

Universidade Católica Portuguesa

Vulnerabilidade das Pessoas Idosas com Apoio Domiciliário
Implicações para os Cuidados de Enfermagem

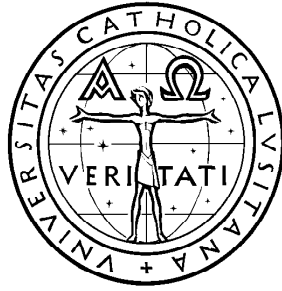
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem
Avançada

Por

Tânia Filipa Santos Costa

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, julho, 2022



Universidade Católica Portuguesa

Vulnerabilidade das Pessoas Idosas com Apoio Domiciliário
Implicações para os cuidados de enfermagem

Vulnerability of Elderly People with Home Support
Implications for Nursing Care

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de doutor em Enfermagem na especialidade de Enfermagem
Avançada

Tânia Filipa Santos Costa
Sob a orientação do Prof. Doutor Luís Sá

Instituto de Ciências da Saúde
Porto, julho, 2022

Resumo

Introdução: A complexidade e variabilidade que qualificam o envelhecimento acentuam as diferenças individuais dificultando a ação profissional. No Porto, esta realidade adquire especial relevo pelo efeito em espiral de fatores demográficos, socioeconómicos e familiares que contribuíram para que as atividades de assistência às pessoas idosas vulneráveis passassem a ser confiadas a respostas sociais, como o serviço de apoio domiciliário. O quadro conceptual ancorado na mais recente literatura científica indica-nos que, nestes casos, a vulnerabilidade, como estado, resulta do somatório de determinantes comunitários com determinantes individuais.

Objetivo: Caracterizar a vulnerabilidade das pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto, esperando colocar a descoberto a prevalência dos fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, promotores dessa vulnerabilidade, bem como, as relações que entre eles se estabelecem. Espera-se que este conhecimento disciplinar contribua para decidir acerca da adequação deste serviço, definir terapêuticas de enfermagem e políticas públicas precursoras do desenvolvimento de modelos mais integrados e sustentáveis.

Material e Métodos: Estudo observacional, analítico e transversal que decorreu entre maio de 2018 e setembro de 2019. Optou-se pela amostragem por conglomerados de uma única etapa. A participação foi, sempre, voluntária e os participantes e/ou representante legal e/ou cuidador informal foram informados e esclarecidos. Os dados foram recolhidos por formulário junto de 320 pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário integrados em instituições particulares de solidariedade social da cidade do Porto. A recolha de dados sobre as políticas de