and correlational, aim to understand and allow for reflection on the aspects that might be predicative of the situation in which the elderly are hospitalized in the Autonomous Region of Madeira (RAM) with difficulties in social reintegration - denoted by "high problem". To this end we studied the cognitive component (Mini Mental State Examination), dependence in activities of living (Barthel Index) and social support network (Lubben). We correlated these variables and sociodemographic variables in order to analyze the significance of relationships.

The population is composed totally of 97 elderly hospital patients of which 94 participated. Most respondents are female (68%), aged between 60 and 97 years with an average of 82 years, hospitalized in the Department of Medicine (87.6%) and from the center of Funchal (52.6 %).

Most participants (80.9%) are totally dependent for activities of daily living and 75.5% have a very limited social network, and men have less social support than women (96.6%). Of those, 18 elderly, who do not have total dependence, 72.2% had cognitive impairment.

The results indicate a non significant that the correlation in this population, attending to the studied variables. We verified that among the elderly with moderate dependence, 50% have less restricted social network while at the other levels of dependency has most often a very limited social network and the high occurrence of problems occurring regardless of the accumulation of situations with dependence and cognitive impairment. Identical results have improved in this relation between cognitive impairment and social support network, since we can say that there is no association between the presence of cognitive impairment and social support network, because 60% of

the elderly people without cognitive impairment have a very limited social network and 69% of the elderly with cognitive impairment show similar results.

It appears therefore that although not observed significant correlation coefficients, the studied parameters indicate that an elderly can incur a problematic situation of high regardless of the degree of dependence, social network and / or presence of cognitive impairment, without any possibility of assess the additive effect of these factors.

Keywords: Admission; elderly; Hospital, Rehabilitation, Family

Índice

AGRADECIMENTOS	i
SIGLAS	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	v
Índice	vii
Índice de gráficos.....	x
Índice de tabelas	xii
Introdução	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1 – O Envelhecimento.....	7
2 – Aspectos demográficos do envelhecimento	12
2.1. Projeções da população residente na RAM – 2001-2050.....	15
3 – O idoso, a saúde e a doença.....	17
3.1. – O conceito de saúde e de doença	19
4. A pessoa idosa, o hospital e a família	23
4.1 O internamento hospitalar	23
4.2 A alta hospitalar	31
4.3 A dependência e a família	34
4.3.1 As redes de suporte na dependência	39

4.4. As dificuldades da reinserção do idoso hospitalizado	43
4.4.1 Capacitação para a reinserção	45
4.4.3 O cuidar, os cuidados e o cuidador	47
4.4.4 A rede de serviços e equipamentos	48
PARTE II – METODOLOGIA	51
5 - Referencial metodológico.....	51
5.1. Questões de investigação.....	51
5.2. Tipo de estudo	52
5.3. Objetivos do estudo	53
5.4. População	54
5.4.1. Critérios de inclusão	55
5.5. Variáveis.....	55
5.6. Instrumentos de colheita de dados.....	56
5.7. Procedimentos de colheita e tratamento de dados.....	58
5.7.1. Considerações éticas.....	60
PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO	61
6. Apresentação, análise e discussão de resultados.....	61
6.1. Caraterização da população.....	61
6.2. Variáveis dependentes utilizadas no estudo	66
6.2.1. Grau de dependência.....	66
6.2.1.1. Efeito do género e idade no índice de Barthel	68

6.2.2. Rede de suporte social.....	71
6.2.2.1. Efeito da idade na rede de apoio social.....	73
6.2.3. Défice cognitivo.....	74
6.2.3.1.Efeito do género e da idade no défice	76
6.3. Relação entre o grau de dependência, rede de apoio social e défice cognitivo	77
6.3.1.Grau de dependência e Rede de suporte social	77
6.3.2. Défice cognitivo e Grau de dependência	80
6.3.3. Défice cognitivo e apoio social.....	81
7. Conclusões e sugestões.....	84

Índice de gráficos

Gráfico 1. Índices de envelhecimento de 2010 por Concelho	4
Gráfico 2. Projeções do crescimento da população idosa em Portugal	14
Gráfico 3. Pirâmide Etária da Região Autónoma da Madeira	16
Gráfico 4. Evolução do número de camas (Lotação oficial) de internamento em hospitais na RAM	24
Gráfico 5. Distribuição da população segundo o género	62
Gráfico 6. Média e desvio padrão da idade dos idosos da população segundo o género	63
Gráfico 7. Distribuição dos idosos da população por especialidades clínicas no CHF	64
Gráfico 8. Distribuição geográfica percentual dos idosos hospitalizados em situação de <i>alta problemática</i>	66
Gráfico 9. Média do nível de dependência apurada	68
Gráfico 10. Distribuição dos idosos pelos níveis de dependência e género	69
Gráfico 11. Resultados da idade por níveis de dependência	70
Gráfico 12. Classificação da rede de suporte social de acordo com o género	72
Gráfico 13. Distribuição dos idosos pelos níveis de rede de apoio social e género	73
Gráfico 14. Resultados da idade por níveis de rede de apoio social	74
Gráfico 15. Resultados da idade por classificação do défice cognitivo	77
Gráfico 16. Distribuição conjunta de idosos de acordo com os Índices de Barthel e de Lubben	78

Gráfico 17.Distribuição dos idosos pela classificação da rede de apoio social e níveis de dependência79

Gráfico 18.Distribuição conjunta de idosos de acordo com o MMSE e Índices de Barthel80

Gráfico 19.Distribuição dos idosos pelo défice cognitivo e níveis de dependência.....81

Gráfico 20.Distribuição dos idosos pela classificação da rede de apoio social e défice cognitivo82

Índice de tabelas

Tabela 1.Número de residentes em 2010 por concelho e faixa etária e índice de envelhecimento	4
Tabela 2.População residente segundo atividade e por faixa etária	5
Tabela 3.Evolução do número de pessoas com mais de 65 anos e 80 anos relativamente à população Activa	14
Tabela 4.Esperança média de vida à nascença, segundo o género, em Portugal, na RAM e EU	15
Tabela 5.Projeções da população residente na RAM até 2050.....	16
Tabela 6.Caraterização da população segundo o género.....	62
Tabela 7.Estatística descritiva da idade dos idosos da população segundo o género.....	63
Tabela 8.Distribuição dos idosos da população por especialidades clínicas no CHF.....	64
Tabela 9.Distribuição dos idosos da população por área geográfica e população com mais de 65 anos na RAM	65
Tabela 10.Indicadores de fiabilidade da escala de Barthel.....	66
Tabela 11.Resultados do índice de Barthel por género e teste de Mann-Whitney.....	67
Tabela 12.Distribuição dos idosos pelos níveis de dependência e género e teste de independência	69
Tabela 13.Resultados da idade por níveis de dependência e teste de Kruskal-Wallis	70
Tabela 14.Indicadores de fiabilidade da escala Lubben.....	71
Tabela 15.Resultados da escala de Lubben por género e teste de Mann-Whitney.....	72

Tabela 16.Distribuição dos idosos pelos níveis de rede de apoio social e género e teste de independência	72
Tabela 17. Resultados da idade por níveis de rede de apoio social e teste de Mann-Whitney	74
Tabela 18.Escolaridade e função cognitiva	75
Tabela 19.Distribuição dos idosos pela classificação do défice cognitivo e género e teste de independência	76
Tabela 20.Resultados da idade por classificação do défice cognitivo e teste de Mann-Whitney	76
Tabela 21.Coeficiente de correlação de Spearman para as escalas de Lubben e Barthel..	78
Tabela 22.Distribuição dos idosos pela classificação da rede de apoio social e níveis de dependência e teste de independência	79
Tabela 23.Coeficiente de correlação de Spearman para as escalas MMSE e Barthel.....	80
Tabela 24.Distribuição dos idosos pelo défice cognitivo e níveis de dependência e teste de independência	81
Tabela 25.Coeficiente de correlação de Spearman para as escalas de Lubben e MMSE..	82
Tabela 26.Distribuição dos idosos pela classificação da rede de apoio social e défice cognitivo e teste de independência	82

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno que tem despertado o interesse do homem nas últimas décadas. Reflexo de uma série de fatores, este fenómeno tem sido alvo de algumas preocupações por parte de diversas entidades governamentais e uma problemática para as estruturas familiares e sociedade em geral. Taxas de natalidade e de mortalidade baixas obrigam diversos países a repensar as suas políticas de saúde e de solidariedade social. Portugal, não é exceção, e de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002), o número de adultos com 65 e mais anos ultrapassa o das pessoas com 14 e menos.

Um estudo realizado em 2001 pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) relativamente ao envelhecimento da população portuguesa revelou que existiam na data do referido estudo cerca de 1.709.099 pessoas idosas, correspondendo aproximadamente a 16,5% da população em geral. Registe-se que 41,8% da totalidade desta população tinha idade igual ou superior a 75 anos e que a população do sexo feminino predomina sobre a população do sexo masculino (INE, 2002). Um dado relevante no estudo efetuado é que se assiste a um envelhecimento demográfico superior nas regiões do interior do País em detrimento do litoral (DGS, 2004). Autores como (Santana, 2005) apontam como provável causa o fluxo migratório que existia nessas regiões.

Todavia, o envelhecimento das populações pode ser explicado à luz da ciência, sob o ponto de vista tecnológico, aliado aos avanços na medicina, bem como a uma melhoria da qualidade de vida destas mesmas populações.

Numa breve incursão histórica sobre o desenvolvimento da medicina, e de acordo com (Ribeiro, 2005) esta conheceu até aos dias de hoje três momentos cruciais na sua história. Um primeiro, quando se descobre o organismo patogénico causador da doença e

adopta-se o modelo preventivo, onde a vacinação e os antibióticos representaram uma verdadeira revolução na história da medicina. Um segundo momento, reporta-se à promoção da saúde, com vista à mudança de comportamentos e atitudes que possam colocar em causa, prejudicar/ou agravar o estado de saúde do indivíduo. Um terceiro momento dá-se com a aproximação dos serviços de saúde à comunidade e com o aperfeiçoamento dos cuidados médicos prestados. É nesta perspectiva que surgem as instituições prestadoras de cuidados para situações de saúde agudas (atuais hospitais) e as redes de cuidados nas comunidades. No entanto, se por um lado os avanços verificados com a medicina culminaram com o aumento da esperança média de vida, e citando Capucha (2006, p.10)

“Portugal, é um exemplo claríssimo disso. Quando os nossos idosos ficavam entregues à família não chegavam, em regra, aos níveis de envelhecimento que hoje são comuns. Em Portugal, como no resto das sociedades europeias, à medida que o Estado e um conjunto de atores se organizaram para prestar cuidados sociais e de saúde dignos, a qualidade de vida aumentou e a esperança de vida cresceu extraordinariamente”

Por outro lado, verifica-se que a taxa de fecundidade tem estado a diminuir. Uma situação que resulta numa inversão na pirâmide etária que se traduz por um menor número de jovens e um maior número de pessoas com 65 e mais anos. Assim, de acordo com (Ribeiro, 2005) estamos perante uma *armadilha demográfica*¹.

Na sequência do envelhecimento das populações e como consequência deste, assiste-se a um colapso dos sistemas de proteção social, que se traduz em dificuldades quer para o idoso, quer para os familiares deste, quando confrontados com situações de saúde

¹ Expressão utilizada para designar o resultado da passagem de um modelo de elevada natalidade e elevada mortalidade para outro de baixa natalidade e baixa mortalidade.

extrema. Assim sendo, com recursos financeiros reduzidos e com falta de apoios das entidades competentes, o hospital é para muitas famílias a alternativa para os seus anseios. Aliada a esta problemática está uma sociedade que se quer cada vez mais elitista e individualista e muitas vezes, os direitos de zelar pelo próximo são relegados para um segundo plano, mesmo quando o próximo é mais velho e nos é, ainda, mais próximo.

O presente trabalho trata essencialmente de uma problemática que atinge todas as classes sociais quando se deparam com os seus familiares idosos dependentes. Uma situação que pode culminar com um desequilíbrio em toda a estrutura familiar, aliado na maior parte das vezes a uma necessidade de lhes prestar cuidados devido ao grau de dependência.

Dados obtidos na Direcção Regional de Estatística da Madeira indicam que o índice de envelhecimento em 2010 é de 75,4%, isto é, por cada 100 residentes com idade entre 0 e 14 anos, há 75 residentes com 65 anos ou mais. Este valor é indicativo do envelhecimento da população e da necessidade de analisar esta realidade no contexto regional para propor medidas.

Por outro lado os dados da tabela seguinte espelham que o índice de envelhecimento é diferenciado pelos concelhos, assim, apenas os concelhos de Câmara de Lobos, Santa Cruz, Porto Santo e Machico apresentam índice de envelhecimento inferior à média regional, isto é, nestes concelhos há um número superior de crianças e adolescentes (0-15 anos) do que idosos com 65 anos e mais.

Tabela 1. Número de residentes em 2010 por concelho e faixa etária e índice de envelhecimento

	TOTAL	0-14	65 +	15-24	25-64	65 +	Índice de envelhecimento
R. A. Madeira	247 568	42 686	32 188	32 728	139 966	32 188	75,4
Calheta	11 828	1 699	2 350	1 583	6 196	2 350	138,3
Câmara de Lobos	36 419	7 484	3 128	6 127	19 680	3 128	41,8
Funchal	98 543	15 784	12 941	11 827	57 991	12 941	82,0
Machico	20 823	3 329	2 317	2 810	12 367	2 317	69,6
Ponta do Sol	8 428	1 494	1 363	1 216	4 355	1 363	91,2
Porto Moniz	2 564	329	509	355	1 371	509	154,7
Ribeira Brava	12 546	2 315	1 802	1 697	6 732	1 802	77,8
Santa Cruz	37 837	7 747	4 479	4 809	20 802	4 479	57,8
Santana	8 119	970	1 638	978	4 533	1 638	168,9
São Vicente	6 074	770	1 151	800	3 353	1 151	149,5
Porto Santo	4 387	765	510	526	2 586	510	66,7

Fonte DREM, extraído 14/09/2011

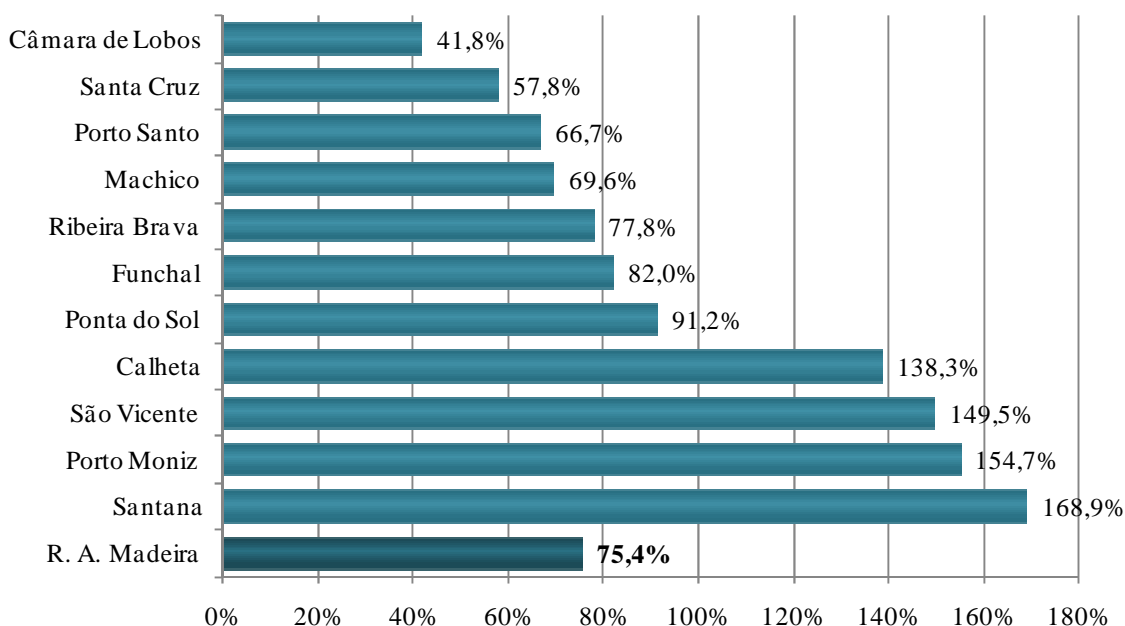


Gráfico 1. Índices de envelhecimento de 2010 por Concelho

Por outro lado, dados da mesma direção indicam que dos 247.568 residentes na RAM, 129.390 fazem parte da população ativa. Como existem 32.188 idosos e 27.558 residentes não ativos por cada 100 idosos há 85,6 (27.558/32.188) não ativos que poderiam constituir a rede de suporte social. Mas mesmo que essa rede fosse constituída existiria

uma sobrecarga, ou para a população ativa, ou para a população não ativa com menos de 25 anos ou a institucionalização dos idosos. Os hospitais são o primeiro recurso institucional a que esta população recorre.

Tabela 2. População residente segundo atividade e por faixa etária

	População ativa	População não ativa	População residente
R.A.Madeira	129.390	118.178	247.568
Dos 0 aos 14 anos		42.686	42.686
Dos 15 aos 24 anos	11.476	21.252	32.728
Dos 25 aos 64 anos	112.408	27.558	139.966
Com 65 e mais anos	5.506	26.682	32.188

Fonte: DREM, extraído 14/09/2011

Tenta-se fazer com que as pessoas mais velhas permaneçam nas suas habitações o maior tempo de vida possível, e com o máximo de autonomia, porém sabemos que com o passar dos anos aumenta a vulnerabilidade e fragilidade do indivíduo mais velho, havendo um conseqüente aumento de patologias crónicas, aliadas a um grau de dependência que culmina geralmente com um internamento hospitalar.

Não obstante ao mencionado, é necessário não descurar que um bom funcionamento da rede de suporte social/ família é crucial para que possamos obter uma prestação de cuidados de qualidade ao membro mais velho. Será que quanto maior for o grau de dependência do idoso, maiores serão as dificuldades na rede de suporte social/familiar? Em que sentido pode o défice cognitivo da pessoa idosa, sem dependência total, contribuir para esta problemática? O grau de dependência aliado à idade terá influência no internamento hospitalar da pessoa idosa?

Para tal, é necessário conhecer as dificuldades e necessidades desta população, para que possamos mais facilmente identificar se aquele idoso ou aquela família se encontra em risco de desequilíbrio e assim estabelecer mecanismos e programas de apoio que

satisfaçam essas necessidades. Para o efeito estruturamos a presente dissertação em três partes distintas:

Na primeira parte é feito o enquadramento teórico da temática, na qual consta a revisão de literatura a nível mundial e europeu. Para tal procedemos à análise dos seguintes temas: O envelhecimento, os aspetos demográficos e a realidade demográfica na RAM, o conceito de saúde e de doença e a relação entre a pessoa idosa, o hospital e a família no contexto do internamento hospitalar. Reportamo-nos, ainda, à questão da alta hospitalar, da dependência e das redes de suporte na dependência, bem como às dificuldades existentes na questão da reinserção do idoso hospitalizado. Identificadas algumas destas dificuldades, finalizaremos este capítulo com a questão da capacitação para a reinserção, o ato de cuidar, os cuidados e o cuidador e a rede de serviços e equipamentos. O referido quadro de referências permite perceber o fenómeno em estudo, representando o suporte teórico, de interpretação de dados e do objeto de estudo.

A segunda parte refere-se ao referencial metodológico adoptado, onde consta o tipo de estudo realizado, as variáveis de caracterização, a população, os instrumentos de colheita de dados e os aspetos éticos.

A terceira parte da dissertação reservada ao estudo empírico culminará com a apresentação, análise e discussão de resultados que se reporta à caracterização da população à análise individual de cada uma das variáveis dependentes e à análise correlacional.

Nas conclusões e sugestões teceremos, algumas considerações que possam incitar à reflexão sobre esta temática.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O Envelhecimento

O envelhecimento resulta de um processo de desenvolvimento no ciclo de vida que se inicia antes de um indivíduo nascer. É uma fase do ciclo vital sujeita a grandes transformações no plano físico, psíquico e social. Estas mudanças refletem-se no comportamento, como também na experiência subjetiva da pessoa que envelhece. Segundo Birren & Schroots citado por Paul este processo de envelhecimento apresenta três componentes distintas, mas que se encontram intrinsecamente ligadas. A componente biológica do envelhecimento/ ou senescência, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer (...); a componente social relativa “aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário” e a componente psicológica definida pela “ autorregulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento” Paúl (1997, pp.3-23).

Na verdade, o envelhecimento é um processo multifatorial, apesar de não existir nenhuma teoria que o fundamente satisfatoriamente, porém sabemos que este processo implica alterações a diversos níveis, que podem ser minimizadas ou maximizadas de acordo com o contexto em que o idoso se insere.

Sendo o envelhecimento um processo de transformações biológicas causado por um desgaste físico ao longo dos anos, onde de acordo com Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004, p.161) podemos falar de envelhecimento primário ou normal ou de envelhecimento secundário ou patológico, para estes autores, e passo a citar:

“ o primeiro indica o processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença, mas que acontece, inevitavelmente, com o passar do tempo. O segundo respeita aos factores que interferem no processo de envelhecimento normal, tais como o stress, traumatismo ou doença susceptíveis de acelerar o processo de envelhecimento primário”.

Todavia, nem sempre é fácil fazer a distinção entre estas duas classificações pois o aparecimento de certas doenças associadas a manifestações de um envelhecimento normal dificulta esta distinção. Na generalidade quando o envelhecimento fisiológico ocorre de forma abrupta reporta-se geralmente ao envelhecimento patológico e não ao envelhecimento normal, porém a um conjunto de alterações fisiológicas, ainda que resultante de um processo de envelhecimento normal, poderá corresponder a um risco acrescido de doença/ ou incapacidade.

O modelo teórico da psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida (lifespan psychology) defende que o desenvolvimento psicológico não cessa com a maturidade, antes, se estende /prolonga-se ao longo de todo o ciclo de vida. Assim, para Baltes (1987, p.23) a psicologia do desenvolvimento ao longo de toda a vida é definida como,

“o estudo da constância e da mudança que se manifestam na conduta humana ao longo da ontogenése, da concepção até a morte, elaborando princípios gerais sobre a natureza do desenvolvimento, sobre as diferenças

inter – individuais, sobre as semelhanças entre as pessoas e também sobre as condições que regem a plasticidade intra-individual”.

Segundo Baltes (1987) a perspectiva inter-individual do indivíduo é determinante para as possíveis direções de mudança do indivíduo ao longo da vida. Mas se a mudança pode ser multidirecional, ela é simultaneamente multidimensional, logo abrange diversas dimensões do funcionamento humano que cruzam o plano biológico, cognitivo, emocional e interpessoal que serão marcantes para a consolidação do desenvolvimento psicológico do indivíduo. Autores como Costa (2002, p.27) refere, e passo a citar que “envelhecer é um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável (...). Para a psicologia do ciclo de vida, o envelhecimento traduz-se num processo biopsicossocial complexo, caracterizado por um desenvolvimento ontogenético baseado numa organização comportamental de cariz multidimensional e multifuncional, na qual se realça os fatores contextuais. A cultura e a biologia constituem assim duas componentes fulcrais para compensar e superar as fragilidades e vulnerabilidades do tipo biológico que se vão acentuando com a idade. Assim para Baltes e Smith (2004, pp.1-3),

“(...) a diminuição da plasticidade biológica com a idade/ aumento de necessidade de cultura com a idade/ diminuição de eficácia da cultura com a idade é um quadro conceptual dinâmico que permite compreender as variações que o desenvolvimento humano apresenta”, ou seja embora saibamos que o avançar da idade corresponde a uma tendência crescente de vulnerabilidade e limitação, tal não significa que o processo de desenvolvimento humano não possa ser incrementado e otimizado.”

O impacto dos acontecimentos de vida no desenvolvimento humano depende muito das condições relacionadas com a especificidade das influências geradas pelo indivíduo e pelas características pessoais de cada um.

Uma vez que o envelhecimento, enquanto processo de desenvolvimento do ciclo de vida é plástico, individual e depende também de condicionantes exteriores ao próprio indivíduo, não se pode precisar, quando é que se passa de uma fase de vida adulta para a velhice, de modo que o que podemos dizer é que não existe apenas uma etapa para a velhice, mas sim várias velhices. Tantas quanto o número de indivíduos que existem e que inevitavelmente no mundo e na região, estão a envelhecer. Falamos então da idade, outro conceito que à primeira vista parece simples. Todavia a questão da idade não é consensual, uma vez que se pode falar de uma idade cronológica, que é aquela que o indivíduo apresenta a partir do momento em que nasceu, que não nos revela grande informação sobre as pessoas, mas que apenas nos informa sobre o período histórico no qual estão inseridas. Por outro lado, temos a idade biológica, a qual se reporta ao estado funcional dos órgãos e das funções vitais e ainda a idade social, que se relaciona com a manutenção dos papéis sociais na comunidade.

Aos olhos da sociedade em geral o envelhecimento é estigmatizado, geralmente associado a uma conotação negativa, onde socialmente o ser-se “velho” significa um conjunto de perdas, sentimentos de exclusão, vazio e falta de identidade de papéis “ (...) é a perda de vigor, saúde, capacidades funcionais, da esposa ou marido, filhos, amigos, é a perda de elos sociais, de emprego devido à aposentação ou doença, do papel na família, do lar (...)” (Santos, 2002). Por isso, é com naturalidade que se houve dizer que os primeiros crescem ou se desenvolvem à medida que os segundos envelhecem. Estas sensações de perdas estão relacionadas com uma série de fatores sociais, ambientais e culturais.

Não sendo só perdas que se observam nesta fase do ciclo de vida, mas também alguns ganhos, pois o envelhecimento tem períodos de crescimento, estabilidade e declínio, a sociedade não valoriza o idoso, pelo contrário, é subvalorizado.

Uma mudança impõe-se pois, por parte da sociedade, sobre o conceito e a imagem negativa que a mesma tem do processo de envelhecimento e da pessoa idosa. Uma imagem positiva de um ser humano, em alguns casos, ativo, saudável, participativo, com vontade de aprender. Mas, também se por um lado se impõe esta mudança, por outro é também necessário que a pessoa idosa consiga viver com as transformações e limitações que vão ocorrendo, quer a nível físico, psicológico ou social. O que se traduz na aceitação do estado em que o geronte se encontra. Esta questão poderá parecer um pouco fatalista, porém este processo é importante para que o idoso perceba que se trata apenas de encerrar um ciclo de vida que dará início a outro. Daí a importância da promoção do envelhecimento ativo. Tal como nos refere Heschel citado por (Schachter- Shalomi e Miller, 1996, p.4)

“ devemos iniciar a terceira idade da mesma maneira como entramos no último ano da faculdade: antecipando a realização (...) são anos de formação, ricos em possibilidades de desaprender as tolices de toda uma vida, perceber as nossas próprias ilusões, aprofundar a compreensão e a compaixão, ampliar o horizonte da fraqueza, refinar o sentido de justiça”,

Como forma de recontextualizar a sua vida, agora que entrou num novo ciclo da sua vida. Segundo o mesmo autor envelhecer pode ser um período de plenitude e de realizações, sendo que a pessoa aprenda a vivê-lo e a desfrutá-lo. Envelhecer é um privilégio. O privilégio de se estar vivo, com um novo desafio pela frente. Mas não chega

viver mais tempo, é também necessário que esse tempo seja de extrema qualidade e essencialmente que seja vivido com dignidade.

Face a tudo isto, é preciso conhecer o idoso, ancião, sénior, septuagenário, veterano, senescente ou geronte. O importante aqui não é o substantivo pelo qual o apelidamos, mas o que se pode fazer com ele, para ele e por ele. Reconhecer a pessoa como pessoa e tratá-lo como ele gosta de ser tratado. É compreender a simbologia que nos é transmitida através de um ser em crescimento contínuo, de um ser em relação universal e de um ser em necessidade.

2 – Aspetos demográficos do envelhecimento

Segundo a Organização das Nações Unidas [ONU] em 2007, aproximadamente 11% dos quase 7 bilhões de habitantes do planeta, tinham mais de 60 anos, no entanto, estima-se que, em 2050, esse número suba para 22%, de um total estimado de 9 bilhões de pessoas, pelo que “pela primeira vez na história o número de pessoas idosas superará o de crianças em 2050”.

De acordo com a OMS (2007), este envelhecimento da população decorre de vários factores:

a) O número médio de filhos por mulher era 1,5 filhos na União Europeia em 2006, enquanto o limiar de renovação das gerações é 2,1. A União Europeia prevê para 2030 uma taxa de 1,6;

b) O declínio da fecundidade (“baby crash”) seguiu-se ao “baby-boom” que está na origem da grande parte das pessoas entre os 45 e os 65 anos na população europeia, o que coloca alguns problemas em termos de financiamento das reformas;

c) A Esperança média de vida aumentou 8 anos entre 1960 e 2006 e poderá ainda aumentar 5 anos entre 2006 e 2050, fazendo assim aumentar a proporção de pessoas com idades de 80 e 90 anos, pessoas que estão frequentemente em situação de fragilidade;

d) A imigração (1,8 milhões de imigrantes com destino à União Europeia em 2004, 40 milhões em 2050) o que poderia compensar os efeitos da baixa fecundidade e do prolongamento do tempo de vida.

Estas tendências reduzirão ligeiramente a população total da União Europeia, que ficará igualmente muito mais idosa. O número de europeus em idade de trabalhar (dos 15 aos 64 anos) na União Europeia diminuirá 48 milhões entre 2006 e 2050 e a taxa de dependência deverá duplicar, atingindo 51%, em 2050.

De facto, “os idosos atingem já os 20% da população em vários países e tornam-se uma franja poderosa das sociedades democráticas e uma preocupação social dos estados” (Paúl e Fonseca, 2005, p.21)

A população portuguesa com 65 ou mais anos, mais que duplicou nos últimos 40 anos, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e de 16% em 2001. De acordo com as projecções demográficas mais recentes, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população. (INE, 2002) *Gerontologia Social I Mudança Social e Envelhecimento* 17

Segundo os últimos censos populacionais (INE, 2002) os idosos constituem 16.4% da população geral (1 702 120 pessoas), sendo a sua maioria do sexo feminino (59%). A esperança média de vida é atualmente de 79,4 anos para as mulheres e 72,4 anos para os homens.

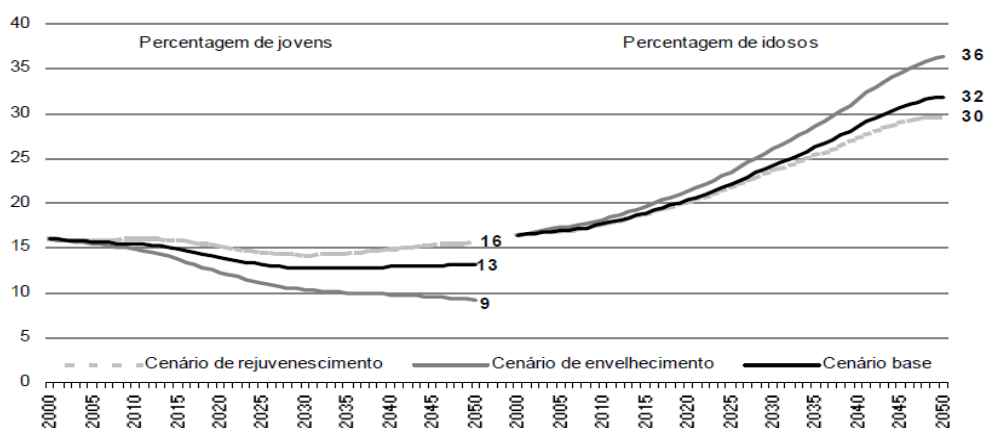


Gráfico 2. Projeções do crescimento da população idosa em Portugal

Fonte: INE, 2003

De acordo com o cenário mais plausível das projeções demográficas, em 2050, as mulheres podem esperar viver em média até aos 84,7 anos e os homens até aos 79 anos. (INE, 2001) Pode dizer-se que a esperança média de vida aumentou de forma quase exponencial desde o início do século, não existindo qualquer previsão de uma inversão desta tendência.

Também num estudo realizado a 01 de Outubro de 2009, pela Associação dos Amigos da Grande Idade, em Portugal, e segundo o quadro seguinte, prevê-se que em 2020, em cada 4 pessoas, 2 estarão em idade ativa e as outras 2, serão idosas. (INE, 2001)

Tabela 3. Evolução do número de pessoas com mais de 65 anos e 80 anos relativamente à população Activa

	2008	2020
População Total (nº de Pessoas)	10.617.000	11.265.000
Pessoas com + de 65 anos	1.847.358	3.480.885
Pessoas com + de 80 anos	445.914	1.441.920
Rácio entre População Activa (22-64 anos) e População Idosa (+ 65 anos)	25,9% Em cada 4 pessoas, 3 estão em idade activa e 1 pessoa é idosa.	54,8% Em cada 4 pessoas, 2 estarão em idade activa e 2 serão idosas.

Fonte: INE, 2001

Este crescente envelhecimento populacional produz consequências diretas sobre a estrutura social e económica do nosso país, obrigando à reflexão sobre questões com relevância crescente, ao nível das políticas sociais no âmbito dos idosos, nomeadamente, a

idade da reforma, os meios de subsistência dos idosos, a qualidade de vida e o financiamento das pensões.

Com uma esperança de vida mais alargada, importa que estes cidadãos vivam com autonomia e integrados na sociedade e na família, com o aproveitamento de todas as suas capacidades, com garantia dos meios de subsistência, apoios e cuidados de saúde necessários. Como afirma Maria José Carrilho (1993, p.76): “os idosos de hoje vivem mais tempo, mas é preciso que vivam com qualidade e sem exclusão social”.

2.1. Projeções da população residente na RAM – 2001-2050

As projeções da população residente na Região Autónoma da Madeira, no horizonte 2001-2050, revelam um *envelhecimento continuado da população, consequência do previsível aumento da esperança média de vida bem como da manutenção dos níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações* (INE, 2003).

Tabela 4. Esperança média de vida à nascença, segundo o género, em Portugal, na RAM e UE

Anos	1991		2001		2030*		2050*	
	H	M	H	M	H	M	H	M
RAM	67,29	76,82	68,53	77,50	76,52	82,74	78,76	84,52
PORTUGAL	70,57	77,6	73,89	80,37	77,49	83,46	78,97	84,69
UE	**	**	75,7	81,6	**	**	**	**

Fonte: Plano Gerontológico da RAM 2009-2013 (p.31)

Como se pode verificar na tabela 4, das projeções da população residente na RAM, em 2050 prevê-se a diminuição do número de jovens dos 0-14 e dos 15-24 anos e o acréscimo de 112,17% da população com 65 anos e mais, em comparação com 2001.

Tabela 5. Projeções da população residente na RAM até 2050

Grupo etário	2001	2010	2030	2050
0-14	46.901	42.402	34.609	30.333
15-24	38.860	31.994	25.567	50.591
25-64	125.672	140.649	136.458	108.717
65	33.578	35.074	52.404	71.242
Total	245.011	250.119	249.038	260.883

Fonte: Plano Gerontológico da RAM 2009 /2013

O aumento da população envelhecida acarreta consigo consequências ao nível económico, político e social. Uma realidade bem presente na RAM que pode ser observada na pirâmide etária que se segue.

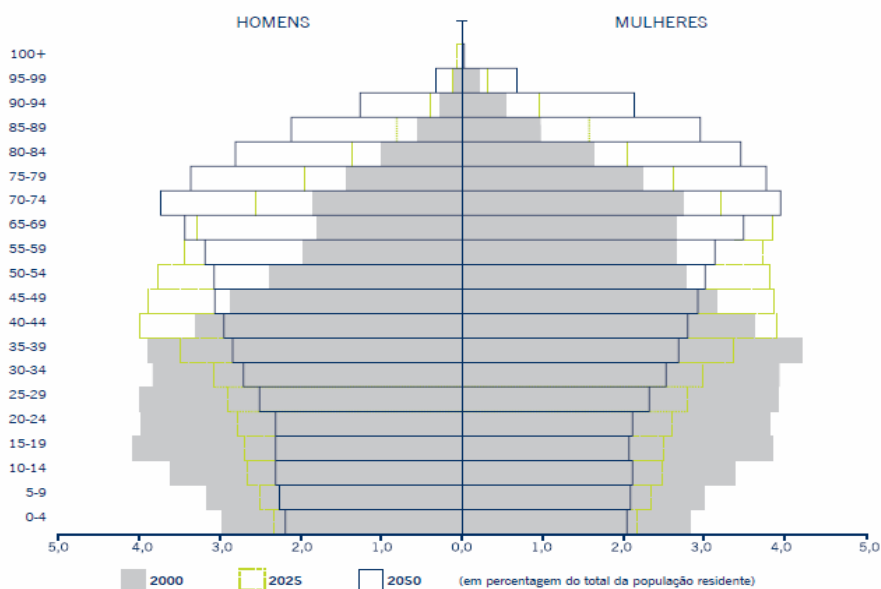


Gráfico 3. Pirâmide Etária da Região Autónoma da Madeira

Fonte: Plano Gerontológico da RAM 2009-2013 (p. 31)

As consequências do envelhecimento podem ser analisadas na pirâmide etária a dois níveis, a longo prazo pelo estreitamento da base da pirâmide que causará uma redução das gerações ativas futuras e um conjunto de problemas associados. A curto prazo pelo alargamento do topo a que se assiste atualmente e traduz uma maior longevidade da população, exigindo respostas sociais adequadas e urgentes.

3 – O idoso, a saúde e a doença

O ciclo de vida é composto por diversas fases correspondentes a momentos particulares de desenvolvimento. Sendo possível, por vezes, identificar as tarefas e os objetivos de vida em função do estágio de desenvolvimento, torna-se contudo impossível relacioná-las com uma definição de saúde. Para Ribeiro, citado por Cordeiro, a saúde inclui dimensões subjetivas, como sendo as que têm a ver com o bem-estar psicológico, e as objetivas como o bem-estar físico, em que se incluem as capacidades funcionais. Na pessoa idosa, mais valorizada do que a saúde é a capacidade de adaptação ou o potencial funcional como a autonomia, sendo esta uma aproximação aceitável de saúde. Assim sendo, a promoção da saúde na pessoa idosa será dirigida no sentido da melhoria ou de manutenção da autonomia e da independência.

Todavia, a realidade mostra-nos que a ausência de saúde e a incapacidade são mais frequentes com a idade, tal como refere Costa (1999, pp.18 -19):

“tradicionalmente, velhice e doença raramente andam de costas voltadas... os idosos apresentam-se como um grupo populacional grande consumidor de cuidados de saúde, pelas vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência, e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social, com raízes na matriz familiar actual”.

As principais causas de restrição de atividade nas pessoas idosas são essencialmente três: As doenças do aparelho osteoarticular, as doenças do aparelho circulatório e as perturbações de audição e de visão. No entanto com o processo de envelhecimento, outros sistemas poderão ser atingidos, contribuindo para o denominado envelhecimento secundário. De acordo com Fonseca, (2005, p.123), *“ a referência a problemas de saúde é uma constante, surgindo claramente no topo das preocupações dos*

idosos”. Um estudo realizado por Costa, evidenciou que 8,3% da população idosa apresenta grandes incapacidades, 12% precisa de ajuda para as actividades diárias e que dos indivíduos que declaram possuir incapacidade do tipo funcional 92,5% necessitava de ajuda quase diária. Contudo, como constatou este autor, a problemática da saúde das pessoas idosas não é fácil, uma vez que a informação para além de escassa deriva de estatísticas de utilização e de alguns inquéritos.

Em Portugal, e de acordo com dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1999 e que ainda hoje se mantêm, acerca da opinião que cada pessoa tem do seu estado de saúde, evidenciam que a perceção de “mau” ou “muito mau” aumenta com a idade nas pessoas idosas. Esta constatação é também referida por Costa (1999), onde refere serem os idosos, quer pela diminuição física, psíquica e social mais suscetíveis a processos de doença e morte, “ *à medida que a idade avança, a somatização aumenta*” (p.38). No entanto e apesar de ser idoso não ser sinónimo de ser doente, a evidência aponta para a morbilidade e mortalidade neste grupo etário ser mais elevada. Como é referido em Justo e tal, 34% dos doentes saídos da rede dos hospitais públicos eram idosos. A população com 65 ou mais anos passou assim a representar mais de metade do total de altas de mais de vinte dias a partir de 2000 (51,3%), apresentando em 2003, 52,8%. A mesma fonte refere ter sido a percentagem de reinternamentos de pessoas com 65 ou mais anos de idade, a representar metade dos reinternamentos entre 2000 e 2003.

Torna-se assim evidente, o impacto do envelhecimento na atividade hospitalar, com demoras na alta e elevadas taxas de reinternamento. Uma evidência, que é também uma realidade nos hospitais da RAM. Esta situação leva a que como refere Ermida (1999), a que os idosos se apresentem como os maiores consumidores de cuidados de saúde, quer a nível hospitalar, de que é alvo o presente estudo, quer a nível domiciliário, onde se constata um maior número de consultas, maior número de visitas domiciliárias, maior

consumo de medicamentos, maior ocupação de camas e maior duração média de internamentos. Deste modo e como nos refere Fonseca (2005, p.126), não sendo a saúde “*por si só condição de felicidade, a sua ausência provoca sofrimento (físico e psicológico) e quebra no bem – estar, através de interações complexas (directas e indirectas) com outros factores da qualidade de vida*” Refere ainda, que o facto de a situação de doença poder favorecer uma diminuição do poder económico, perda de autonomia, alterações nas atividades diárias, têm todas estas vicissitudes particular relevância no caso das pessoas idosas.

3.1. – O conceito de saúde e de doença

Ao longo da história da humanidade e da medicina em particular, constatamos todo um desenvolvimento no que se refere à saúde. Refere-nos (Reis, 1998 p.15) “*(...) uma história de construção de modificações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-respeito e pessoa-ambiente*”

Na antiguidade a saúde e a doença estavam ligados ao misticismo e aos demónios que possuíam a pessoa. Foi com Hipócrates que a medicina afastou-se deste misticismo, considerando este que as doenças aconteciam devido a causas naturais e não a magias ou demónios. Considerava que o bem-estar da pessoa era influenciado não só por um equilíbrio, como pelo ambiente onde esta se encontrava. O ambiente e o estilo de vida da pessoa podem influenciar a sua saúde. A medicina devia então fortalecer as forças naturais da pessoa através da dieta e da higiene. A saúde era então “*(...) a expressão de um equilíbrio harmonioso entre os humores corporais (...) eram constantemente renovados pela comida que é ingerida e digerida (...) a doença pode resultar de um desequilíbrio destes quatro humores, devido à influência de forças exteriores (...)*” (Reis, 1998, p.27).

A palavra “saúde” provém de dois vocábulos gregos *Hygieia* e *euexia* em que a primeira é “(...) *a fonte da palavra higiene(...) boa maneira de viver*” (Ribeiro, 2005 p.51) e a segunda de acordo com o mesmo autor significa “(...) *bons hábitos do corpo*”.

Além desta perspetiva ecológica da medicina, Hipócrates realçou também a importância da relação médico-doente: “ *Alguns pacientes, embora conscientes de que o seu estado de saúde é precário, recuperam devido simplesmente ao seu contentamento para com a humanidade*” (Reis, 1998 p.28).

Na terra de nascimento de Hipócrates, em particular na Escola de Cós, defendia-se uma medicina humanizada “(...) *que não reduzia o tratamento a um acto puramente técnico*” (Reis, 1998 p.28). O tratamento era centrado no paciente e no seu ambiente, devendo o primeiro ter um papel ativo. Um modelo que ficou e que se adoptou em vários serviços de saúde a nível mundial. Diferente perspetiva tinha a escola de Cnide, que defendia que a medicina centrava os seus estudos nas doenças propriamente ditas e não nas pessoas, orientando todos os seus esforços para o conhecimento dos processos de doença e na obtenção de um diagnóstico. (Reis, 1998). De acordo com o mesmo autor a estas duas perspetivas associaram-se dois modelos. À primeira o modelo holístico e à segunda o modelo biomédico.

Não obstante, o conceito de saúde tem sofrido alterações ao longo dos tempos, desde um modelo biomédico onde um agente patogénico específico se associa a uma doença específica (Ribeiro, 2005) passando por diversas revoluções na saúde. Uma primeira aquando da revolução industrial centrada na prevenção das doenças. Uma segunda revolução ocorre quando passamos a focar a atenção na promoção da saúde e não só nas doenças e uma terceira dá-se com a aproximação dos serviços de saúde à comunidade aliada a uma revolução tecnológica e à melhoria nos cuidados médicos. De

igual modo, (Reis, 1998) refere-nos que o avanço da medicina aumentava a esperança de vida, mas a melhoria das condições sociais alcançava este resultado com maior êxito e mais rapidamente. De acordo com o modelo biomédico, a saúde seria a ausência de doença. Ter saúde é sinónimo de não estar doente. Tal significa que tratar as doenças é criar saúde. Todavia não é esta a visão adoptada pela Organização Mundial de Saúde na sua definição de saúde, onde “ *a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente de doença ou enfermidade*” (Cfr. Reis, 1998 p.40).

A definição da Organização Mundial de Saúde, atualmente ainda aceite, define a saúde pela positiva, incluindo não só a dimensão física ou biológica das pessoas, mas também a mental e social. É um conceito onde a pessoa, o ser humano é algo mais do que as partes que o constituem. Aliás, ele é indissociável e indissolúvel sendo um ser holístico. Assim o tratar as doenças não é sinónimo de criar saúde, pois este criar saúde, de acordo com Dubos, citado por (Reis, 1998 p.41), “ *(...) exige uma visão do ser humano que transcende o conhecimento especializado da biologia ou de outra dimensão, pois terá de apreender a complexidade e globalidade do ser humano em relação com o seu ambiente*”.

Aprofundando um pouco o conceito da Organização Mundial de Saúde, podemos pensar que esta visão é um pouco utópica, uma vez que é impossível a uma pessoa atingir um estado completo de bem-estar ou de adaptação perfeita. Esta impossibilidade surge-nos a partir do momento em que somos confrontados com as mais diversas situações no nosso dia-a-dia e é-nos impossível antecipar aquelas que nos podem levar a um estado de menor adaptação ou mesmo de doença.

Pelo exposto, considero que devemos encarar a saúde como um processo de constante adaptação, onde as pessoas andam num *continuum* entre a saúde e a doença, estando umas vezes mais perto de um extremo do que do outro e cujo fim de completo

bem-estar físico, mental e social, nunca acontece. Existe contudo, toda uma sinergia para que se alcance esse fim.

A saúde poderia ser definida, então, como sendo um estado físico e mental relativamente liberto de dor e de desconforto, que permite à pessoa funcionar tão bem quanto possível e no maior período de tempo, no ambiente em que a casualidade ou a escolha a colocaram. Há que ter em conta uma dimensão física, psicológica e social – multidimensional, pois o conceito de saúde “(...) *não existe num vácuo cultural, político, histórico e social*” (Ribeiro, 2005 p.73).

Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde, acrescentou algo mais à sua definição de saúde, defendendo que, e passo a citar:

“(...) a saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é visto por um lado, de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades, e , por outro, de melhorar ou lidar com o meio envolvente (...) a saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma decisão da nossa qualidade de vida e não o objectivo de vida” (Cfr. Ribeiro, 2005 p.75).

Tal como o conceito de saúde é subjetivo, também assim o é o de doença. Apoiando-se no vocabulário inglês encontramos três termos ligados à nossa perceção de doença, *ilisease, illness, sickness*. O primeiro termo quer dizer essencialmente ter uma doença; o segundo significa sentir-se doente e o terceiro termo, comportar-se como doente. De forma semelhante, o indivíduo apesar de se sentir doente, pode não ter doença. Já o comportar-se como doente é uma identidade social para aquelas pessoas rotuladas como não saudáveis. No nosso vocabulário, tal distinção não existe. A doença é sempre doença.

Apraz-nos então dizer que a saúde e a doença têm, nalguns casos, a ver com:

“(...) as percepções ou significados das pessoas sobre o seu estado (...) por isso, aquilo que é normal é definido por critérios subjectivos ou idiossincráticos e mesmo culturais. De facto, muitas vezes, o doente é quem determina o significado normal ou anormal desse estado de saúde, independentemente das condições médicas” (Cfr. Reis, 1998 p.47).

Constatamos assim, que para avaliar a saúde devemos ter em mente um modelo multidimensional, no qual deverá figurar o domínio físico, mental e social, quer a nível do bem-estar do indivíduo, quer ao nível da funcionalidade deste. Daí a importância de componentes de saúde como a função física, o desempenho físico, a dor corporal, a função social, o desempenho emocional, a saúde mental, a vitalidade e a saúde de uma maneira geral.

4. A pessoa idosa, o hospital e a família

4.1 O internamento hospitalar

Após termos abordado o conceito de saúde e de doença é-nos mais fácil compreender o processo que ocasiona o internamento ou a hospitalização sistemática da pessoa idosa. Devido ao carácter agudo de algumas doenças e aos diferentes processos inerentes ao envelhecimento, constatamos que torna-se necessário, muitas vezes a hospitalização da pessoa idosa, *“assim que as incapacidades físicas e psicológicas da pessoa idosa aumentam, e as capacidades do meio diminuem, torna-se necessário encarar a hipótese de internamento numa instituição”*. Os idosos hospitalizados possuem elevados níveis de incapacidade, sendo que o seu internamento resulta normalmente de uma doença aguda.

Carapinheiro (1998,p.123),

“refere ser o processo de admissão de um doente num hospital, entendido como um conjunto de procedimentos que reduzem a pessoa a mais um doente, onde lhe são retirados o seu espólio pessoal, lhe é atribuída uma cama, ficando confinado aquele espaço, e submetido às regras e aos regulamentos da instituição, esperando pelas decisões dos vários profissionais de saúde. O meio hospitalar representa assim um local estranho, onde “as pessoas são desconhecidas, comportam-se de forma pouco usual, usam uma linguagem misteriosa e imperceptível”.

Porém, apesar de constatarmos que quanto maior for a incapacidade do idoso, maior será a propensão para o internamento hospitalar, a realidade é que dependendo da política de saúde e dos objetivos que a instituição hospitalar se propõe alcançar, o número de camas é propositadamente limitado. A exemplificar esta política, observemos o gráfico seguinte relativamente ao número de camas em internamento nos hospitais da RAM.

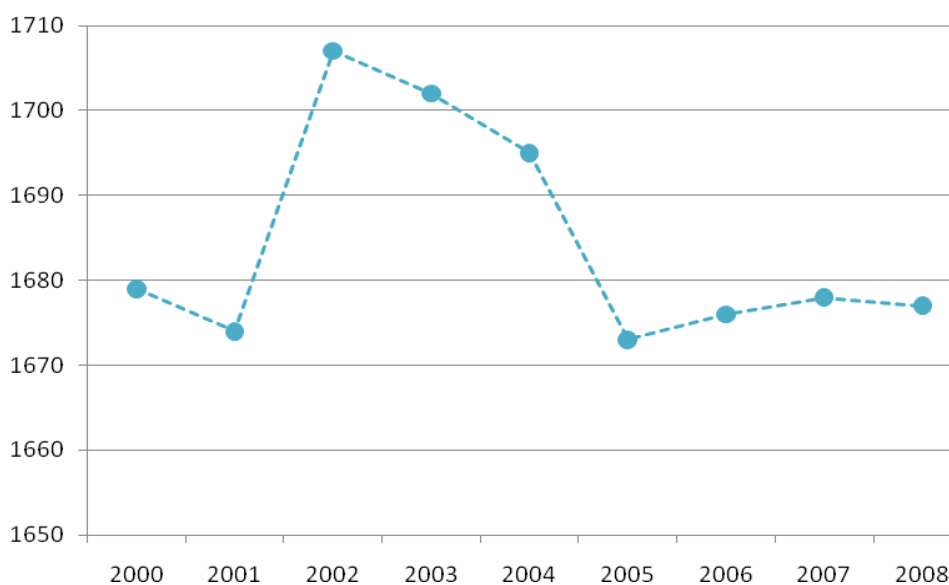


Gráfico 4. Evolução do número de camas(Lotação oficial) de internamento em hospitais na RAM

Não obstante à realidade regional, a hospitalização, para além de implicar preocupações relativas à doença, implica também uma mudança de ambiente, uma rutura dos hábitos da pessoa idosa, uma mudança brusca no seu ritmo de vida, num período em que a adaptação a situações novas se encontra diminuída. Alguns traços estruturais hospitalares apresentados por Costa, nomeadamente o isolamento dos doentes relativamente ao mundo que os rodeia, agrupamento de doentes com pouca privacidade, cumprimento de normas, apreciação de comportamentos estereotipados com um referencial essencialmente centrado na doença.

As pessoas idosas, devido à maior dificuldade de adaptação a novas situações, tornam-se particularmente vulneráveis, representando a hospitalização uma situação de ameaça e um desafio, dependendo da sua capacidade de adaptação, das experiências vividas em outros internamentos, se os houve, e das representações que possuem de saúde e de doença, como já anteriormente foi referido. Todavia, o internamento da pessoa idosa acarreta complicações que resultam habitualmente do declínio funcional, resultante da interação entre os efeitos do envelhecimento e os fatores associados ao internamento, de que é alvo este estudo, e raras vezes, devido à causa que ditou a sua admissão no hospital.

Costa, salienta como principais consequências da hospitalização do idoso: A diminuição da força muscular, contribuindo a imobilidade a que está sujeito, a maior parte das vezes, durante a sua estadia no hospital, sendo a perda de força muscular uma das principais causas das quedas. A diminuição da perceção da sede aumenta a probabilidade de desidratação e o aparecimento de estados de confusão. A dificuldade de se alimentar de forma independente, a ausência de próteses e dietas pouco apetecíveis contribuem para a anorexia e má nutrição do doente, havendo necessidade por vezes de colocação de sondas nasogástricas. A incontinência urinária é um problema que chega a atingir metade das pessoas idosas internadas, muitas das quais não são incontinentes antes do internamento

mas que passam a sê-lo, contribuindo para tal, o desconhecimento da localização da casa de banho, ambiente estranho, sedação que interfere com a disfunção urinária, recorrendo-se muitas vezes à algáliação. A formação de úlceras de pressão é um dos maiores problemas da hospitalização, resultante da pressão direta sobre a pele durante um período que pode ser de apenas duas horas, agravado pela má nutrição e incontinência urinária ou fecal. Os estados confusionais são frequentes devido ao ambiente estranho, à diminuição das funções sensoriais agravadas pela ausência de próteses auditivas ou óculos, muitas vezes deixados em casa ou retirados no hospital, o stress provocado pelo próprio internamento, a ausência de relógio ou calendário. A iatrogenia que ocorre numa frequência de 45% nas pessoas idosas hospitalizadas, sendo as situações mais frequentes as úlceras de pressão, as quedas, as infecções nosocomiais e a múltipla medicação.

Melão, (1999) identifica ainda outros problemas decorrentes da problemática da hospitalização, como sejam consequências médicas (a imobilização, a infeção, a desnutrição e a cronicidade), consequências psicológicas (Auto-imagem negativa, a dependência, a desorientação, a agressividade ou a submissão, a depressão e o sentimento de morte iminente), e as consequências sociais (perda de autonomia, dificuldade de comunicação, perda de referências materiais e pessoais, dificuldades de reinserção familiar, dificuldades de recolocação e custos económicos). Citando o mesmo autor “ *O idosos sente que a doença lhe traz dependência, sentindo-se incompetente, então, delega toda a responsabilidade em familiares ou profissionais, colocando-se, como total dependente*” (p.124).

Também Cabete, (1998), no seu estudo acerca do impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas, concluiu que existe um impacto negativo do internamento hospitalar nas pessoas idosas e que este quando prolongado para além de uma semana têm influência negativa a nível funcional e

psicológico, ou seja, os idosos têm alta hospitalar em piores condições funcionais e psicológicas do que quando entram no Hospital. O que pressupõe que necessitem de um maior apoio para a realização das suas atividades de vida diária (AVDS) após a alta. Porém, este apoio carece normalmente de uma resposta por parte dos profissionais de saúde que enfatizando os aspetos mais técnicos e encontrando-se inseridos numa cultura hospitalar que favorece segundo Cabete (1998, p.45)

“o isolamento dos doentes em relação ao mundo que os rodeia, a promiscuidade na organização do agrupamento dos doentes, o cumprimento de regulamentos que programam o seu quotidiano, bem como a apreciação dos doentes a partir da referencia única a uma ideologia centrada na doença”.

Esta envolvência apresenta alguns riscos que segundo (Fernandes, 2000 p.23) pode ocasionar, despersonalização, vida monótona, falta de liberdade, desinserção familiar, perda de interesse, comportamento automático e dependência excessiva. Citando o mesmo autor,

“ tudo o que é preciso que o hospital faça é diagnosticar a doença do corpo físico, tratá-la, curá-la. A doença do corpo vivido fica à margem, é esquecida, ignorada, desvalorizada, como se tudo se resumisse a uma disfunção de um órgão, a um desequilíbrio funcional. Não se quer saber a história de cada um, a forma como convive com o seu problema de saúde, o que o preocupa, quais os seus recursos interiores”

Sendo os enfermeiros os principais prestadores de cuidados à população idosa hospitalizada, estes encontram muitas vezes barreiras e obstáculos no relacionamento com o idoso. Um relacionamento, por vezes difícil, influenciado pelas dificuldades sensoriais,

pelos obstáculos à comunicação, gerações diferentes com crenças e valores de saúde diferentes e diferenças de estatuto sócio- económico. Um cenário instituído e bastante enraizado na estrutura hospitalar que poderá dar lugar a algumas atitudes negativas como as referenciadas por um estudo realizado por Cabete (1998), assentes na infantilização, na terminologia utilizada, na intimidação e na imposição de cuidados. O estudo deste autor revela-nos também que os enfermeiros têm um papel preponderante, uma vez que são estes que mais facilmente percecionam os cuidados mais valorizados pelos idosos, cuidados esses que se relacionam com a relação de ajuda, de carinho, de comunicação e de respeito. No entanto, paradoxalmente ao efetuarem com maior frequência os cuidados que se encontram associados a uma vertente física, como o vestir, o despir, a alimentação e a higiene, ou seja de âmbito rotineiro, embora normalizados, mais institucionalizados, mas simultaneamente mais despersonalizados assiste-se a um conflito entre aquilo que o hospital realmente oferece e aquilo que as pessoas julgam que ele oferece. Citando Almeida, (1999, p.43)

“ E é precisamente este conflito entre aquilo que o hospital realmente oferece e aquilo que as pessoas julgam que ele oferece, ou deveria oferecer, que parece estar na origem dos problemas humanos que se levantam nas relações entre os doentes e o pessoal hospitalar”

No âmbito da sua experiência profissional com os idosos, o mesmo autor refere-nos que pelo facto da pessoa idosa manifestar sentimentos de grande vulnerabilidade e marginalidade, com necessidades de afeto e interesse pelo bem-estar e compreensão o seu acompanhamento deverá ser *“personalizado e fundamentado num conhecimento pessoal do doente em causa”*(p.56).

É de salientar que esta situação de cuidados inadequados às necessidades dos idosos, encontrava-se identificada no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, embora ainda se mantenha em 2011. No referido plano é referido não se efetuar a nível de cuidados de saúde primários um rastreio adequado sobre fatores de fragilidade dos idosos. Constatando-se a todos os níveis que os cuidados de saúde ainda não estão suficientemente organizados para prestarem uma resposta efetiva à população envelhecida. É neste âmbito que surge a gerontologia, entre outras áreas de especialização como área específica de formação, uma vez que observa-se uma insuficiência na prestação de cuidados aos idosos, dificuldades de acesso aos serviços de saúde com internamentos evitáveis, ou em locais não apropriados, bem como de uma insuficiente articulação entre os diversos setores que prestam cuidados a idosos. Esta situação realça a necessidade da formação nesta área, como forma de prestar melhores cuidados e um melhor serviço a esta população envelhecida.

Em Portugal, e na Ilha da Madeira a realidade não é muito diferente, o principal cuidador da pessoa idosa é a família, e a hospitalização representa para esta, altos níveis de ansiedade. Aquando do processo de internamento do idoso, a família tem de renunciar ao seu papel de cuidador, sendo desencorajada de participar nos cuidados a prestar ao seu familiar, apresentando-se como a face oculta da prestação de cuidados naquele período. Daí que a família, acompanhe a hospitalização da pessoa idosa com alguma expectativa e ambivalência por um lado e o desejo e o receio da alta que se justificam pela apreensão em dar ao familiar idoso a assistência de que necessita, principalmente nos casos de uma maior dependência física. De acordo com Cabete, (2005), a alta hospitalar pode ter um impacto negativo na família, uma vez que a situação clínica de pessoa foi alterada, podendo ser considerada complexa ou com uma previsão de exigência de cuidados para os quais não está preparada psicologicamente e estruturalmente. Por outro lado, e segundo

(Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004) existe a tendência para os profissionais assumirem uma visão estereotipada dos mesmos, na medida em que existem familiares demasiado envolvidos, na qual a ligação ao doente dificulta um bom exercício profissional, e por outro os familiares negligentes que não efetuarão uma adequada continuidade de cuidados. Nesta dicotomia será importante encontrar um balanço na reorganização familiar, de modo que não prejudique,

“gravemente as condições de aprendizagem do novo e diferente equilíbrio entre autonomia e dependência (...) procura-se deste modo, o equilíbrio entre a capacidade de autonomia e a necessidade de apoio, que não se deve deixar resvalar nem para situações abandonicas nem de superprotecção precoce” (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, (2004, pp. 219 - 224).

As dificuldades de readaptação recíproca, podem ser minimizadas, se houver um maior envolvimento dos familiares na prestação de cuidados à pessoa idosa, contribuindo simultaneamente para que esta mantenha o seu lugar na família, incentivando assim os familiares a expressarem as suas preocupações e capacitando-os para uma adequada continuidade de cuidados aquando da alta hospitalar, tal como nos refere (Cabete, 2005, p.26) *“ a família desempenha um papel fundamental na adaptação do doente ao hospital”*, porém para que tal seja possível é necessário que os profissionais de saúde conheçam a individualidade de cada estrutura familiar, a sua dinâmica e estejam capacitados para responderem às suas expetativas e necessidades.

Para que esta situação se torne uma realidade efetiva, cada intervenção do profissional de saúde, pressupõe um diagnóstico da situação familiar, dos recursos e das suas incapacidades, delineando cuidados adequados face a cada situação, de forma a

satisfazer as necessidades do idoso e da família. Pretende-se assim fomentar o compromisso entre duas estruturas: Formal (Hospitalar) e Informal (Familiar) em benefício da reabilitação do idoso, contribuindo deste forma para uma evolução clínica positiva no processo de internamento. No entanto, convém ter presente que tal como nos refere (Relvas, 1982 p.219) a “*dependência relacionada com a inversão das funções filiais/parental é sempre esperada e anunciada, mas também sempre surpreendente*”.

4.2 A alta hospitalar

Na sequência, do contexto familiar e de um quadro clínico de dependência podemos modificar o desempenho familiar para níveis de funcionalidade que permitam fazer face às situações de crise de uma forma positiva e informada, adaptando a família ao acontecimento inesperado e causador de alterações na dinâmica do seio familiar, preparando a alta e a continuidade dos cuidados, e tendo em conta dificuldades de adaptação, pois como refere (Rodrigues, 1999 p.52) “*a renovação dos laços com o lar pode ser para o doente tão difícil como fora a quebra desses mesmos laços ao dar entrada no hospital*”. Mas, inerente a uma “*entrada*” (admissão) numa unidade hospitalar está subjacente uma “*saída*” (alta). Entende-se por alta hospitalar a condição que permite a saída do utente do hospital. A alta hospitalar é um processo que se inicia na admissão do utente, sendo um planeamento antecipatório das possíveis alterações na prestação de cuidados aos utentes passando pelas várias fases de cuidados. De acordo com a mesma autora, este processo que envolve o doente, deverá envolver também a família ou outras pessoas que sejam representativas para o doente e pautar por uma abordagem multidisciplinar. Assim sendo, todos os grupos profissionais (fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, gerontólogos) deverão estar envolvidos nas avaliações e orientações nos cuidados que a pessoa idosa necessita para prescrição da alta hospitalar.

Para Hesbeen, (2000) a preparação da alta deve começar logo após a admissão, devendo o enfermeiro fazer um levantamento de todas as necessidades reais e potenciais, assim como a recolha de informação sobre os recursos existentes de forma a poder planificar a alta de forma estruturada. Após a recolha da informação, procede-se à sua análise e interpretação de modo a poder planear com eficácia os cuidados a prestar de modo a satisfazer as necessidades do doente e da família. O plano da alta deve proporcionar, pelo menos, ao doente e à sua família, indicações para um auto-cuidado adequado, identificação dos recursos familiares e comunitários, conhecimentos dos procedimentos a efetuar em caso de emergência, conhecimentos de cuidados de acompanhamento e ensino específico à família de acordo com as necessidades do geronte.

No internamento, o enfermeiro, deverá recolher dados, actualizando-os de acordo com a evolução da situação do doente. A programação da alta deve, apesar de flexível, ser protocolada, obedecendo a determinados procedimentos, nomeadamente: Diálogo com a família nas primeiras 48 horas, contato com a equipa dos cuidados de saúde primários, comunicação com a família durante as visitas hospitalares, apoio à família, incentivando-a a cuidar do doente, permitindo a sua presença na hora da prestação de cuidados e a participação nos mesmos, programar antecipadamente a alta em conjunto com o doente e a família, reunir com a família antes da alta acontecer, a fim de confirmar os recursos disponíveis e assegurar que tem toda a informação necessária e encontra-se preparada para cuidar do seu familiar no domicílio. Consegue-se com isto atingir alguns objetivos do planeamento da alta que consistem na identificação precoce das necessidades de cuidados para depois da alta, de forma a rentabilizar os recursos existentes, minimizando os riscos de reinternamentos ou de complicações, desenvolvendo em parceria com a família, planos de cuidados apropriados, evitando situações de prolongamento do internamento, que

posteriormente poderão dar lugar a uma situação de “alta problemática”, e informando e orientando doente e família para os recursos disponíveis na comunidade.

Apesar de reconhecer a importância destes procedimentos para uma melhor qualidade de vida do doente “geronte” e da sua família, verifica-se que nem sempre este planeamento acontece, como refere (Sapeta, 1997, pp.28-31) “o protelamento sucessivo das altas hospitalares, protagonizado por familiares (...) constitui o primeiro sinal de alerta” no estudo que efetuou. (Nogueira, 2003) acrescenta que a família durante o internamento é muitas vezes esquecida e os enfermeiros esquecem-se do seu papel de educadores. A família dentro do hospital é vista como uma visita, sendo ignorado o seu papel de cuidadora. Também a este respeito Sapeta refere que raramente a família é tida em conta no processo de cuidar, reduzindo-se desta forma as condições ideais para uma prestação de cuidados adequados ao doente.

A relação com a família encontra-se longe de ser uma relação pedagógica, delimitando o ensino aos aspetos técnicos/científicos do cuidar. (Moreira, 2001) concluiu que a alta do doente é traduzida num momento e não num processo que tem como objetivo a capacitação da família para o cuidar, como adiante veremos. Com a permanência dos familiares, mais tempo no hospital, uma vez que com os atuais sistemas de visitas o horário foi alargado, tornou-se possível aos familiares e pessoas de relações próximas estarem mais junto do doente, criando-se condições e oportunidades para a formação e a informação, pois como nos refere Hesbeen, (2003, p.73) “*o próprio fundamento do processo de cuidados assenta em duas palavras: um encontro e um acompanhamento*”. Este autor alude ainda para a importância em satisfazer as necessidades da família com “*ações educativas, entrevistas de orientação e familiarização com os aspectos com que se irão, mais tarde, confrontar*” (Hesbeen, 2003 p.65).

Raras são as vezes em que os profissionais de saúde não tendam para estabelecer como prioridade o conhecimento patológico dos doentes em detrimento da sua história de vida e da preparação para a alta. Num estudo sobre a família face ao doente terminal hospitalizado, Sapeta, (1997), numa visão que ainda se mantém atual, constatou, o temor, a agressividade provocada pela palavra alta e as reacções inesperadas, mercê das necessidades essenciais para as famílias cuidarem do seu ente. Necessidades e dificuldades, defende a autora que poderiam ser minimizadas com um acompanhamento sistemático durante o internamento, diminuindo-se custos com a institucionalização em lares, reinternamentos desnecessários, que são demasiados onerosos para o Estado e alteração da estrutura familiar, na medida em que para uma efetiva prestação de cuidados ao idoso estaria em causa a atividade profissional. Sapeta, jamais imaginaria que a sua visão ganharia tamanha consistência numa altura que o País atravessa graves problemas de natureza económico-financeira, as estruturas familiares encontram-se alteradas e a procura ou a tensão por manter a atividade profissional aumenta. Fatores que interferem diretamente com a alta hospitalar e que podem ter consequência no processo de reinserção do idoso hospitalizado.

4.3 A dependência e a família

De acordo com Paixão e Reichenhein (2005), como consequência do envelhecimento da população irão aumentar as situações incapacitantes e geradoras de dependência, bem como a prevalência geral de doenças crónicas. Para (Charazac, 2004 p.59) “ *a dependência não é específica de nenhuma patologia, mas condiciona o desenvolvimento e o declínio de todo o indivíduo*”.

O conceito de dependência evoluiu ao longo dos tempos, desde uma primeira fase, onde era utilizada para qualificar as consequências do envelhecimento e das doenças

degenerativas que acometiam os adultos e os mais velhos, até aos tempos atuais, onde o termo surge associado à desvantagem. A expressão “*pessoa com dependência*” é definida de acordo com o Grupo Multidisciplinar do Conselho da Europa, citado por (Amaral e Vicente 2001, p.9) como “*a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidade de uma ajuda importante, a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das actividades de vida diária*”.

Já Dherbey, citado por (Veríssimo 2004, p.23) vê o conceito de dependência como “*(...) uma função que varia ao longo da vida, implicando reajustamentos criados pelo próprio indivíduo*”. Entenda-se por função a capacidade da pessoa em se adaptar aos problemas do dia-a-dia “*(...) incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social*” tal como nos refere (Caldas, 2003, p.775).

Salienta-se, desta forma a pertinência de uma correta definição do termo dependência, para que se possa estabelecer os seus graus, onde serão inseridos os indivíduos. O grau de dependência determina os tipos de cuidados que serão necessários prestar e até que ponto a pessoa em causa, neste caso o idoso, poderá participar na sociedade em que se integra. Assim, tendo em consideração a dependência definida como a diminuição da capacidade que a pessoa idosa tem em adaptar-se à situações que lhes aparecem, avaliada em função da capacidade de execução de actividades básicas e instrumentais diárias de acordo com uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia física, psicológica, intelectual e social, podemos obter os seguintes graus de dependência: leve, moderada, severa e total, ou pelo contrário, totalmente independente.

Contudo, as pessoas não são sempre independentes ou dependentes. Ao longo do percurso de vida, movem-se num continuum independência/dependência, sendo em

algumas alturas, mais dependentes do que noutras. O internamento hospitalar representa precisamente um desses momentos do ciclo de vida, com maior enfoque na população idosa e surge geralmente associado ao conceito de fragilidade.

O Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas da DGS (2004, p. 13) refere-se às pessoas idosas “frágeis” como aquelas,

*“(...) com alto risco de descompensação com o aparecimento de uma nova patologia. Os critérios de fragilidade foram descritos por Winograd e são predicativos de **hospitalização prolongada**, de mortalidade, de institucionalização e de perda de função após uma hospitalização. Compreendem nomeadamente: a idade de 65 e mais anos, doença crónica ou invalidante, **confusão**, depressão, demência, perturbação da mobilidade, **dependência** para a realização das actividades de vida diária, queda nos últimos três meses, acamamento prolongado, escaras, desnutrição, perda de peso ou de apetite, polimedicação, deficits sensoriais de visão e audição, **problemas sócio-económicos e familiares**, utilização de contenções, **incontinência e hospitalização não programada nos últimos três meses**”*

Na verdade, todos nós caminhamos num continuum entre a independência e a dependência, sendo que os mais velhos tendem a dirigir-se para o extremo associado à dependência, como nos refere Botelho (2000, p.19) *“(...) surge a vulnerabilidade para o aparecimento de doenças que geralmente estão relacionadas com o avanço da idade”*. Do mesmo modo que, quando os mais velhos se deparam com alguma situação incapacitante, dificilmente voltam a atingir o estado de independência que detinham.

Em paralelo, com o avançar da idade surgem as doenças crónicas. Assim sendo, e de acordo com o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas da DGS (2004, p.9) e passo a citar:

“(...) no que se refere à doença de Parkinson, a sua prevalência aumenta de 0.6% aos 65 anos, para 3.5% aos 85 e mais anos (...) a prevalência da demência aumenta, de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos de idade (...) a prevalência de acidente vascular cerebral aumenta com a idade, de 3% aos 65 anos para 30% aos 85 e mais anos (...)”

O que significa que na origem destas patologias o grau de dependência que varia de acordo com diversos fatores provocará consequências quer para o próprio idoso quer para a família e sociedade em geral. Citando Imaginário (2004, p. 49) *“a grande dependência é tanto maior quanto mais elevado for o grupo etário, sendo o sexo feminino mais dependente que o masculino”*. Terá esta afirmação relevo no presente estudo? Toda esta multiplicidade de patologias crónicas, bem como das alterações nas estruturas familiares, as dificuldades económicas, o isolamento, o luto, entre outras que ocorrem com maior frequência na população idosa *“condicionam a sua saúde, a sua autonomia e independência e qualidade de vida”* DGS (2004, p. 10). Uma situação que transporta para a família do idoso o peso da responsabilidade e a decisão de ser cuidadora.

Para Borges (2004) é na família que se dá a aprendizagem dos afectos, a construção de identidades e vínculos relacionais entre os seus membros, capazes de promover uma melhor qualidade de vida entre eles e uma integração social efectiva na comunidade e na sociedade em que vivem. Porém, este quadro de afectos altera-se num quadro clínico de doença ou dependência. No entanto, é na família que recaem as necessidades físicas e psicológicas dos seus membros. Refere-nos Imaginário (2004) que é a unidade básica de

atenção à saúde, ou seja o primeiro nível de atenção à doença e à dependência. Vários estudos assim o comprovam. Richards e Lilly (2005, pp.351-352) refere-nos que,

“a família(...) presta 80% a 90% dos cuidados aos seus membros idosos, incluindo cuidados médicos e de enfermagem, serviços pessoais, como transporte, a ajuda em tarefas domésticas e fazer compras (...) a família responde a emergências, presta cuidados agudos e assistência, inicia e mantém laços com o sistema de cuidados formais, quando necessário (...) além disso, quanto mais frágil se torna o membro idoso, maior a responsabilidade da família pelos cuidados”.

Também Paúl (1997) fazendo referência a Silverstone diz que 80% dos cuidados prestados a idosos com dependência são assumidos pelos seus familiares. Para Martin (2005, p.180), *“(...) existe a percepção de que o cuidado constitui um dever ou uma obrigação moral(...)”*. No caso português, Pimentel (2005, p.27) fundamenta esta relação de prestação de cuidados familiares pela existência de laços de solidariedade muito fortes na sociedade portuguesa

“(...) a pressão social, muitas vezes, como garante da prossecução de determinados tipos de ajuda, em particular quando estas implicam alterações na organização e no equilíbrio familiar e envolvem um esforço significativo em termos materiais, de trabalho e de disponibilidade de tempo”.

Para o idoso também é importante ter o apoio da família, pois é nela que o membro mais velho realiza as relações afetivas e significativas, esperança, segurança e o apoio necessário para viver a sua velhice com a maior autonomia possível, referem-nos Silva, Bessa e Cardoso de Oliveira (2004). Actualmente, estamos perante uma família relacional que investe mais nas relações de qualidade entre os seus membros e menos no património

ou no ambiente exterior à sua própria família. Uma família individualista, centrada em si própria, rompendo de certa forma com os restantes parentes e com a vizinhança. Uma família com menor horizonte intergeracional. É a família que assegura a solidariedade intergeracional de cuidar uns dos outros. “ *o que se verifica é que os membros da família (...) parecem tecer entre si uma teia de direitos e deveres, ora exercida por obrigação, ora exercida por amor e altruísmo que faz da família uma instituição impar*” , Leandro (2001, p.290).

No entanto, as situações de dependência de um idoso geram uma situação de crise na família, caracterizada geralmente por um desequilíbrio na sua estrutura. Por seu lado quando o familiar não possui recursos suficientes e se vê confrontado com a sua situação, a crise tende a agravar-se devido a um desequilíbrio entre os recursos que este possui e a própria situação de dependência ou de cuidar do membro idoso dependente.

Importa, pois saber que tipo de suporte poderá ter na dependência, quer o idoso dependente, quer o familiar.

4.3.1 As redes de suporte na dependência

Quando o idoso se encontra incapacitado, não sendo autosuficiente para prover todas as suas necessidades, quer por processos de doença aguda ou crónica, quer por limitações funcionais decorrentes do processo de envelhecimento faz-se necessário o recurso a uma rede de suporte.

Em Portugal, continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos, ou amigos e as redes formais de proteção social. Ambas poderão funcionar como catalisadoras para a reinserção.

Estas redes de apoio, revestem-se de uma importância acrescida para os idosos, na medida em que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigações recíprocas, leva o indivíduo a escapar ao isolamento e ao anonimato.

Constata-se então que existem duas modalidades diferentes de cuidar ou prestar cuidados ao idoso: A informal, em que uma pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como a amizade, sem esperar contrapartidas pecuniárias e a formal, em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, na relação profissional e qualificada que estabelece com o utente/cliente, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária pelo exercício das suas funções.

Diversos estudos indicam que é na rede informal que se encontram os principais cuidadores da pessoa idosa. Concomitantemente, o papel de cuidar é atribuído tradicionalmente às famílias. A família constitui assim o veículo privilegiado da rede de apoio informal, que de uma forma geral se divide em dois grandes grupos: um constituído pelos familiares do próprio idoso e outro constituído pelos amigos e vizinhos. *“o papel das redes familiares é conhecido e nele assentou sempre, o apoio necessário aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível”* Veríssimo (2004, p.93).

Também, as redes sociais de apoio constituídas pelos amigos e vizinhos parecem desempenhar um papel crucial de apoio ao idoso, quer pela vertente emocional, mas também a nível instrumental, uma vez que na ausência de apoio familiar estas representam uma importante rede de suporte ao idoso. Citando, Veríssimo (2004, p.108) *“ Quer os*

amigos, quer os vizinhos fornecem importantes tipo de apoio e assistência que contribuem para o bem-estar e independência dos idosos”. De acordo com esta autora,

“ os amigos são, assim, uma importante parte das redes de apoio social, implicando múltiplos aspectos que vão desde a partilha de intimidades, apoio emotivo, oportunidades de socialização, até ao apoio instrumental... encontro com amigos é visto como mais estimulante e positivo e daí talvez a sua associação mais forte com o bem-estar geral” (p.109).

Na rede de apoio às pessoas encontram-se ainda os vizinhos. A relação com os vizinhos baseia-se essencialmente numa relação de proximidade, de simpatia, embora com um envolvimento mais distante. No entanto, de acordo com Martín (2005, p.115) estes assumem um forte apoio às pessoas idosas incapacitadas, sendo *“uma relação predominantemente instrumental em coisas como compras, olhar pela casa, situações de emergência, e dando um sentido geral de segurança, originado pela proximidade, embora seja raro os vizinhos tornarem-se amigos”*, pois como referem Sousa Figueiredo e Cerqueira (2004, p. 106) *“os mais velhos admitem que algumas formas de apoio podem provir de qualquer pessoa (cuidados instrumentais), mas outras (emocionais e sociais) têm de vir dos mais íntimos”*.

Como temos vindo a mencionar, os cuidados às pessoas idosas, normalmente começam por ser assumidos pela família, no entanto quando esta tem dificuldade em assistir de forma eficiente às suas necessidades solicita apoio. Entende-se por um sistema de apoio ou uma rede de apoio social

“ um conjunto de pessoas ligadas por um conjunto de laços, por exemplo relações de apoio emocional, formando uma rede social, limitada do ponto de vista analítico, que apenas toma em consideração laços de apoio e

que assume que estes laços só podem formar uma única estrutura integrada”

Hanson (2005,p.92).

As redes de apoio formal, geralmente inseridas em serviços estatais de segurança social, assim como aqueles que são organizados pelo poder local, como os concelhos ou freguesias, que criam equipamentos para servir a população idosa, tais como lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia ou centros de convívio. A mesma autora destaca as instituições privadas de solidariedade social, a maioria das quais ligadas, direta ou indiretamente à Igreja católica, assim como as de outras associações profissionais, beneficiando todas elas de algum apoio do Estado, sendo na generalidade as principais promotoras da maior parte dos serviços existentes no país e concomitantemente na Região Autónoma da Madeira. Encontrando-se no entanto em número reduzido e com um leque escasso de alternativas para suprir as constantes necessidades populacionais que pretendem servir, como poderemos aferir pelo número de idosos internados nos Hospitais da RAM.

Segundo Costa (2002, p.125) dadas as incapacidades do apoio informal de suprir as necessidades do idoso, os serviços de apoio domiciliário formal são assim apontados como a possibilidade de manter o idoso inserido na comunidade. Todavia, como refere a autora *“no nosso País é clara a falta de serviços formais de apoio aos idosos, seja para suplementarem as redes de apoio informal, seja para as substituírem, na ausência ou indisponibilidade dos agentes informais de apoio”*, situação que associada à falta de recursos económicos por grande parte das famílias, torna a situação bastante difícil para as mesmas e para o idoso. De acordo com esta autora, urge estender os serviços de apoio domiciliário a um número cada vez mais abrangente de idosos, onde para além do apoio habitual na alimentação, higiene e limpeza, se efetue também a manutenção da habitação, proporcionando condições essenciais para que o idoso se mantenha inserido na comunidade. No entanto de acordo com Costa (2002, p. 151), vai-se assistindo ao

aparecimento de “ *um volume crescente de cuidados direccionados para as pessoas idosas, mercê do seu aumento numérico, do aumento de esperança de vida e da maior acessibilidade aos serviços de saúde*”.

Em suma, o ideal seria uma combinação de competências e cuidados formais e informais, ou seja os conhecimentos dos cuidadores informais acerca da pessoa idosa aliados aos conhecimentos técnicos dos profissionais, proporcionariam cuidados de elevada qualidade à pessoa idosa. Coordenar esforços de ambas as redes, parece ser para esta autora o caminho adequado para uma melhoria da prestação de cuidados aos mais velhos.

É no âmbito da pressão exercida pelos elevados gastos com a saúde que as redes de cuidados informais e formais são fundamentais para uma efetiva redução da despesa pública com a saúde, principalmente quando se tratam de idosos hospitalizados com elevados índices de dependência.

4.4. As dificuldades da reinserção do idoso hospitalizado

Aquando do internamento do idoso em contexto hospitalar, modificações importantes surgem no seio familiar, bem como várias necessidades, relacionadas com informação sobre o estado de saúde e o modo como o idoso se encontra a ser tratado.

Manter um doente idoso em casa, é considerado um fator gerador de stress e de saúde mental e física nos seus cuidadores, gerando simultaneamente um mau estar em toda a família. Constitui geralmente uma sobrecarga que aumenta substancialmente no género feminino, aliado à manutenção do emprego e aos cuidados ao mesmo. A sobrecarga é uma resposta multidimensional que resulta de uma avaliação objetiva feita pelo cuidador acerca da sua própria saúde, das suas necessidades, e que pode constituir ameaça ao seu bem-estar

e da doença ou dependência do idoso que está a seu cargo, bem como dos recursos que possuem para tentar superá-la.

Prestar cuidados a pessoas idosas pode assim trazer diversos problemas à família, na qual sentimentos de afeto ou de obrigação coabitam com o medo, com a falta de conhecimentos sobre técnicas de cuidar e de recursos na comunidade. Estes são fatores que influenciam e condicionam, muitas vezes a alta do idoso hospitalizado. Uma situação que se relaciona diretamente com a questão do cuidador. Assim, na génese da problemática da reinserção do idoso hospitalizado estão as necessidades de quem cuida do idoso, nomeadamente, a qualidade e implementação dos serviços de saúde prestados ao domicílio, a acessibilidade e a capacidade de acolhimento, o grau de dependência do idoso, a saúde física e mental do cuidador informal, o nível sócio-económico, a localização geográfica, a ausência ou presença de outros cuidadores, o sexo, bem como o facto de se manter uma profissão ativa.

Diversos autores estudaram esta problemática e todos eles são unânimes no que respeita à questão do cuidador familiar, propondo soluções para uma problemática tão importante, quanto necessária se torna a sua resolução. Assim, para Hanson (2005), o enfermeiro deverá ser um profissional atento para poder ajudar os membros da família a poderem definir, esclarecer ou solucionar problemas, estabelecendo e clarificando limites sobre o papel que cada um deve assumir. Outros autores, tais como Berg Weger defendem que solução poderá passar por uma boa comunicação na introdução dos cuidados. Para ambos, o enfermeiro, constitui assim um suporte fundamental na rede de apoio informal e na responsabilidade de vida daquela família, que decidiu cuidar do seu idoso.

Contudo, estamos perante uma dicotomia, uma vez que se por um lado temos o cuidador como solução para a reinserção do idoso hospitalizado, por outro temos o cuidador como problemática.

4.4.1 Capacitação para a reinserção

A problemática de idosos *dependentes*, bem como da sua permanência nos hospitais na pós-alta é alvo de preocupação por parte de diversas entidades governamentais com a pasta da saúde. Contudo, acredita-se que um dos fatores que contribuem para a institucionalização de idosos é o defice de conhecimentos das famílias para lidar com a situação de dependência dos seus familiares.

Considera-se assim o planeamento da alta hospitalar, de acordo com Augusto et al, o local propício à participação da família no processo de cuidados, importa conhecer como a família se sentiu apoiada e integrada no processo terapêutico de modo a maximizar as suas capacidades e competências na continuidade de cuidados.

Em alguns hospitais portugueses verifica-se que o planeamento da alta de doentes e respetivo ensinamento ao utente e à família revela-se como um importante instrumento de gestão no combate às “*altas problemáticas*” ou ao “*proletado de alta*” como são denominadas em Portugal continental. Assim, com vista à reinserção do doente idoso podemos ler em algumas circulares o seguinte: “ *as necessidades pós-alta, físicas e psicossociais, do doente e do cuidador devem ser avaliadas antes da alta, o mais cedo possível*”. A mesma circular refere ainda que

“ a equipa responsável pelo doente deve esforçar-se por se reunir regularmente com este e a sua família a fim de assegurar a boa gestão do

plano pós-alta e orientar para a total reabilitação do doente e para a sua reinserção” (Circular informativa n.º 12/DSPCS de 19/04/2004).

No entanto, tal situação parece não existir, uma vez que em certos casos, apesar da alta ser avisada com alguma antecedência, essa informação não se traduz em mais-valia para o familiar cuidador na gestão de tempo e de conhecimentos. Sapeta (2000,p.4) refere-nos que tem antes o efeito inverso, atendendo que *“o protelamento sucessivo das altas hospitalares, protagonizadas por familiares... constitui o primeiro sinal de alerta”*. Também Moreira (2001) partilha da opinião que a alta do doente é traduzida num momento e não num processo que vise a capacitação da família para o cuidar.

Urge pois encontrar mecanismos que envolvam profissionais de saúde e cuidadores para a capacitação para a reinserção do doente idoso hospitalizado.

Benner (1998) refere a importância da família na cura do doente considerando-a determinante aquando o tratamento, devendo a enfermeira otimizar o papel positivo dos membros da família. O Enfermeiro não deverá assim limitar-se a fornecer informações sobre a doença, sendo necessário ensinar o que os familiares podem e devem fazer.

Em Julho de 2010, uma equipa da Direção dos Serviços de enfermagem do Sesaram, E.P.E. na Região Autónoma da Madeira elaborou um projeto que visava a preparação do prestador de cuidados/ cuidador para a alta do doente. Este projeto tinha como objetivos: Dotar o Prestador de Cuidados (PC) com as competências necessárias para cuidar de uma pessoa dependente e uniformizar as atividades de preparação para a alta e acompanhamento na comunidade do PC, designadamente ao nível do conhecimento e do treino.

Uma estratégia possível no combate às “altas problemáticas”, uma vez que o acompanhamento para além do hospital, ou seja na comunidade poderá evitar situações de reinternamento hospitalar desta população.

4.4.3 O cuidar, os cuidados e o cuidador

Como até então temos vindo a verificar, a família tem uma função primordial no apoio, nomeadamente no cuidar dos seus membros. Todavia, é necessário saber o que tal significa. Para tal recorreremos a alguns estudos realizados por determinados autores.

Assim de acordo com Collière (1999, p.29) o cuidar pode ser entendido como o “*manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação*”. O cuidar é antes de mais um acto de vida, cujo fim é permitir o desenvolvimento e continuidade desta mesma vida.

Ao longo dos tempos, a função de cuidar foi sofrendo alterações com os avanços tecnológicos, as mudanças sócio-económicas e culturais que conduziram a mudanças de mentalidade e opiniões sobre o que é e como se processa o cuidar. Cuidar o quê? Quem? O objeto do presente estudo é estudar o idoso hospitalizado com dificuldade de reinserção, numa perspetiva centrada no doente idoso, porém não podemos descurar o papel dos seus familiares, com os quais aquando da aplicação dos inquéritos tive oportunidade de trocar algumas impressões. Desta abordagem resultou a seguinte opinião: que a pessoa idosa deverá ser vista como um todo, indissociável, como um ser holístico com várias dimensões. Um ser que é biopsicossocial. Desta forma o cuidar não se destina apenas a uma dessas dimensões, visto que a pessoa não poderá ser vista como um ser uno e total.

Roper, Logan e Tierny (1995, p.3) referem que até ao fim do século XIX eram os familiares que “*cuidavam dos doentes nas suas próprias casas, e os hospitais eram usados*

para indigentes ou pessoas com desequilíbrios mentais.” “*O lugar do cuidado em família passou gradualmente para o hospital*” (Kerouac, 1994), porém, nas últimas décadas, em consequência do acentuado envelhecimento da população e baixa taxa de natalidade, levando a uma crise dos sistemas de proteção social e saúde, é delegado novamente na família a responsabilidade de cuidar dos seus idosos. “*A família aparece então como um elemento de solução... socialmente dividido entre o Estado e a família*” (Lage, 2005, p.204).

Entende-se por cuidador familiar, o principal agente do sistema de apoio informal nos cuidados ao idoso, ou seja a pessoa a quem dentro do grupo familiar recai a responsabilidade dos cuidados.

Tornar-se cuidador decorre muitas vezes de um processo inconsciente, em virtude da escassa oferta de alternativas institucionais, assim como ao modo como determinado cuidador é escolhido pela família.

4.4.4 A rede de serviços e equipamentos

Com o intuito de combater o isolamento individual e social, promover a autonomia, bem como de assegurar um conjunto de serviços e cuidados multidisciplinares a grupos alvo específicos e vulneráveis como são os idosos, foram sendo implementados progressivamente na sociedade portuguesa um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais de suporte. Atualmente, existem pessoas em situação de dependência a frequentar, ou beneficiar de serviços, de diferentes tipos de respostas sociais.

No que respeita à população idosa, as primeiras respostas sociais implementadas, tinham por base a institucionalização e denominavam-se asilos. A partir das décadas de 60 surgiram os lares, bem como as valências de centro de dia, consistindo esta resposta num

equipamento aberto, meio caminho entre o domicílio e o internamento, assegurando a prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no meio sócio-familiar.

É em 1976 que começa a desenhar-se a política que ainda hoje perdura e que tem por paradigma a manutenção do idoso no domicílio o maior tempo possível. No entanto, como se tem vindo a desenvolver, nem sempre é possível à família, prestar à pessoa idosa dependente a totalidade dos cuidados necessários à satisfação das necessidades diárias. As respostas sociais da rede de serviços e equipamentos têm então esta dupla função de complementar, ou mesmo de substituir a família nessas tarefas. O serviço de apoio domiciliário (SAD) ou o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) são exemplos de valências que atuam principalmente como complemento do apoio familiar.

Na RAM, a rede de serviços e equipamentos disponibilizada pelo Centro de Segurança Social da Madeira, vocacionada para a pessoa idosa é vasta e diversificada uma vez que compreende a área da segurança e da proteção social, acautelada por diversas medidas que culminam por exemplo, com a atribuição de subsídios tais como o complemento por dependência, a pensão social de velhice, o complemento solidário para idosos, entre outros que se complementam com a oferta de serviços na comunidade, como o apoio domiciliário (AD) e a criação de lares e centros de dia. Atento também às necessidades da população, nomeadamente na prestação dos cuidados de saúde, o Serviço Regional de Saúde criou também algumas alternativas que visam simultaneamente o bem-estar físico e psíquico da figura do cuidador, criando para o efeito a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados (RRCCI), na qual se integram a Unidade de Apoio Integrado Domiciliário (UAID), o Centro de Promoção de Autonomia (CPA) e a Unidade de Apoio Integrado de Internamento (UAI) que se subdivide em Unidade de Apoio

Integrado de curta duração até 30 dias, Unidade de Apoio Integrado de média duração até 90 dias e a Unidade de Apoio Integrado de longa duração até 90 dias.

Tendo em consideração a complexidade do fenómeno da dependência intrinsecamente relacionado com as dificuldades de reinserção social do idoso em internamento hospitalar e a rede de serviços e equipamentos, esta deverá funcionar como uma resposta social. Uma resposta social que se quer diferenciada e diversificada à medida de todos, idosos e respetivos cuidadores.

PARTE II – METODOLOGIA

5 - Referencial metodológico

Os objetivos, as variáveis e os instrumentos seleccionados para fins da elaboração do estudo contribuíram para o trabalho de campo realizado, ao qual faz menção a presente dissertação. Para que possamos compreender a atividade que se realizou, ou seja, a aplicação dos instrumentos adiante descritos recordemos alguns conceitos metodológicos.

5.1. Questões de investigação

Com este trabalho esperamos encontrar algumas respostas às nossas questões, assim como obter dados que nos permitam reformular no futuro planos e estratégias de intervenção, no sentido de ajudar os idosos hospitalizados a regressarem à comunidade, fomentando a reinserção e capacitando o cuidador para a prestação de cuidados quando a situação assim o permita. Tendo por base as premissas apontadas anteriormente elaboramos as seguintes questões de investigação:

- Será que quanto maior for o grau de dependência do idoso, maiores serão as dificuldades na rede de suporte social/familiar?

- Em que sentido pode o défice cognitivo da pessoa idosa, contribuir para esta problemática?

- O grau de dependência associado à idade terá influência na dificuldade de reinserção da pessoa idosa?

No início de qualquer investigação, devem-se formular hipóteses, embora, nos estudos de carácter meramente exploratório ou descritivo, seja dispensável a sua explicitação formal. Contudo, a utilização de uma ou mais hipóteses são necessárias para que a pesquisa apresente resultados úteis, ou seja, atinja níveis de interpretação mais altos (Lakatos, 2002).

A visão empírica da ciência atribui valor à racionalidade, objetividade, predição e controlo. Ferreira de Almeida e Pinto (1989, p.61) referem que

“ é preciso reconhecer (...) que a atividade científica constitui um processo social específico, definidor de um campo e gerador de múltiplos e crescentes efeitos. Afirmando a identidade passa pelo constante aperfeiçoamento das teorias e dos métodos disponíveis e, em certos casos, implica a superação por novos elementos conceptuais e novos procedimentos de pesquisa.”

Os resultados finais poderão comprovar ou rejeitar as hipóteses.

5.2. Tipo de estudo

Neste contexto o nosso estudo é de natureza exploratória, descritiva e correlacional. O estudo descritivo procura descrever os factos e fenómenos de determinada realidade. Pode, ainda, estabelecer relações entre as variáveis e, no presente caso, denomina-se

estudo descritivo correlacional, pois pretende-se estabelecer correlações entre os fenómenos em estudo. De acordo com Carmo e Ferreira (1998, pp.220-221)

“ o propósito de um estudo correlacional consiste em averiguar se existe ou não relação entre duas ou mais variáveis quantificáveis (...) A investigação correlacional apenas estabelece que há uma relação entre duas variáveis mas não estabelece uma relação causa-efeito. No entanto, o estabelecimento de uma correlação entre duas variáveis poderá ser utilizado na previsão dos valores de uma delas a partir do conhecimento dos valores da outra”.

5.3. Objetivos do estudo

Considerando-se que profissionais de saúde, familiares e o próprio idoso hospitalizado deparam-se com dificuldades em assegurar a transição do hospital para a comunidade após uma situação de doença aguda que terá motivado o internamento, pretendemos identificar factores relacionados com as dificuldades de reinserção do idoso hospitalizado nos hospitais da RAM, para podermos tecer algumas considerações com vista à diminuição desse número de casos. Com este tipo de estudo pretendemos *“obter mais informação, quer seja sobre as características da população, quer seja sobre o fenómeno, em que existem poucos trabalhos de investigação”* (Fortin, 1999, p. 161).

Atendendo que o estudo visa para além de identificar e caraterizar fatores associados às dificuldades existentes que impossibilitam a reinserção do idoso hospitalizado, verificar as circunstâncias sociais em que o mesmo ocorre, definiram-se os seguintes objetivos:

- Compreender a problemática do fenómeno, a sua magnitude, e a sua complexidade.

- Estudar as relações entre o grau de dependência a rede social e o défice cognitivo do idoso em situação de *alta problemática*.

- Analisar fatores sociais e demográficos que dificultam a reinserção sócio-familiar do idoso no domínio físico, psicológico e social.

5.4. População

População

“O Universo ou população de uma pesquisa depende do assunto a ser investigado, e a porção ou parcela do universo, que realmente será tida à verificação, é obtida ou determinada por uma técnica específica de amostragem.” (Lakatos, 2002, p.41).

O universo ou população desta investigação envolveu todos os utentes com mais de 60 anos em situação de *alta problemática* existentes no Hospital Central do Funchal (HCF), no Mês de Julho de 2011, constituída por 97 idosos, dos quais três recusaram participar no estudo. As variáveis sócio-demográficas foram trabalhadas para a população hospitalar em situação de alta problemática (97) e as variáveis dependentes, alvo deste estudo, foram trabalhadas em função dos participantes (94).

Mais se acrescenta que a identificação de sujeitos foi definida com base na variável independente (idade) que acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os Países em desenvolvimento corresponde aos 60 e mais anos.

5.4.1. Critérios de inclusão

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão para a amostra do presente estudo:

- Encontrar-se em situação de *alta problemática*.
- Ter idade igual ou superior a 60 anos.

5.5. Variáveis

“As variáveis são propriedades inerentes à variação e atribuição de valores. Na investigação científica compreende-se, como e porquê, os valores de uma variável mudam e como eles estão associados aos diferentes valores de outras variáveis” (Fortin, 1999, p.161). No âmbito de uma pesquisa científica, quando se tem em conta a variedade, as inúmeras e complexas experiências pessoais, fica claro que quase todos os aspectos dos seres humanos e do ambiente podem ser consideradas variáveis. Então, as variáveis aparecem como qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Sendo assim o nosso estudo foi orientado no sentido de se identificar fatores que dificultam a reinserção do idoso hospitalizado e em que medida a dependência, o défice cognitivo e rede de suporte social poderão contribuir para a ocorrência deste fenómeno. Tendo em vista estas premissas e considerando que se trata de um estudo exploratório descritivo e correlacional consideramos as seguintes variáveis:

Variáveis dependentes:

- **O grau de dependência** que será medido através do Índice de Barthel.
- **A rede de apoio social** que será medida através da Escala de rede de apoio social adaptada de Lubben (1988)

- **A presença ou não de défice cognitivo** que será medido pelo Mini Mental State Examination (MMSE)

Variáveis independentes:

- **Género:** foram considerados indivíduos do sexo feminino e masculino
- **Idade:** a idade foi agrupada, segundo as faixas etárias, variando dos 60 anos aos 94 anos.
- **Proveniência geográfica:** por concelho existente na RAM

5.6. Instrumentos de colheita de dados

Tendo em conta o tipo de estudo, o local, os seus participantes e metodologias utilizadas que nos indicam que qualquer que seja a técnica de recolha, esta deve possibilitar uma compilação de dados tanto quanto possível em profundidade e em consonância com os objetivos e suporte teórico utilizado. Neste sentido, procurámos utilizar três instrumentos de recolha de informação que nos pareceram os mais indicados e adequados para a realização do estudo em causa. Assim, para o atual estudo foram utilizados os seguintes instrumentos de colheita de dados:

Escala de Barthel (Anexo 2) - Este instrumento é constituído por 10 itens, o resultado da escala varia entre 0 e 100 e é obtido pela soma ponderada das respostas dadas aos 10 itens. Uma vez obtida essa pontuação, existem pontos de corte que classificam o nível de dependência do idoso. Tais como dependência total: menor ou igual a 25; dependência severa: maior ou igual a 26 e menor ou igual a 50; dependência moderada: maior ou igual a 51 e menor ou igual a 75; dependência leve: maior ou igual a 76 e menor ou igual a 99 e totalmente dependente 100. Para Vilarmaun, Diestre e Guirão (2000);

Sabartés *et al.* (2003); Duncan, Jorgensen e Wade (2000) o índice de Barthel continua a ser amplamente utilizado, essencialmente em contexto hospitalar, unidades de convalescença e centros de reabilitação e consideram-no o instrumento mais adequado para avaliar a incapacidade para a realização das Atividades de Vida diária. A fácil aplicação e interpretação, o consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem desta medida construída sobre bases empíricas uma das mais utilizadas na área clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência dos idosos. Para além destas qualidades (Paixão e Reichenheim, 2005), num estudo de revisão sobre trinta instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso confirmam que o índice de Barthel é o que possui resultados de maior fidelidade e validade mais consistentes.

Escala de rede de apoio social adaptada de Lubben (Anexo 3). Esta escala permite-nos obter informação sobre a quantidade, a periodicidade e a intimidade (proximidade) do contacto com elementos da rede de suporte.

O score da escala de Lubben pode variar entre 0 e 33, sendo o valor 20 o ponto de corte. É constituída por 10 itens que depois de somados permite-nos classificar o idoso em dois grupos, com rede social menos limitada (maior 21) ou com rede social muito limitada (menor ou igual a 20). Relativamente à avaliação das redes sociais, Botelho (2000) cita Bowling (1997) para referir a existência de poucas escalas fiáveis e válidas para o efeito. Contudo, Fonseca *et al.* (2005) faz referência à Escala de Relações Sociais de Lubben (1988), utilizada num estudo piloto em Portugal por Paúl *et al.* (2001), referindo que esta escala permite conhecer o número, periodicidade e a intimidade dos contactos sociais.

O Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo 1) é um teste que permite avaliar a função cognitiva e fazer o rastreio de demências ou de défice cognitivo ligeiro.

Este teste contém questões agrupadas com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas, pelo que permite obter informações sobre vários parâmetros cognitivos, designadamente a orientação temporal, espacial, retenção de 3 palavras, atenção e cálculo, recordação das 3 palavras, linguagem, e habilidade construtiva.

O score do MMSE pode variar de um mínimo de 0 pontos, indicando o maior grau de comprometimento cognitivo dos idosos, até um máximo de 30 pontos, ao qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Considerando-se para a população portuguesa a seguinte classificação: Com defeito cognitivo: com 15 ou menos pontos na condição de analfabetos, com 22 ou menos entre 1 a 11 anos de escolaridade e com 21 ou menos com escolaridade superior a 11 anos. O mini mental state examination, elaborado por Folstein et al (1975), é um dos testes mais utilizados e mais estudados em todo o mundo. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e o diagnóstico de quadros demenciais. Tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a deteção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e na monitorização de resposta ao tratamento. Em pesquisa, tem sido utilizado em estudos populacionais. Optamos por aplicar no presente estudo, apenas à população que não se encontrava totalmente dependente, uma vez que a restante não reúne condições físicas para o efeito por apresentar elevados índices de dependência.

5.7. Procedimentos de colheita e tratamento de dados

Numa primeira fase deste estudo, as técnicas utilizadas foram a pesquisa, recolha e a análise documental, com o objetivo de assegurar a fundamentação do tema em estudo e conceitos relacionados: idoso, hospital, envelhecimento, reinserção.

Numa segunda fase, procedeu-se à aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Finalmente, numa terceira fase procedemos à compilação da informação recolhida através do processamento estatístico e à realização, análise e discussão de resultados com vista à sua divulgação. Os dados foram inseridos numa base de dados do SPSS 18.0, procedeu-se à caracterização da população através de medidas de tendência central como média, amplitude de variação e mediana e foi utilizado o desvio padrão para medida de dispersão. Para as variáveis de tipo nominal foram utilizadas tabelas de frequência e o teste de independência do Qui-Quadrado, cujo nível de significância foi de ($p=0,846>0,05$) para comparar duas variáveis nominais. Utilizamos, ainda, o teste de correlação de Spearman, obtendo assim o coeficiente de correlação de Spearman, que segundo Maroco, (2003, p.33) é “(...) *uma medida de associação não paramétrica entre duas variáveis pelo menos ordinais*”. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney com um nível de significância superior a 0,05 para comparar medidas de tendência central de duas amostras independentes e o teste de Kruskal-Wallis na comparação de mais de duas amostras independentes, cujo valor de significância obtido foi superior a 0,05. O teste de Kruskal-Wallis, de acordo com Maroco (2003, p.175) “*pode ser considerado como a alternativa não paramétrica à ANOVA one way (...) e pode ser utilizado para testar se duas ou mais amostras provém de uma mesma população ou se de populações diferentes (...)*”.

Considerando que as escalas utilizadas surgem da soma de valores inteiros, logo são variáveis ordinais optou-se pela estatística não paramétrica, nomeadamente o coeficiente de correlação de Spearman para verificar se existe relação entre a dependência e a rede social de apoio. Os coeficientes de correlação variam entre -1 e 1, se, se situam perto do extremo 1 e indicam que valores elevados/baixos numa das escalas estão associados a valores elevados/baixos na outra. Mas quando se aproximam do valor zero indicam que não é possível estabelecer uma relação entre as duas variáveis ordinais.

5.7.1. Considerações éticas

Antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração alguns aspetos éticos. O projeto de investigação foi encaminhado à Comissão de ética do SESARAM, E.P.E junto com a formalização de pedido de autorização, (Anexo 4) obtendo aprovação.

Após a aprovação da Comissão de ética do SESARAM, E.P.E., os idosos alvo do estudo em situação de alta problemática foram contactados com o objetivo de lhes ser explicada a finalidade do estudo, objetivos, destino dos dados e contribuição dos resultados, solicitando assim a sua colaboração.

A todos os idosos que aceitaram participar no estudo, foi pedido que assinassem o termo de consentimento livre e informado, onde está explícita a garantia de sigilo das informações e o respeito à liberdade de desistência do estudo em qualquer momento.

Os participantes foram elucidados sobre os objetivos do estudo assim como a confidencialidade dos dados, para que a sua colaboração fosse voluntária, fornecendo um consentimento livre, esclarecido e autorizado sobre a sua participação. A assinatura desse termo foi precedida de todas as explicações quanto à natureza do estudo, aos objetivos e às informações essenciais à compreensão do mesmo, sendo-lhe assegurado o anonimato e o sigilo das informações fornecidas (Anexo 5).

PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO

6. Apresentação, análise e discussão de resultados

Os dados que se seguem serão apresentados e analisados em três partes distintas, a primeira, correspondente à caracterização da população, na segunda parte serão apresentados os resultados das variáveis dependentes (função cognitiva, grau de dependência e apoio social) e a terceira parte será reservada à correlação das variáveis. Estes são apresentados em quadros, tabelas e gráficos, para sistematizar e realçar a informação com maior significado.

6.1. Caracterização da população

A população é constituída por 97 idosos em situação de alta problemática. Destes, 3 recusaram participar no estudo (dois homens e uma mulher), reduzindo a dimensão para 94 idosos, sendo porém representativo do Universo.

A população é constituída na sua maioria por mulheres (68%) (tabela 6). Este facto poderá ser explicado por alguns fatores sociais, mas também pela esperança de vida das mulheres ser superior à dos homens.

No estudo de Silva (2006), mais de metade dos participantes são do sexo feminino. Também Cabete (2005) apresenta no seu grupo de estudo uma percentagem de 52% de pessoas do sexo feminino.

Tabela 6. Caracterização da população segundo o género

	População	
	Nº de idosos	Percentagem
Feminino	66	68,0%
Masculino	31	32,0%
Total	97	100,0%

O gráfico 5 torna visível que a percentagem de mulheres é aproximadamente o dobro do que a percentagem de homens.

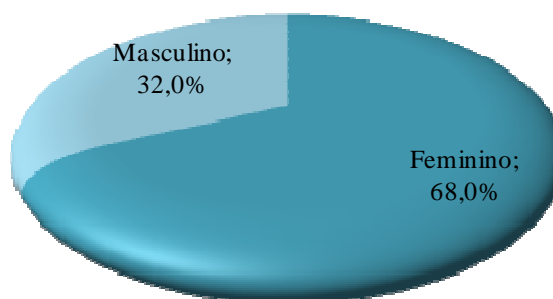


Gráfico 5. Distribuição da população segundo o género

O intervalo de variação da população varia entre 60 e 97 anos. Sendo a média igual a 82 anos (tabela 7).

Entre as mulheres a idade média é de 83 anos e entre os homens é de 80 anos, sendo que estes apresentam maior variabilidade ($\sigma=8$), que o observado na população das mulheres ($\sigma=7$).

Tabela 7. Estatística descritiva da idade dos idosos da população segundo o género

		Idade (anos)					
		n	M	DP	Min	Med	Max
Sexo	Feminino	66	83	7	63	84	97
	Masculino	31	80	8	60	80	93
	Total	97	82	7	60	83	97

M-Média; DP-Desvio Padrão; Min-Mínimo; Med-Mediana;Max-Máximo

O gráfico 6 mostra a idade média dos idosos da população, com mais ou menos um desvio padrão, desta forma é possível comparar maior parâmetro de tendência central e menor dispersão entre as mulheres, quando comparadas com os homens.

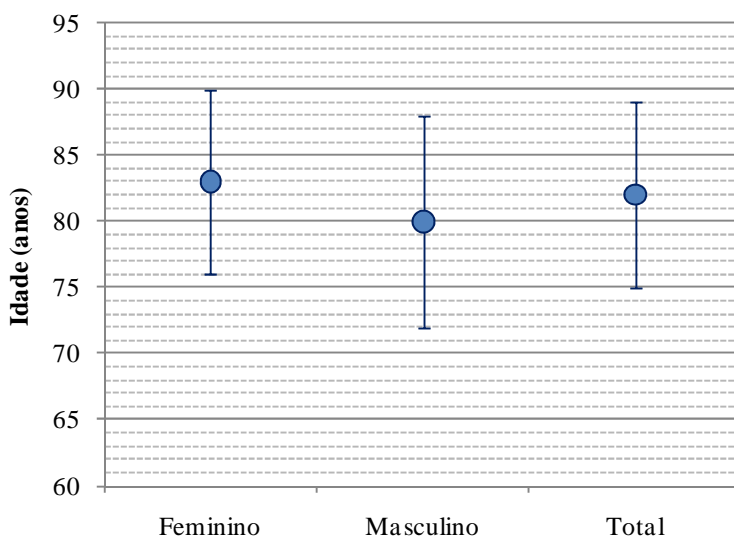


Gráfico 6. Média e desvio padrão da idade dos idosos da população segundo o género

Os idosos desta população encontram-se distribuídos pelos diferentes serviços do Hospital Central do Funchal, mas é o serviço de Medicina aquele que maior número acolhe, pois neste serviço se encontram 87,6% dos idosos da população (gráfico 7). A comparação das percentagens obtidas entre as mulheres e entre os homens é que as mulheres se encontram com mais frequência nos serviços de medicina e ortopedia enquanto os homens provêm também na sua maioria do serviço de medicina, mas

distribuem-se de forma homogénea pelos restantes serviços das unidades hospitalares (tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos idosos da população por especialidades clínicas no CHF

Serviço	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem
Medicina	58	87,9%	27	87,1%	85	87,6%
Pneumologia	1	1,5%	1	3,2%	2	2,1%
Neurocirurgia	1	1,5%	1	3,2%	2	2,1%
Ortopedia	5	7,6%	1	3,2%	6	6,2%
Cirurgia	1	1,5%	1	3,2%	2	2,1%
Total	66	100,0%	31	100,0%	97	100,0%

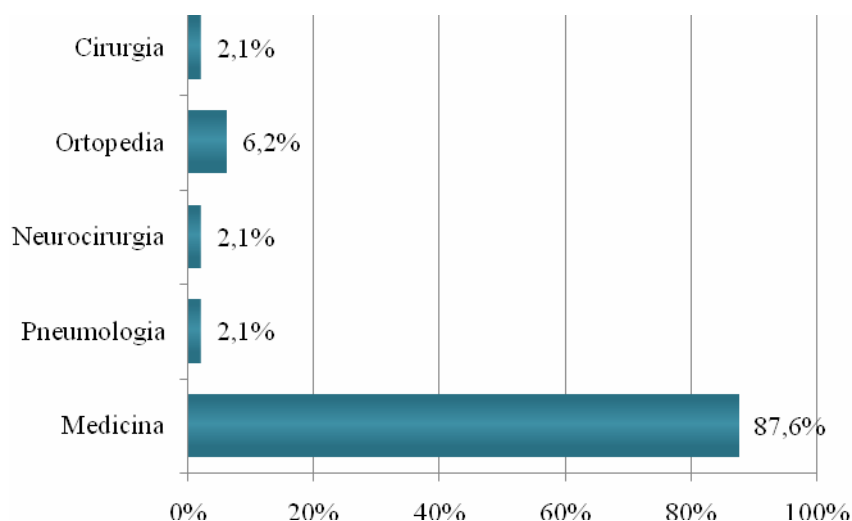


Gráfico 7. Distribuição dos idosos da população por especialidades clínicas no CHF

Relativamente à proveniência geográfica devo referir que 52,6% dos idosos residem no Funchal, curiosamente, onde o índice de envelhecimento é mais baixo, de seguida surgem 11,3% do concelho de Santa Cruz e 9,3% do concelho de Câmara de Lobos (gráfico 8). Verificamos que quer a ordem com que estes concelhos são representados na população, quer os valores percentuais dos censos e da população em

estudo são semelhantes aos censos de 2011, sendo que 43,3% dos residentes na RAM com mais de 65 anos de idade são do Funchal, em segundo lugar surge o concelho de Santa Cruz com 10% dos idosos e em terceiro lugar Câmara de Lobos com 9,1% dos idosos (tabela 9).

De destacar que a percentagem de idosos nos concelhos de Santana e Calheta são inferiores à percentagem de idosos destes concelhos na população em estudo. Pode isto significar que os idosos destes concelhos podem ter altas problemáticas com maior frequência.

Tabela 9. Distribuição dos idosos da população por área geográfica e população com mais de 65 anos na RAM

Concelho	Sexo						Censos 2011a	
	Feminino		Masculino		Total		+65 anos	
	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem
Funchal	33	50,0%	18	58,1%	51	52,6%	14526	43,3%
Santa Cruz	10	15,2%	1	3,2%	11	11,3%	3359	10,0%
Câmara de Lobos	9	13,6%	0	,0%	9	9,3%	3048	9,1 %
Santana	4	6,1%	4	12,9%	8	8,2%	1780	5,3%
Machico	4	6,1%	2	6,5%	6	6,2%	2503	7,5%
Calheta	1	1,5%	4	12,9%	5	5,2%	2531	7,5%
São Vicente	3	4,5%	1	3,2%	4	4,1%	1260	3,8%
Ponta do Sol	1	1,5%	1	3,2%	2	2,1%	1405	4,2%
Ribeira Brava	1	1,5%	0	,0%	1	1,0%	2019	6,0%
Porto Santo	0	,0%	0	,0%	0	,0%	465	1,4%
Porto Moniz	0	,0%	0	,0%	0	,0%	682	2,0%
Total	66	100,0%	31	100,0%	97	100,0%		

Fonte: http://estatistica.gov-madeira.pt/DRE_SRPC/IndicadoresEstatisticos/Censos2001/Censosq2.htm retirado 07/09/2011

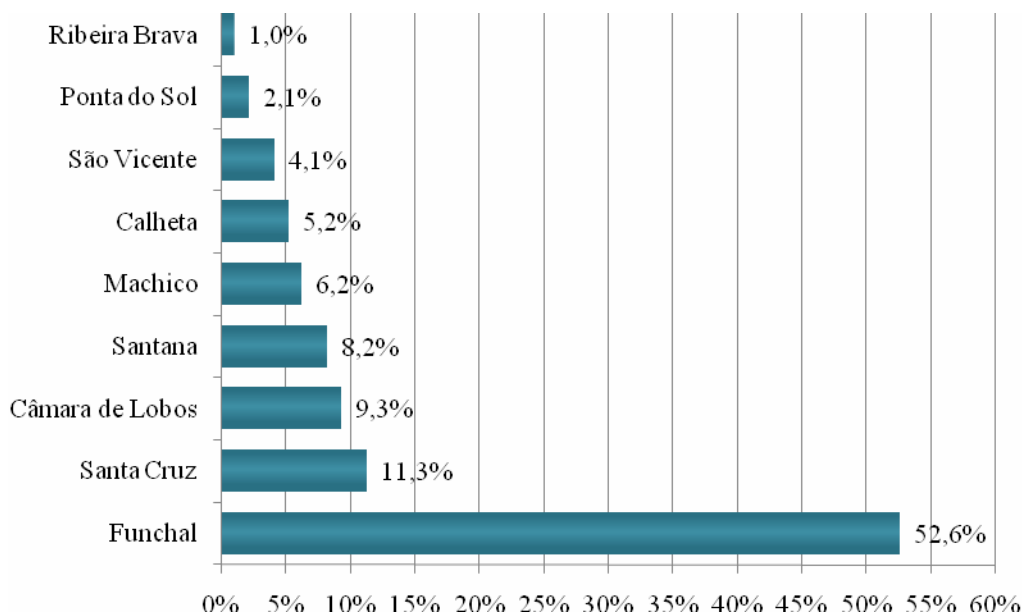


Gráfico 8. Distribuição geográfica percentual dos idosos hospitalizados em situação de *alta problemática*

6.2. Variáveis dependentes utilizadas no estudo

Tal como referido, as variáveis dependentes em estudo são: o Grau de dependência para as atividades de vida, a rede de apoio social e o défice cognitivo.

6.2.1. Grau de dependência

Para avaliar a fiabilidade da escala de Barthel como instrumento de medida foi determinado o coeficiente alpha de Cronbach, cujo resultado foi superior a 0,9, pelo que podemos utilizar a escala para avaliar o grau de dependência, pois os desvios existentes são provocados por variações no grau de dependência e não porque o idoso não compreendeu o conteúdo das perguntas.

Tabela 10. Indicadores de fiabilidade da escala de Barthel

Alpha de Cronbach	N de Itens
0,962	10

O índice de Barthel, variou na amostra entre 0 e 93, o que significa que não existem idosos totalmente independentes na amostra. Em média o índice de Barthel foi de 16,1, independentemente de ser homens ou mulheres, mas esta medida apresenta um desvio padrão muito elevado pelo que a mediana fornece melhor indicação de tendência central e o resultado foi de 1,5, assim podemos afirmar que mais de metade da população se encontra na categoria *totalmente dependente* (tabela 11).

Estes resultados corroboram com o estudo de Imaginário (2004) no qual, constatou um grau de dependência total na maioria dos idosos que participaram no estudo, e do estudo de Brito (2002) que refere um predomínio de idosos com uma situação de grande dependência, assim como Cabete (2005), constata uma grande deterioração funcional na sua amostra 32,02% do grupo de estudo comparado com 8,85% do grupo de comparação. De igual modo, Veríssimo (2001) e Nogueira (2003), estudaram doentes idosos onde a maioria apresenta situações de grande dependência.

A nossa população encontra-se assim em consonância com a maioria dos estudos encontrados.

Tabela 11. Resultados do índice de Barthel por género e teste de Mann-Whitney

Indice_Barthel	n	M	DP	Min	Med	Max
Feminino	65	16,1	26,5	0,0	1,0	93,0
Masculino	29	16,1	28,4	0,0	2,0	90,0
Total	94	16,1	27,0	0,0	1,5	93,0
M-Média; DP-Desvio Padrão; Min-Mínimo; Med-Mediana;Max-Máximo						
Teste de Mann-Whitney			U=931,500		Sig=0,924	

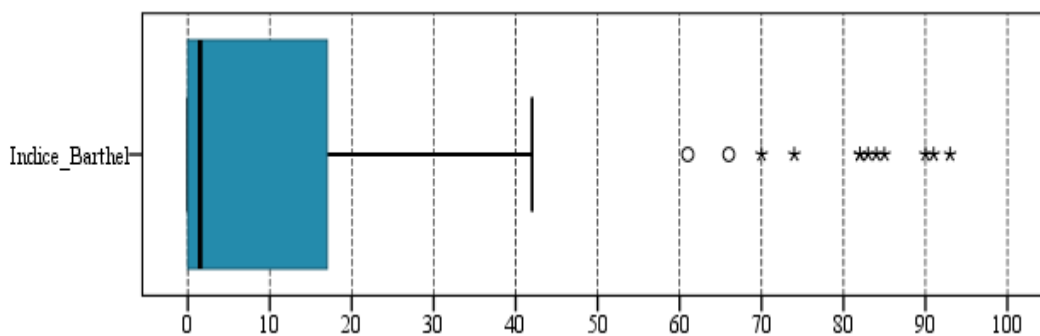


Gráfico 9. Média do nível de dependência apurada

6.2.1.1. Efeito do género e idade no índice de Barthel

Procuramos identificar se existe efeito do género ou da idade no grau de dependência dos idosos, para tal foi utilizado o teste de Mann-Whitney (tabela 11). A hipótese nula deste teste é que a distribuição do índice de Barthel é igual entre homens e mulheres, como o nível de significância associada ao teste foi superior a 0,05 não há evidência para rejeitar a hipótese nula. Assim é possível afirmar que o género não afeta o nível de dependência do idoso ($U=931,5$, $p=0,924$)

A classificação dos níveis de dependência revela que a maior parte dos idosos apresentam grau de dependência elevada, de facto 80,9% dos participantes apresentam dependência total e 6,4% dependência severa, estes valores sofrem pequenas oscilações entre homens e mulheres.

Foi realizado o teste de independência do Qui-Quadrado cuja hipótese nula é que o nível de dependência não está relacionado com o género do idoso, dado o resultado do nível de significância ($p=0,846 > 0,05$), não existe evidência estatística para supormos que o grau de dependência esteja relacionado com o género do idoso (tabela 12).

Tabela 12. Distribuição dos idosos pelos níveis de dependência e género e teste de independência

Níveis de dependência	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem
Totalmente independente	0	,0%	0	,0%	0	,0%
Dependência leve	5	7,7%	3	10,3%	8	8,5%
Dependência moderada	3	4,6%	1	3,4%	4	4,3%
Dependência severa	5	7,7%	1	3,4%	6	6,4%
Dependência total	52	80,0%	24	82,8%	76	80,9%
Total	65	100,0%	29	100,0%	94	100,0%
Teste de independência do Qui-Quadrado		$X^2=,815$		Sig=,846		

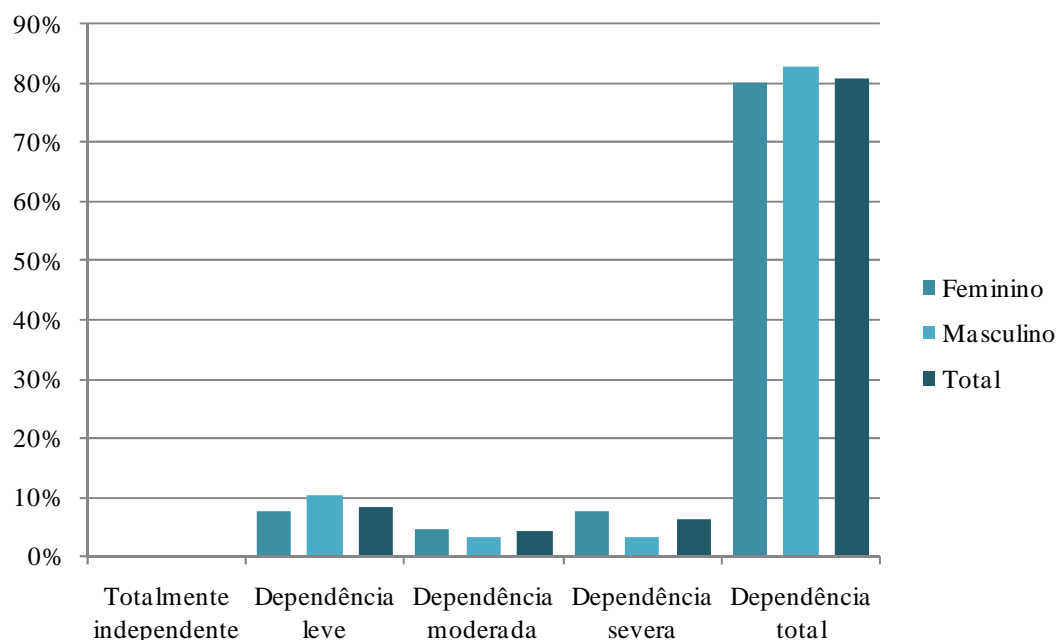


Gráfico 10. Distribuição dos idosos pelos níveis de dependência e género

Fomos, ainda confirmar se existe alguma relação entre a idade dos sujeitos e o grau de dependência (tabela 13). Os dados revelam que é no grupo dos que têm dependência severa que a idade é maior, este facto estará relacionado com a maior taxa de morbilidade entre idosos totalmente dependentes.

O teste de Kruskal-Wallis parte da hipótese que a idade dos sujeitos é igual em cada nível de dependência: Dado o nível de significância obtido ser superior a 0,05 não existe evidência para rejeitar esta hipótese, em termos práticos a idade dos sujeitos que se encontram no nível de dependência leve, ou moderada, severa ou total é estatisticamente igual (tabela 13). O gráfico 11 permite uma leitura mais simples desta afirmação e mostra ainda maior variabilidade da idade dos idosos com dependência moderada e total.

Tabela 13. Resultados da idade por níveis de dependência e teste de Kruskal-Wallis

Níveis de dependência	Idade					
	n	M	DP	Min	Med	Max
Totalmente independente	0
Dependência leve	8	80	9	63	81	91
Dependência moderada	4	80	13	66	82	92
Dependência severa	6	85	6	77	85	93
Dependência total	76	82	7	60	83	97
Total	94	82	7	60	83	97
Teste de Kruskal-Wallis		H=0,777			Sig=0,855	

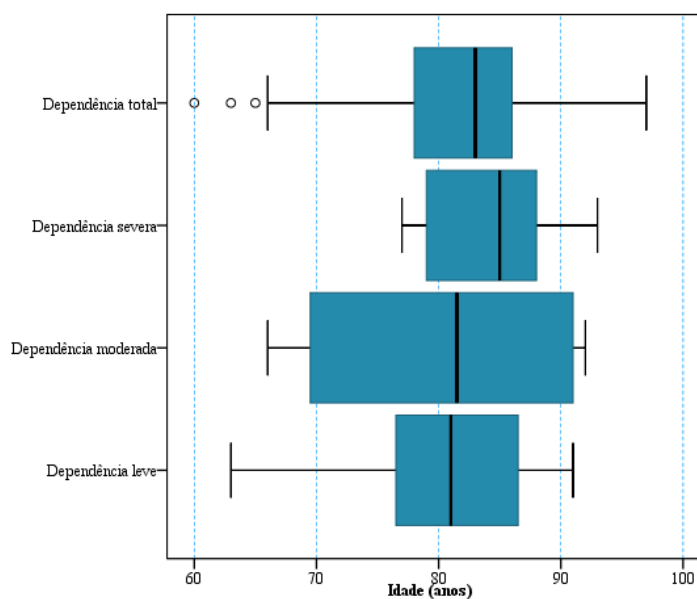


Gráfico 11. Resultados da idade por níveis de dependência

6.2.2. Rede de suporte social

A rede social de apoio, foi avaliada através da escala de Lubben, constituída por 10 itens, que depois de somados permitem classificar o idoso em dois grupos: com rede social menos limitada ou com rede social muito limitada.

A consistência interna da escala de Lubben, cujo alpha de Cronbach foi superior a 0,7 permite utilizar a escala na população em estudo.

Tabela 14. Indicadores de fiabilidade da escala Lubben

Alpha de Cronbach	N de Itens
0,771	10

A escala de Lubben varia entre 0 e 33, sendo o valor 20 o ponto de corte.

Os valores da escala atingiram a média igual a 12,3 e mediana 13,5, mas este valor é muito diferente consoante o idoso seja um homem ou uma mulher (tabela 15). Nas mulheres, a média da escala de Lubben foi de 15,7 e entre os homens foi de 4,6. O gráfico 12 mostra as diferenças existentes entre estes grupos no que diz respeito à rede de apoio social, indicando que os homens têm menor rede de apoio social do que as mulheres.

Foi realizado o teste de Mann-Whitney para confirmar que existiam diferenças significativas entre os idosos dos dois géneros quanto à pontuação na escala de Lubben, e como o nível de significância associado ao teste foi inferior a 0,05 podemos concluir que homens e mulheres têm pontuações significativamente diferentes na escala de Lubben, logo níveis distintos de apoio da rede de suporte social.

Tabela 15. Resultados da escala de Lubben por género e teste de Mann-Whitney

Escala de Lubben	n	M	DP	Min	Med	Max
Feminino	65	15,7	8,1	0,0	17,0	30,0
Masculino	29	4,6	6,8	0,0	0,0	21,0
Total	94	12,3	9,3	0,0	13,5	30,0
Teste de Mann-Whitney		U=311,000		Sig=,000		

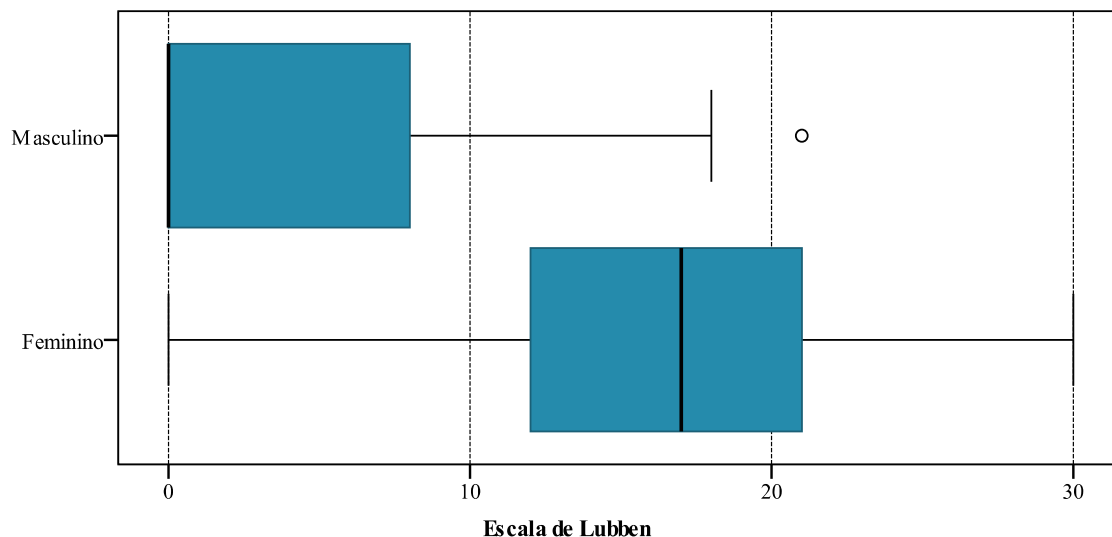


Gráfico 12. Classificação da rede de suporte social de acordo com o género

A partir dos valores da escala de Lubben, classificamos cada género como tendo uma rede de apoio social muito limitada ou menos limitada, e notámos que 75,5% dos idosos da amostra apresentam uma rede social muito limitada. Mas essa percentagem é de 66,2% entre as mulheres e de 96,6% entre os homens, o que vem confirmar que os homens apresentam com maior frequência redes sociais de apoio muito limitadas.

Tabela 16. Distribuição dos idosos pelos níveis de rede de apoio social e género e teste de independência

Rede de apoio social	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem
Muito limitada	43	66,2%	28	96,6%	71	75,5%
Menos limitada	22	33,8%	1	3,4%	23	24,5%
Total	65	100,0%	29	100,0%	94	100,0%
Teste de independência do Qui-Quadrado		X ² =10,026		Sig=,002		

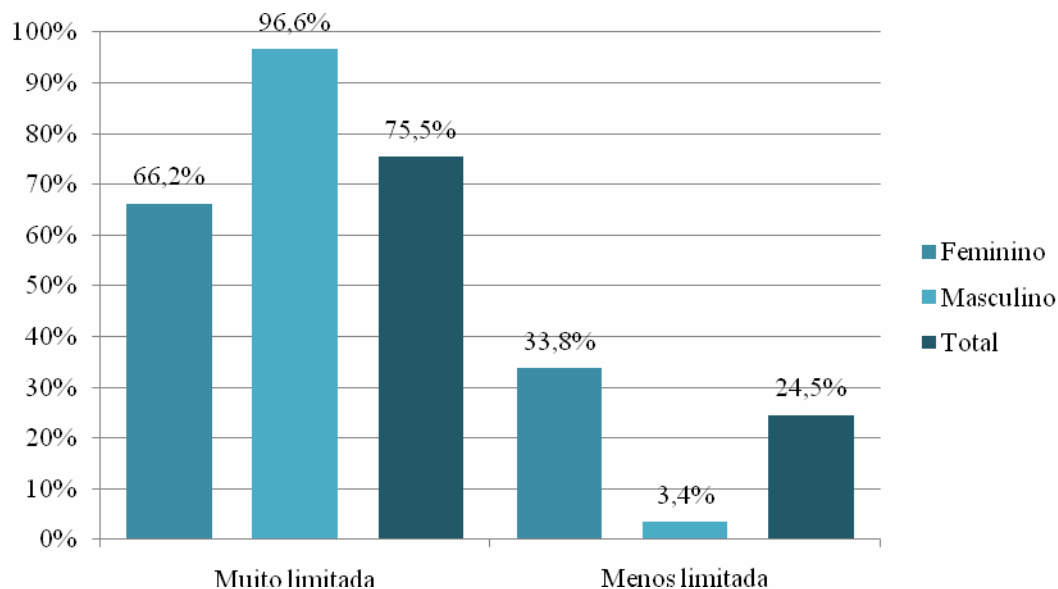


Gráfico 13. Distribuição dos idosos pelos níveis de rede de apoio social e género

6.2.2.1. Efeito da idade na rede de apoio social

Ao avaliar se existe relação entre a rede de apoio social e a idade, a seguinte tabela mostra valores médios e medianos muito próximos pelo que é de se esperar que a idade dos sujeitos com rede social muito limitada e menos limitada seja estatisticamente igual. Para confirmar esta hipótese foi utilizado o teste de Mann-Whitney, cujo nível de significância foi superior a 0,05 pelo que não devemos rejeitar a hipótese. Quer isto dizer que a rede social de apoio é independente da idade do idoso, o gráfico seguinte mostra as semelhanças da distribuição das idades nos dois grupos.

Tabela 17. Resultados da idade por níveis de rede de apoio social e teste de Mann-Whitney

Rede de apoio social	Idade					
	n	M	DP	Min	Med	Max
Muito limitada	71	82	8	60	83	97
Menos limitada	23	81	7	66	81	93
Total	94	82	7	60	83	97
Teste de Mann-Whitney		U=726,000			Sig=0,425	

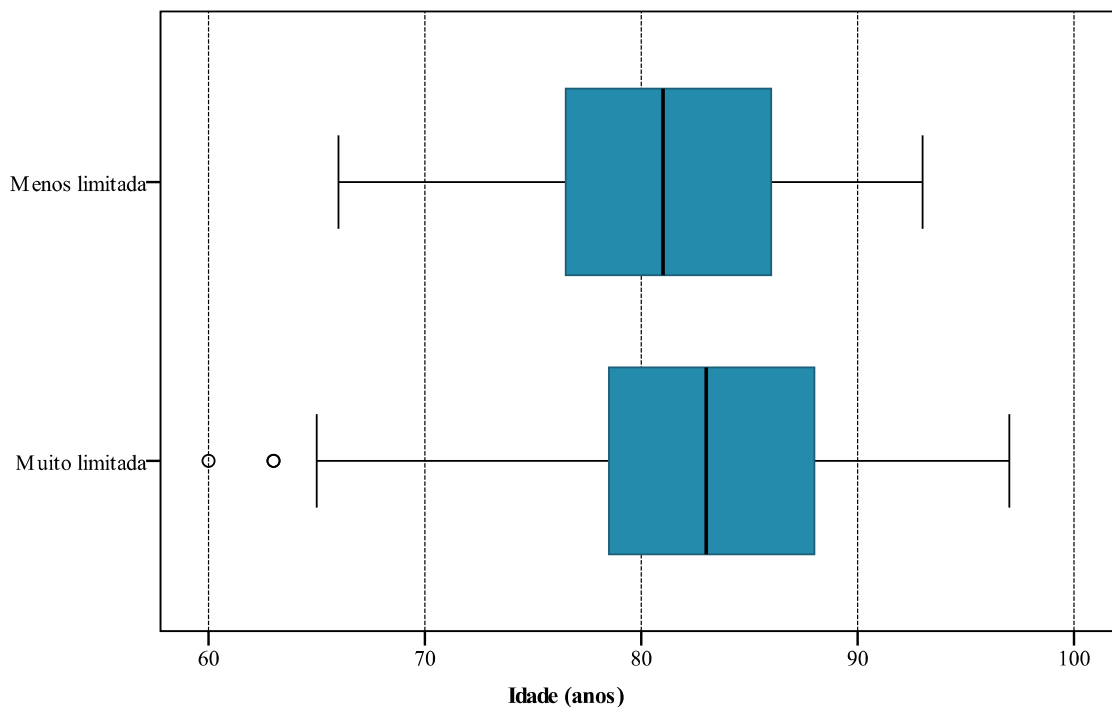


Gráfico 14. Resultados da idade por níveis de rede de apoio social

6.2.3. Défice cognitivo

Foi utilizado o teste Mini Mental State Examination (MMSE) com exceção dos que estavam totalmente dependentes, que equivale a 18 idosos.

A escolaridade destes 18 idosos conforme (tabela 18) situa-se entre o 1º ciclo incompleto e o 9º ano. Nestes casos, o manual da escala refere que pontuações inferiores ou iguais a 22 correspondem a idosos com défice cognitivo. Com base neste critério de corte, podemos afirmar que dos 18 idosos, 5 não apresentam défice cognitivo.

Tabela 18. Escolaridade e função cognitiva

mmse	Escolaridade					
	Menos 4 anos		4º ano		9º ano	
	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem
0	0	0,0%	1	5,6%	1	5,6%
2	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%
3	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
5	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
6	1	5,6%	1	5,6%	0	0,0%
7	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%
10	0	0,0%	2	11,1%	0	0,0%
14	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%
18	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
19	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%
23	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
24	1	5,6%	1	5,6%	0	0,0%
25	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
29	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%
Total	8	44,4%	9	50,0%	1	5,6%

O MMSE está validado para a população portuguesa e classifica os idosos como tendo défice cognitivo ou não. Entre os idosos que não têm dependência total, 72,2% apresentam défice cognitivo. Pretendemos saber qual a relação entre este indicador e o género e a idade.

6.2.3.1. Efeito do género e da idade no défice

Observamos que entre as mulheres, 69,2% apresentam défice cognitivo enquanto entre os homens esse valor é de 80%. De modo que embora estas diferenças percentuais sejam significativas, dada a dimensão desta amostra (n=18) não é suficiente para afirmar que exista associação entre o défice cognitivo e o género ($X^2=0,209$, $p=0,648$).

Tabela 19. Distribuição dos idosos pela classificação do défice cognitivo e género e teste de independência

	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
Classificação MMSE	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem
Sem deficit cognitivo	4	30,8%	1	20,0%	5	27,8%
Com deficit cognitivo	9	69,2%	4	80,0%	13	72,2%
Total	13	100,0%	5	100,0%	18	100,0%
Teste de independência do Qui-Quadrado		X ² =0,209			Sig=0,648	

A média da idade dos idosos com défice cognitivo é de 84 anos e de 77 anos nos que não apresentam défice cognitivo. Porém, estas diferenças não têm significado estatístico, confirmando-se pelo teste de Mann-Whitney que resultou em valores de significância de 0,095 superiores a 0,05 (tabela 20).

Tabela 20. Resultados da idade por classificação do défice cognitivo e teste de Mann-Whitney

Classificação MMSE	Idade					
	n	M	DP	Min	Med	Max
Sem deficit cognitivo	5	77	6	66	79	82
Com deficit cognitivo	13	84	9	63	86	93
Teste de Mann-Whitney		U=15,500			Sig=0,095	

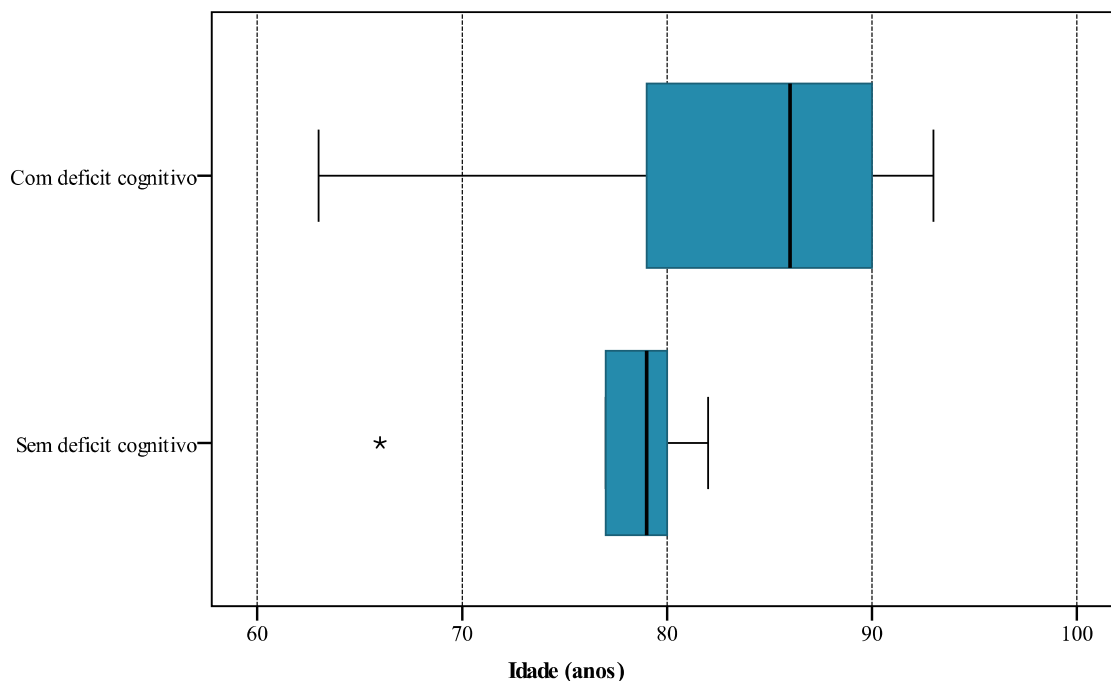


Gráfico 15. Resultados da idade por classificação do déficit cognitivo

6.3. Relação entre o grau de dependência, rede de apoio social e déficit cognitivo

Uma vez apresentadas as escalas aplicadas à população pretendemos estabelecer a relação que existe entre estas.

6.3.1. Grau de dependência e Rede de suporte social

O coeficiente de correlação obtido entre a escala de Barthel e a escala de Lubben é muito baixo (0,178) inferior a 0,2, pelo que não existe uma associação entre o grau de dependência e a rede social de apoio.

Tabela 21. Coeficiente de correlação de Spearman para as escalas de Lubben e Barthel

		Indice_Barthel
Escala de Lubben	ρ	,178
	Sig.	,086
	n	94

O gráfico seguinte mostra a distribuição conjunta dos 94 idosos da amostra pelos níveis das duas escalas, sendo destacados os pontos de corte de cada escala. O facto de os pontos surgirem sem orientação definida ajudam a compreender o baixo coeficiente de correlação obtido. Por exemplo, para níveis baixos na escala de Barthel foram observados, ora valores baixos, ora valores altos na escala de Lubben. E o mesmo acontece quando avaliamos valores centrais ou altos na escala de Barthel.

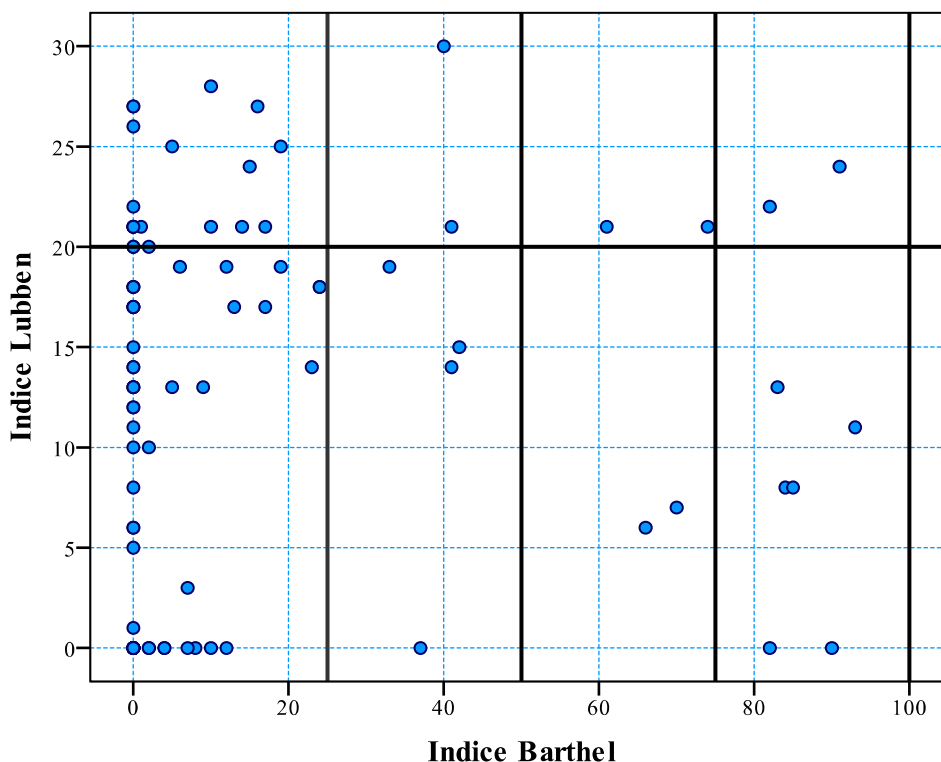


Gráfico 16. Distribuição conjunta de idosos de acordo com os Índices de Barthel e de Lubben

Considerando as classificações que resultam destas escalas foram deduzidas a tabela de dupla entrada que mostra que entre os idosos com dependência moderada, 50% têm rede social limitada, e nos restantes níveis de dependência com maior frequência, a rede social é muito limitada. Destes resultados compreende-se que não exista associação entre o nível de dependência e a classificação da rede social de apoio.

Tabela 22. Distribuição dos idosos pela classificação da rede de apoio social e níveis de dependência e teste de independência

Rede de apoio social		Níveis de dependência				Total
		Dependência leve	Dependência moderada	Dependência severa	Dependência total	
Muito limitada	Nº de idosos	6	2	4	59	71
	Percentagem	75,0%	50,0%	66,7%	77,6%	75,5%
Menos limitada	Nº de idosos	2	2	2	17	23
	Percentagem	25,0%	50,0%	33,3%	22,4%	24,5%
Total	Nº de idosos	8	4	6	76	94
	Percentagem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Teste de independência do Qui-Quadrado		$X^2=1,849$		Sig=0,671		

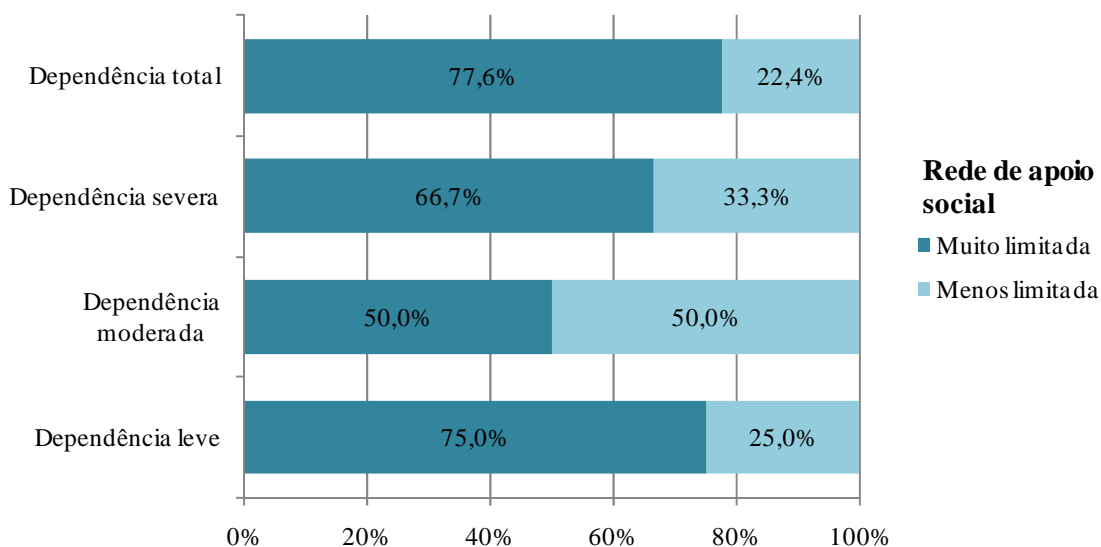


Gráfico 17. Distribuição dos idosos pela classificação da rede de apoio social e níveis de dependência

6.3.2. Déficit cognitivo e Grau de dependência

O coeficiente de correlação de Spearman obtido entre o índice de Barthel e o MMSE, também foi inferior a 0,6 e não significativo, pelo que é possível afirmar que não há uma relação entre o déficit cognitivo e a dependência do idoso da amostra.

Tabela 23. Coeficiente de correlação de Spearman para as escalas MMSE e Barthel

		MMSE
Índice Barthel	ρ	0,402
	Sig.	0,098
	n	18

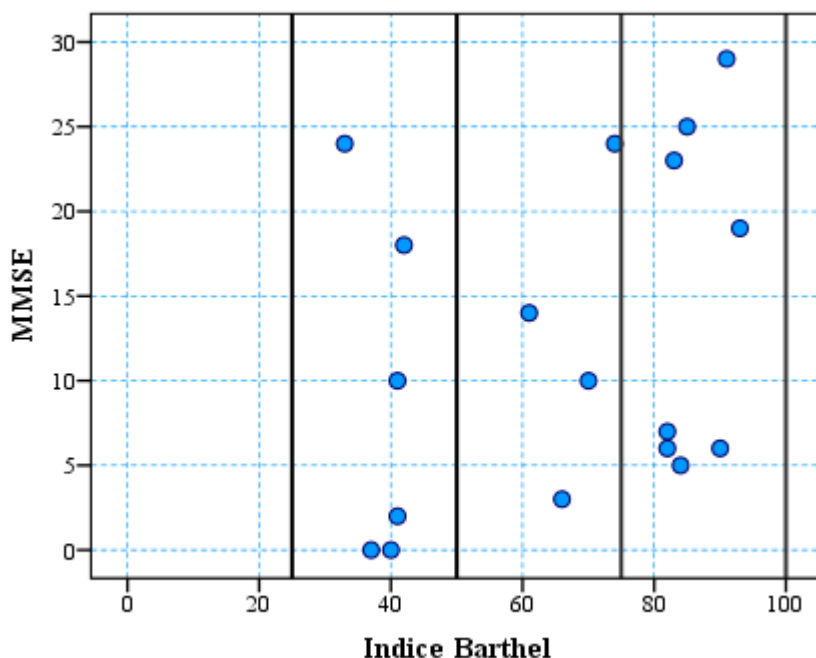


Gráfico 18. Distribuição conjunta de idosos de acordo com o MMSE e Índices de Barthel

Quando consideradas as classificações destas escalas, os resultados são idênticos, assim não existe associação entre o grau de dependência e o déficit cognitivo dos idosos da amostra. Este resultado indica que estas *altas problemáticas* não ocorrem pelo acumular de situações com dependência e déficit cognitivo.

Tabela 24. Distribuição dos idosos pelo défice cognitivo e níveis de dependência e teste de independência

Classificação MMSE		Níveis de dependência			Total
		Dependência leve	Dependência moderada	Dependência severa	
Sem deficit cognitivo	Nº de idosos	3	1	1	5
	Percentagem	37,5%	25,0%	16,7%	27,8%
Com deficit cognitivo	Nº de idosos	5	3	5	13
	Percentagem	62,5%	75,0%	83,3%	72,2%
Total	Nº de idosos	8	4	6	18
	Percentagem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Teste de independência do Qui-Quadrado		X ² =0,683		Sig=0,804	

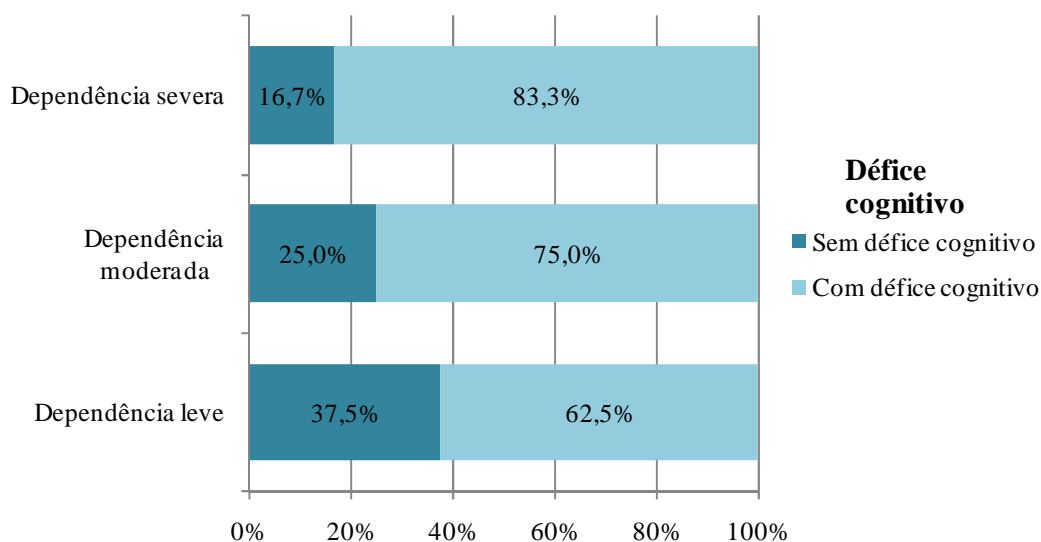


Gráfico 19. Distribuição dos idosos pelo défice cognitivo e níveis de dependência

6.3.3. Déficit cognitivo e apoio social

O coeficiente de correlação de Spearman obtido entre a escala de Lubben e o MMSE, foi fraca ($\rho=0,276$, $p=0,267$). Logo os dados não indicam que exista uma relação entre estas escalas.

Tabela 25. Coeficiente de correlação de Spearman para as escalas de Lubben e MMSE

		MMSE
Escala de Lubben	ρ	0,276
	Sig.	0,267
	n	18

O resultado obtido pelo coeficiente de correlação de Spearman fica confirmado quando consideramos os grupos que estas escalas criam. Através do teste de independência do Qui-Quadrado podemos afirmar que não existe associação entre a presença de défice cognitivo e rede social de apoio.

Tabela 26. Distribuição dos idosos pela classificação da rede de apoio social e défice cognitivo e teste de independência

	Classificação MMSE					
	Sem deficit cognitivo		Com deficit cognitivo		Total	
Rede de apoio social	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem	Nº de idosos	Percentagem
Muito limitada	3	60,0%	9	69,2%	12	66,7%
Menos limitada	2	40,0%	4	30,8%	6	33,3%
Total	5	100,0%	13	100,0%	18	100,0%
Teste de independência do Qui-Quadrado		X ² =0,138			Sig=0,710	

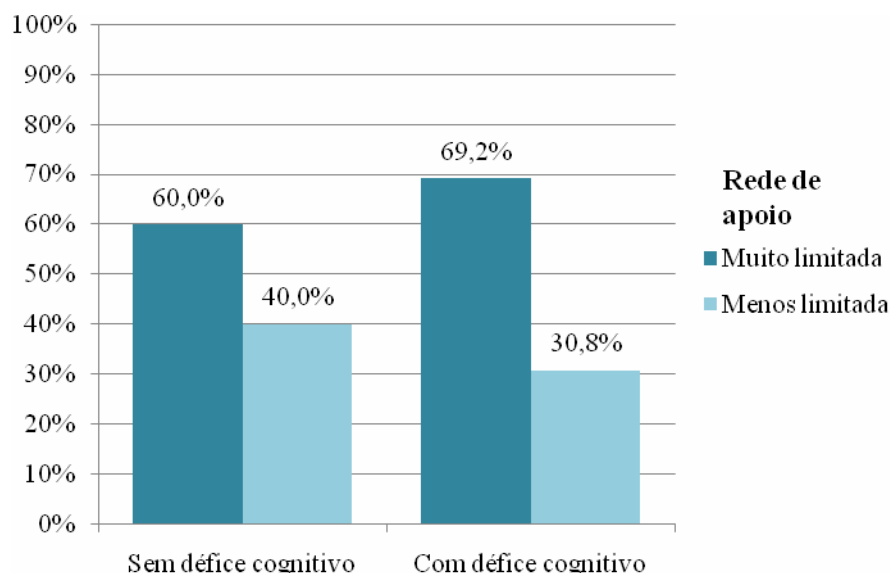


Gráfico 20. Distribuição dos idosos pela classificação da rede de apoio social e défice cognitivo

O gráfico 20 confirma que 60% dos idosos sem défice cognitivo e 69% dos idosos com défice cognitivo têm uma rede social muito limitada.

7. Conclusões e sugestões

A população estudada é constituída na sua maioria por mulheres (68%), aproximadamente o dobro do que a percentagem de homens (32%), de um total de 97 idosos em situação de *alta problemática* nos hospitais da RAM. Resultado, que se pode explicar pela esperança média de vida do sexo feminino ser superior à do sexo masculino, poderão ser determinantes para a organização, na definição de políticas e eixos de intervenção para esta população. Relevo, aqui, a importância desta monitorização, através de programas como o Acompanhamento Sistemático e a Avaliação Geriátrica Ampla assente numa política preventiva centrada no geronte hospitalizado. A avaliação, através de um plano multidimensional multi-factorial e/ou multidisciplinar na prestação de cuidados ao idoso hospitalizado é determinante para uma intervenção efetiva e eficaz a esta população.

Relativamente, à média de idades apurada, verificamos que o intervalo de variação da população varia entre 60 e 97 anos, sendo de 83 anos para as mulheres e 80 para os homens. Curiosamente, uma média um pouco acima daquela que se definiu para a região, na medida em que alguns estudos revelam que somos a região que apresenta a mais baixa taxa de média de esperança de vida do País.

No que respeita à sua distribuição, pelos diversos serviços do Hospital Central do Funchal aferimos que é o serviço de Medicina aquele que maior número acolhe, com uma percentagem de 87,6% dos idosos da população estudada, um dado que poderá ou não ser predicativo da causa do internamento. Contudo, sugerimos novos estudos nesta matéria para aferir esta relação.

E porque surgem também, já algumas estratégias de intervenção no domínio do envelhecimento na região (Plano Gerontológico 2009/2013), fomos aferir a

procedência da nossa população. Assim, verificamos que 52,6% dos idosos residem no Funchal, curiosamente, onde o índice de envelhecimento apresenta valores mais baixos, 11,3% do concelho de Santa Cruz e 9,3 do Concelho de Câmara de Lobos. Uma predominância urbana representativa, que poderá contribuir para a definição de políticas e estratégias direccionadas para um envelhecimento ativo e para a promoção da autonomia no idoso, evitando deste modo a hospitalização e demais encargos associados a esta problemática.

No que se refere às variáveis dependentes estudadas em 94 idosos: dependência funcional, rede de apoio social e défice cognitivo concluímos que relativamente ao grau de dependência, 89,9% dos idosos apresentam dependência total. As unidades de apoio ao internamento integrado e as unidades de cuidados paliativos, poderão ser um dos eixos de intervenção para minorar esta problemática e otimizar os recursos hospitalares existentes. Procuramos aferir, ainda o efeito do género com a dependência, porém esta hipótese revelou-se nula (nível de significância de 0,05), em virtude do género não afectar o nível de dependência do idoso. Confirmamos, ainda se existiria alguma relação entre a idade dos inquiridos e o grau de dependência. Os dados revelaram que é no grupo dos que têm dependência severa que a idade é maior.

À semelhança da dependência, fomos avaliar através da escala de Lubben a rede de suporte social da população estudada. Constatamos que 75,5% dos idosos apresentam uma rede social muito limitada, notámos que essa percentagem é de 66,2% entre as mulheres e de 96,6% entre os homens, o que vem confirmar que os homens apresentam com maior frequência redes sociais de apoio muito limitadas. O que pode ser explicado pelo fato de tradicionalmente os cuidadores de idosos serem os filhos e os cônjuges, que naturalmente nestas idades já são também idosos e precisam de cuidados.

No que concerne ao défice cognitivo, verificamos que 72,2% dos idosos que não apresentam dependência total possuem défice cognitivo, sendo esse valor mais alto nos homens (80%.) do que nas mulheres (69,2%). Na relação estabelecida entre o género e a idade verificamos que a média dos idosos é de 84 anos contra 77 observados na população de idosos sem défice cognitivo, embora estas diferenças não tenham registado significado estatístico.

Apesar dos resultados apontarem para uma correlação não significativa entre as variáveis estudadas nesta população, as classificações resultantes do cruzamento destas variáveis aludem-nos para algumas conclusões. Assim, do grau de dependência e da rede de suporte social, aferimos que entre os idosos com dependência moderada, 50% tem rede social menos limitada enquanto que nos restantes níveis de dependência apresenta com maior frequência uma rede social muito limitada. No que concerne à relação estudada entre o défice cognitivo e o grau de dependência os resultados são idênticos, uma vez que se conclui que as *altas problemáticas* ocorrem independentemente do acumular de situações com dependência e défice cognitivo. Resultado idêntico apuramos, na relação entre o défice cognitivo e a rede de apoio social, uma vez que podemos afirmar que não existe associação entre a presença de défice cognitivo e rede social de apoio, pois 60% dos idosos sem défice cognitivo apresentam uma rede social muito limitada e 69% dos idosos com défice cognitivo apresentam resultado similar.

Constata-se, assim, que apesar de não serem observados coeficientes de correlação significativos, os parâmetros estudados indicam que um idoso pode incorrer numa situação de *alta problemática* independentemente do grau de dependência, rede social e/ ou presença de défice cognitivo, sem que seja possível aferir do efeito aditivo destes fatores.

Apesar deste resultado, é necessário ter presente que a questão da dependência é tratada, efetivamente, como um fator que dificulta a reinserção do idoso hospitalizado. Daí que a mesma necessita de ser reconhecida como um problema de saúde pública, uma vez que o seu impacto sobre a sociedade e a família não pode ser subestimado. Pelo exposto sugere-se que famílias e redes de apoio formal funcionem em parceria. Reconhecendo a importância da parceria entre os profissionais de saúde e os cuidadores familiares está atalhado o caminho para a reinserção do idoso hospitalizado.

Contudo, sugerem-se novos estudos, em particular na área do cuidador, nomeadamente, características do agregado familiar, condição socioeconómica, dificuldades do cuidador, entre outras, para melhor compreendermos esta problemática. Sugere-se também que se realize uma avaliação diagnóstica das redes de apoio existentes, bem como dos sistemas de articulação entre e dentro dessas redes. A intervenção ao nível de programas de educação/ informação também deve ser colocada, na medida em que é importante intervir junto dos cuidadores, facultando as informações necessárias para a compreensão da problemática, evitando desta forma um número crescente de casos.

Constatamos assim, que o aumento da longevidade se encontra relacionado com a maior eficácia das medidas preventivas em saúde e o avanço da ciência no combate à doença. Uma velhice saudável resulta de uma adequada prevenção de incapacidades e promoção da melhoria da qualidade de vida, reduzindo-se factores de risco, como doenças e inadequados hábitos de vida que conduzam ao internamento hospitalar. Sublinhava, ainda que a responsabilidade familiar deve ser uma constante. Todavia defendemos que sendo o envelhecimento social, a prestação de cuidados aos mais idosos deve ser partilhada entre a família e o Estado. A sociedade deverá assegurar os direitos fundamentais de todos os idosos, independentemente das condições em que se encontrem. Face a este conjunto de reflexões, podemos afirmar que a intervenção junto das pessoas

idosas deve ser global, encarando-as nos seus aspetos físicos, psicológicos e sociais. A intervenção, essa, poderá pautar por uma ótica paliativa ou preventiva, mas o importante é ajudar a pessoa idosa a estabelecer novas formas de relação com o meio, respeitando a sua experiência de vida e fomentando a expressão dos seus potenciais. É nesta perspetiva que o gerontólogo norteia a sua intervenção.

O trabalho do gerontólogo deve permitir colocar em ação toda a energia estagnada, mal direcionada e levar a pessoa idosa a desenvolver o seu potencial de forma criativa, resgatando a essência da vida. Enquanto profissional de saúde tem um papel fundamental na ajuda da descoberta de um caminho que possibilite que aquelas pessoas com quem nos cruzamos e outras com quem provavelmente nos viremos a cruzar em situações semelhantes, na individualidade das diferenças de cada um, voltem a sorrir ... e a descobrir o melhor caminho para casa.

Referências Bibliográficas e Web gráficas

- Almeida, M. L. (1999). Cuidar o idoso: Revelações da Prática de Enfermagem. In, M. A. Costa et al. O Idoso. Problemas e Realidades. Coimbra: Manual Sinais Vitais. Editora Formasau.
- Amaral, M.F. e Vicente, M.O. (2001). Grau de dependência nos idosos – in Nursing, N.º 158, Setembro, pp. 8-14.
- Augusto, Berta Maria; Rodrigues, Clara e outros, (2002), “cuidados continuados: família, Centro de Saúde e Hospital como parceiros no cuidar”, Coimbra, Edições Formasau – formação e Saúde, Lda.
- Baltes, P. (1987) . Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental psychology*, 23, (5), 611-626.
- Baltes, P. & Smith, J. (2004). Lifespan psychology: From developmental contextualism to developmental biocultural co-constructivism. *Research in human development*, 1,3,123-144.
- Berger, Louise; Mailloux-Poirier, Danielle (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e Promoção da Saúde*. Lisboa: Manuais Universitários 14: Climepsi Editores.
- Berger, L. (1995). Aspectos biológicos do envelhecimento. In Berger, L., Mailloux-Poirier, D. *Pessoas idosas: uma abordagem global*, (p.123-125). Lisboa: Lusodidacta.
- Birren J., & Cunningham W. (1985). *Research on the psychology of aging: principles, concepts and theor.* In *Psychology of Aging*. New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Boavida, J. (2001, Outubro/Dezembro). É necessário integrar as Pessoas Doentes no Controlo e Gestão da Sua Própria Doença. *Diabetes. Viver em equilíbrio*, 21, 10-11.
- Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação* (p. 292). Porto: Porto Editora.

- Borges C.D. (2004). Vida familiar: modelo, consenso e consonância cultural na população de Ribeirão Preto – São Paulo, Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e letras, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de São Paulo, Brasil.
- Botelho, M. A. S. (2000). Autonomia Funcional em idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano – Lisboa, Laboratórios Bial, 1ª edição.
- Brito, Luísa (2002). A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8717-19-9
- Cabete, Dulce Gaspar (2005). O Idoso, a Doença e o Hospital: O impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-89-4
- Caldas, C. P. (2000). A Dimensão Existencial da Pessoa Idosa e seu Cuidador. Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade. Textos do Envelhecimento, 3 (4).
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com Dependência: responsabilidades e demandas da família – in caderno de saúde pública 19 (3), Mai-Jun, Rio de Janeiro, pp. 773-781.
- Calvário, Ascensão; Brito, Irma; Brito, Luísa (1999). Necessidades de Informação, Educação e Apoio nos Cuidados a Idosos Dependentes. Revista Referência, nº 3, pág. 15-21. ISSN 0874.0283
- Campos, A. C. (2001, Janeiro/Junho). O envelhecimento da população e os gastos com a saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19, 25-27.
- Cordeiro, Maria Paula (1999). O Idoso – Problemas e Realidades. Manual Sinais Vitais. ISBN 972-8485-07-7
- Capucha, Luís (2006). Carta Social: Rede de serviços e equipamentos. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. In, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009. Editorial do Ministério da Educação, p.10. ISBN 978-972-704-348-4.
- Carapinheiro, Graça (1998). Saberes e poderes no hospital – uma sociologia dos serviços hospitalares; 3.º edição, Porto: Afrontamento, 1998, ISBN: 972-36-0306-3.

- Carrilho, M. J., & Patrício L. (2002). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista Estudos Demográficos* (33). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Carrilho, M. J., Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento. Análise exploratória dos censos 91 e 2001. Lisboa: INE Portugal.
- Carmo, Hermano e Ferreira, M. M. (1998). Metodologia da Investigação: Guia para a auto - aprendizagem – Lisboa, Universidade Aberta.
- Carmo, Hermano. (2001). Problemas Sociais Contemporâneos. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, M. M. (1996). A enfermagem e o humanismo. Lisboa: Lusociência.
- Carvalho, G. S. (2002). Literacia para a Saúde: Um Contributo para a Redução das Desigualdades em Saúde. In M. Leandro, M. Araújo e M. Costa (Org.). *Saúde - As teias da discriminação social* (pp. 119-135). Actas do colóquio Internacional saúde e Discriminação Social. Braga: Instituto de Ciências Sociais.
- Charazac, P. (2004). Introdução aos cuidados geronto psiquiátricos – Lisboa, Climepsi Editores, 1.^a edição, Fevereiro, ISBN 972-796-099-5.
- Circular normativa n.º 8/DGCG de 24/04/2001
- Circular informativa n.º 12/DSPCS de 19/04/2004
- Circular Normativa n.º: 13/DGCG. Lisboa.
- Colliére, M. F. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem – Lisboa, Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 5.^a triagem, Março, ISBN 972-757-109-3.
- Cordeiro, M. P. (1999). Avaliação da saúde em gerontologia. In O idoso problemas e realidades. *Problemas e realidades*, 4, 51- 61. *Manual sinais vitais*, Formasau.
- Costa, M. A. (1998). Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados. Lisboa: Editora Fim do Século.
- Costa, M. A., & López, E. (1998). Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida (27-58). Madrid: Ediciones Pirâmide.

- Costa, M. A. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros; in Agreda, José Javier Soldevilha; Costa, Maria Arminda Mendes; Ermida, José Gomes *et al*: O idoso problemas e realidades – Manual Sinais Vitais; Coimbra: Formasau, 1999, ISBN: 972-8485-07-7.
- Costa, M. A. (2002, Junho). Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros. *Formasau*. 27, 44-297.
- Direcção Geral da Saúde (2000). Conservar-se em forma na idade avançada. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde (2003). Promoção e educação para a saúde. Lisboa.
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas – Lisboa, Direcção Geral de Saúde, Ministério da Saúde.
- Drem, extraído 14/09/2011
- Duncan, P.; Jorgensen, H. S.; Wade, D. — *Outcome measures in acute stroke trials : a systematic review and some recommendations to improve practice*. *Stroke*. 31 : 6 (2000) 1429- -1438.
- Ermida, J. G. (1999). Processo de Envelhecimento. In M. A. Costa, et al. *O idoso: Problemas e realidades*. Coimbra: Manual Sinais Vitais, Editora Formasau.
- Faustino, Ana Margarida et al (2002). Hospitalização do Idoso: Uma abordagem focalizada nos aspectos preventivos. *Servir*, vol. 50, nº 5, pág. 236-240. ISSN 0871/2370.
- Fernandes, Purificação (2002). A depressão no idoso. 2.^a Edição. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-61-9
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una introducción. Madrid: Pirâmide.
- Ferreira, Pedro Lopes; RODRIGUES, Rogério; NOGUEIRA, Dália. Avaliação multidimensional em idosos. 1.^a Edição. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda. ISBN 972-8910-15-0

- Ferreira de Almeida, J. e Pinto, J.M. (1989). Da teoria à Investigação Empírica. Problemas Metodológicos Gerais – in Santos Silva, A. e Pinto, J. M. – *Metodologia das Ciências Sociais* – Porto, Edições Afrontamento, 3.^a edição, pp. 55-78.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 12:189-98.
- Fonseca, A. M. (2005). O Envelhecimento Bem-Sucedido. In C., Paúl, A. M., Fonseca. *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-308). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F (1999). O Processo de Investigação: da concepção à realização (pp.161). Loures, Lusociência.
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de cuidados de saúde à família: Uma introdução – in Hanson, S. M. H. (2005) – *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* – Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2.^a edição, pp. 3-37, ISBN 972-8383-83-5.
- Heavy, C., Layne, C., & Christensen, A. (1993). Gender and conflict. Iin marital interaction: A replication and extension. *J. Counsult. Clin. Psychol*, 61, 16-27.
- Hesbeen, Walter (2000). Cuidar no hospital – enquadrar cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar, Loures: Lusociência, 2000, ISBN 972-8383-43-06.
- Hesbeen W. (2001). Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência: Edições técnicas e Científicas, 2001, p.34
- Hesbeen, W. (2003). A reabilitação – criar novos caminhos. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-11-8.
- Holmer, I. M., Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research Through The Use Of A Typology. *Journal of Advanced Nursing*, 23,152-159.
- INE (2002). Departamento de Estatísticas Censitária e das populações – Serviço de Estudos sobre a população – O Envelhecimento em Portugal, situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas – Lisboa, Instituto Nacional de Estatística. Disponível em <http://www.ine.pt> (consultado em 22 de Junho de 2011).
- INE (2003). Destaque. Projecções de População Residente em Portugal.

- Imaginário, C. M. (2004). O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal – Coimbra, Edições Sinais vitais, Formasau – Formação e saúde Lda., pp. 41- 42, ISBN 972-8485-38-7.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). Censos 2001 – Resultados Provisórios, Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). O Envelhecimento em Portugal. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística (2002, Fevereiro). Censos 2001: Análise de População com Deficiência - Resultados Provisórios. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). Resultados definitivos dos Censos 2001. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. Retratos Territoriais. Instituto Nacional de Estatística
- Instituto Nacional de Estatística (2004). Projecções de Portugal residente, Portugal e NUTSII: Decréscimo e Envelhecimento da população até 2050. Lisboa.
- Jacob, Luís. (2008). Animação de Idosos – Actividades. 3ª edição. Porto: Âmbar Maio.
- Kane, Robert L.; Ouslander, Joseph G.; ABRASS, Itamar B. (2004). Geriatria Clínica. 5.ª Edição. Rio de Janeiro: McGraw-Hill. ISBN 85-86804-43-6
- Kaplan & Sadock (1981). Compêndio de Psiquiatria Dinâmica. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.
- Kerouac, S. (1994). La Pensée infirmière: Conceptions et stratégies – Quebec, Etudes Vivents.
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos – in Paul M. C. e Fonseca, A.M. – *Envelhecer em Portugal* – Lisboa, Climepsi Editores, 1.ª Edição, Setembro, pp. 203-229, ISBN 972-796-185-1.
- Lakatos, Eva e Marconi Marina (2002). Técnicas de pesquisa, 5.ª edição. São Paulo. Editora Atlas S.A.
- Leandro, M.E. (2001). Sociologia da Família nas sociedades contemporâneas – Lisboa, Universidade Aberta, ISBN 972-674-323-0.

- Lima, M.A. (2001). A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade. Rio de Janeiro: UnATI-UERJ.
- Maroco, J. (2003). Análise Estatística: com a utilização do SPSS – Lisboa, Edições Sílabo, 2.ª Edição, Abril.
- Martin I. (2005). O cuidado informal no âmbito social – in Paul, M.C. e Fonseca, A.M. – *Envelhecer em Portugal* – Lisboa, Climepsi Editores, 1.ª Edição, Setembro, pp.186-202, ISBN 972-796-185-1.
- Melão, Licínia Maria Simões Gaspar (1999). Envelhecimento – Que realidade? Porto: Revista informar, 1999, n.º 18, pp.19-24.
- Moreira, I. M. P. B. (2001). O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família – Coimbra, Edições Sinais Vitais, Formação e saúde Lda., Setembro, ISBN 972-8485-22-0.
- Moreno, A. S., Garcia, E. R., Campos, P. M. (2000). Procedimentos en educación para la salud. In A. S., Moreno, E. R., Garcia, P. M., Campos. *Enfermería comunitária*. Madrid: McGraw-Hill.
- Nazareth, Manuel (1996). Introdução à Demografia: Teoria e Prática. 1ª Ed. Lisboa. Editorial Presença.
- Nazareth, J. M. (1999). O envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e Cultura*, Vol. II nº 2, Dezembro, pp. 239-250.
- Neri, A.L. e Cachioni, M. (1999). Velhice bem sucedida e educação. In A.L. Neri e G.G. Debert (orgs). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papyrus Editora. Coleção Vivaldi.
- Neto, H.M. (2008). *Universidades da Terceira Idade. Da solidão à motivação*.
- Nogueira, Maria Assunção Almeida (2003). *Necessidades da Família no cuidar: papel do enfermeiro*; Porto: Universidade do Porto; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; Mestrado em Ciências da Enfermagem.
- OMS. (2007). *Relatório Mundial de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paixão, Jr. C. M. e Reichenhein, M. E. (2005). Uma revisão sobre os instrumentos de Avaliação do estado Funcional do Idoso – In caderno de saúde pública, 21 (1), Jan – Fev, Rio de Janeiro, pp. 7-19.
- Paúl, M.C. (1997). Lá para o fim da vida – idosos, família e meio ambiente – Coimbra, Livraria Almedina, ISBN 972-40-1000-7.
- Paúl, Constança; Fonseca, António M. (2005). Envelhecer em Portugal. 1.^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-185-1
- Petersen, Ronald C. (2004). Défice cognitivo ligeiro: o envelhecimento e a doença de Alzheimer. 1.^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-796-101-0
- Pimentel, Luísa (2005). O lugar do idoso na família: Contextos e trajetórias. Coimbra, Quarteto Editora, 2.^a Edição, Junho, ISBN 989-558-051-7
- Plano Gerontológico da RAM 2009 /2013
- Portugal, Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direcção Geral da Saúde, Circular Normativa nº 13 de 2 de Julho de 2004. <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006346.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde, DGS (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa.
- Portugal, INE (2002). O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Estudos Demográficos* (pp.32). http://www.ine.pt/prodserv/estudos/ficha.asp?x_estudoid=283#
- Raimundo, Maria João; LIMA, Michael (2002). Cuidar do idoso – Os cuidados que prestamos, as pessoas que somos. *Servir*, vol. 50, nº 4, pág. 192-195. ISSN.
- Reis, J. C. (1998). O sorriso de Hipócrates – a integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença – Lisboa, Veja, ISBN 972-699-613-9.
- Relvas, A.P. (1982). A família: Introdução ao seu estudo numa perspectiva sistémica – in *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 19, pp. 301-321.
- Ribeiro, J. L. (1994). Psicologia da saúde, saúde e doença. In T. M., McIntyre, *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção Perspectivas Futuras* (pp.55-72). Braga: APPORT.

- Ribeiro, J. L. P. (2005). Introdução à psicologia da saúde – Coimbra, Quarteto, 1.^a Edição, Março, ISBN 989- 558-045-02.
- Richards, B. S. e Lilly, M.L. (2005) . Enfermagem Gerontológica da Família – in Hanson, S. M. H. (2005). *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação* – Loures, Lusociência, Edições técnicas e científicas, Lda., 2.^a Edição, pp.349-367, ISBN 972-8383-83-5.
- Rodrigues, Vítor Manuel Costa Pereira (1999). A complexidade dos problemas humanos no hospital: Vivências e reflexões; Sodivir, Edições do Norte, ISBN 972-8546-00-9.
- Sabartes, O. et al (2003). Deterioro funcional del anciano frágil com patologia respiratória crónica: valoración multidisciplinar. Ver. Mult. Gerontol. 13: 3, 143 -150.
- Santana, P. (2005). Geografias da Saúde e do Desenvolvimento: evolução e tendências em Portugal, Coimbra, edições Almedina, Abril, ISBN 972-40-2490-3.
- Santos, P.F.C. (2002). A Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão – Coimbra, Quarteto Editora, 2.^a Edição, Março, ISBN 972-8535-61-9.
- Sapeta, Paula (1997). O doente terminal e a família – realidades e contextos. Lisboa: Revista Nursing, 1997, n.º 117, pp. 28-31, ISSN: 0871-6196.
- Sapeta, Ana Paula Gonçalves Antunes (2000) - A Família face ao doente terminal hospitalizado – o caso particular do HAL. Coimbra: Revista Investigação em enfermagem, 2000, n.º 1, pp. 3-16 ISSN: 0874-7695.
- Silva, Bessa e Cardoso de Oliveira (2004). Tamanho e Estrutura Familiar de Idosos Residentes em áreas periféricas de uma metrópole - in Ciência y Enfermeria, x (1), pp. 31-39, ISBN 0717-2079.
- Silva, João Fernandes (2006). Quando a vida Chegar ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família. Loures: Lusociência, ISBN 972-8485-65-4.
- Schachter, Shalomize Miller, R. S. (1996) . Mais velhos Mais sábios – uma visão nova e profunda da arte de envelhecer, Rio de Janeiro, campus Editora, Capítulos 1 e 2.

- Scharfetter, Christian. (2005). Introdução à psicopatologia geral. 3ª Edição, Lisboa: Climepsi Editores.
- Sequeira, Carlos (2007). Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnósticos e Intervenções. 1.ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 978-989-558-092-7
- Sousa, Liliana; Figueiredo, Daniela; Cerqueira, Margarida (2004) - Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice, Porto, Âmbar, 1.ª edição, Novembro, ISBN 972-43-0861-8.
- Squire, Anne (2004). Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-87-8
- Stuart-Hamilton, Ian (2002). Psicología del envejecimiento. Madrid: Ediciones Morata. ISBN 84-7112-453-X
- Toniolo Neto J, Pintarelli VL, Yamatto TH. (2007). A Beira do Leito: Geriatria e Gerontologia na prática hospitalar. Barueri: Manole.
- Veríssimo, C. Maria Figueira (2001). Envelhecer em Família: qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes em domicílio – contributos para uma intervenção multidisciplinar; Coimbra: Universidade de Coimbra; Faculdade de Medicina.
- Veríssimo, C. Maria Figueira (2004). Idosos Dependentes: importância dos conceitos para a produção multidisciplinar de cuidados – in Nursing, N.º 187, Abril, pp. 20-24.
- Vilarmau, M. T.; Diestre, G.; Guirao, M. (2000) . Evolucion de los pacientes dados de alta com el diagnóstico de accidente vasculocerebral de una unidad de convalescencia y rehabilitación (UCR). Ver. Mult. Gerontol. 10: 1, 33 – 37.

ANEXOS

Anexo 1- Instrumento de Colheita de dados: MMSE (Mini Mental State Examination)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.
Pega com a mão direita _____
Dobra ao meio _____
Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.
Fechou os olhos _____

Nota: _____

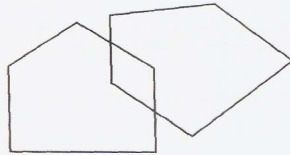
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo 2- Instrumento de Colheita de dados: **Escala de Barthel**

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____ D.N. ___/___/___ HD: ____

<p>CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. 2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. 3. Alguma assistência e necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. 4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. 5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
<p>CATEGORIA 2: BANHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente para banhar-se. 2. Requer assistência em todos os aspectos do banho. 3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença. 4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. 5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
<p>CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. 2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. 3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. 4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. 5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
<p>CATEGORIA 4: TOILETE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente dependente no uso do vaso sanitário. 2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário 3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos. 4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. 5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.
<p>CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é incapaz de subir escadas. 2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. 3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. 4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança. 5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
<p>CATEGORIA 6: VESTUÁRIO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. 2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário 3. Necessita assistência para se vestir ou se despir. 4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc. 5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
<p>CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. O paciente apresenta incontinência urinária. 2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. 3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. 4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. 5. O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
<ol style="list-style-type: none"> O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO
<ol style="list-style-type: none"> Totalmente dependente para deambular. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão. <p style="text-align: center;">Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas</p>
CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *
<ol style="list-style-type: none"> Dependente para conduzir a cadeira de rodas. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências). <p style="text-align: center;">Não se aplica aos pacientes que deambulam.</p>
CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA
<ol style="list-style-type: none"> Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toilete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

Anexo 3- Instrumento de Colheita de dados: **Escala de Lubben**

Escala de rede de apoio social adaptada de Lubben (1988)

Seguem-se algumas questões sobre vários aspectos da relação do idoso com outras pessoas. Cada afirmação tem seis categorias de resposta possível. Coloque as várias possibilidades de resposta a pessoa idosa, e, assinale a correspondente à opção efectuada pela mesma.

Rede familiar

1 Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez no mes?
(incluir parentes por afinidade)

Zero
Um
Dois
Três ou quatro
Cinco a oito
Nove ou mais

2 Sobre o familiar com quem contacta mais, qual a frequência com que fala ou se encontra com essa pessoa?

De meses a meses
Mensalmente
Algumas vezes por mes
Semanalmente
Algumas vezes por semana
Diariamente

3 Quantos familiares considera que lhe são próximos, ou seja, com quantos deles se sente a vontade para falar sobre assuntos pessoais, ou a quem pode pedir ajuda?

Zero
Um
Dois
Três ou quatro
Cinco a oito
Nove ou mais
Rede de amigos

4 Tem amigos íntimos, isto é, amigos com quem se sente a vontade, com quem pode falar sobre assuntos pessoais ou a quem pode pedir ajuda?

Zero
Um
Dois
Três ou quatro
Cinco a oito
Nove ou mais

5 Com quantos desses amigos se encontra ou conversa, pelo menos uma vez por mes?

Zero

Um
Dois
Três ou quatro
Cinco a oito
Nove ou mais

6 Diga quantas vezes se encontra ou conversa com o amigo com quem contacta mais?
Menos do que uma vez por mes
Mensalmente
Algumas vezes por mes
Semanalmente
Algumas vezes por semana
Diariamente
Relações de confiança

7 Quando tem que tomar alguma decisão importante, tem alguém com quem conversar?
Sempre
Com muita frequência
Frequentemente
As vezes
Raramente
Nunca

8 Quando outras pessoas que conhece tem alguma decisão a tomar, falam consigo sobre esse assunto?
Sempre
Com muita frequência
Frequentemente
As vezes
Raramente
Nunca
Ajuda aos outros

9 Há alguém a espera que faça algo por ela/ele? Por exemplo ir às compras, fazer o jantar, fazer pequenas reparações, limpar a casa, cuidar de crianças, etc.
Se a resposta for não passar para 3.4.10 e seguinte
Se a resposta for sim, cotar 5 e passar para o item 3.4.11

10 Ajuda alguém em coisas como ir as compras, preencher formulários, fazer reparações, cuidar de crianças, etc.?
Com muita frequência
Frequentemente
As vezes
Raramente
Nunca
Com quem vive

11 Vive só ou com outras pessoas? (incluir os parentes por afinidade)

Vive com o cônjuge e /ou com outros familiares e amigos
Vive com pessoas que não lhe são nada
Vive com alguém a quem paga uma mensalidade
Vive só

Anexo 4 – Pedido de autorização ao SESARAM, E.P.E

Eduardo Raimundo Sá Silva
Caminho da Voltinha, n.º 19
Casais da Igreja, CCI-102
9270-101 Ribeira da Janela

Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

ENTRADA
E.A075159 / 5 2010/12/14

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração
do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira E.P.E

Dr. António Almada Cardoso
Avenida Luís de Camões, 57
9004-514 Funchal

Eduardo Raimundo Sá Silva, Técnico Superior do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. provido à data em comissão de Serviço, mestrando em Gerontologia Social pelo Centro de Competências Tecnologias da Saúde da Universidade da Madeira, vem pela presente solicitar a V. Exma. autorização para realizar, no âmbito da Tese/Dissertação de Mestrado, o Projecto de Investigação, "*Idosos em Internamento Hospitalar com dificuldades de reinserção Sócio-familiar – Análise Multidimensional do abandono do idoso em internamento hospitalar, na RAM*", considerando todas as orientações éticas necessárias à submissão do projecto em anexo à Comissão de Ética do SESARAM, E.P.E.

Na expectativa do melhor acolhimento deste projecto por parte de V. Exa. subscrevo-me com os votos da mais elevada estima e consideração.

Aguardo deferimento;

Atenciosamente,

Porto Moniz, 30 de Novembro de 2010.

O Mestrando em Gerontologia Social



Eduardo Raimundo Sá Silva



C/C
Direcção Clínica do SESARAM, E.P.E.

Exmo. Senhor
Dr. Eduardo Raimundo Sá Silva
Caminho da Voltinha, n.º 19
Casais da Igreja, CCI-102
9270-101 Ribeira da Janela

Sua referência Sua comunicação

N/Ofi Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.

Assunto: Projecto de Investigação

SAÍDA
S.1101082 / 5 2011/01/20

Relativamente ao pedido de autorização para a realização no âmbito da Tese/Dissertação de Mestrado, o Projecto de Investigação “Idosos em Internamento Hospitalar com Dificuldades de Reinserção Sócio-familiar – Análise Multidimensional do Abandono do Idoso em Internamento Hospitalar na RAM”, informo V. Ex.^a. que o mesmo foi autorizado pelo Conselho de Administração em 18.01.2011, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, do qual se junta fotocópia.

Com os melhores cumprimentos.

O/Presidente do Conselho de Administração

António Almada Cardoso

FA



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO DE SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, E.P.E.

Comissão de Ética para a Saúde
do
SESARAM,EPE

Parecer nº 05/2011

O Pedido:

Recebido do Conselho de Administração para parecer, pedido de autorização de Eduardo Raimundo Sá Silva, para realizar no âmbito da sua Tese/Dissertação de Mestrado, o Projecto de Investigação "Idosos em Internamento Hospitalar com Dificuldades de Reinserção Sócio-familiar - Análise Multidimensional do Abandono do Idoso em Internamento Hospitalar na RAM".

Parecer:

A CES/SESARAM,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei nº 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Santos, Médico, Dr^a Joana Dias, Juíza, Dr. Emanuel Gomes, Psicólogo, Dr^a Raquel Tranquada, Médica, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo e Enfermeira Isabel Santos, na sua reunião de 11 de Janeiro de 2011, decidiu dar parecer favorável ao pedido acima identificado por não levantar quaisquer problemas de ordem ética.

Funchal, 17 de Janeiro de 2011

O Presidente da CES

(Edward Richard Maul)
COMISSÃO
ÉTICA



Anexo 5 – Consentimento Livre e Esclarecido

DOCUMENTO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Entendo que toda a informação derivada do estudo *Idosos em internamento hospitalar com dificuldades de reinserção sócio-familiar – Análise multidimensional do abandono do idoso em internamento hospitalar, na RAM* é propriedade de Eduardo Raimundo Sá Silva. Dou o meu consentimento para que dados anónimos a meu respeito possam ser guardados e processados por Eduardo Raimundo Sá Silva para fins de avaliação científica. Li ou foi-me lida a informação mencionada acima. Entendo o significado desta informação, e as minhas perguntas foram satisfatoriamente respondidas. Tive tempo suficiente para decidir sobre a participação neste estudo. Venho por este meio consentir a minha participação e consentir na recolha, uso e revelação de informação. Irei receber uma cópia deste documento de consentimento informado assinada e datada.

Assinatura do participante

Data

Nome do Representante legal – Se aplicável

Data

Nome do Investigador

Data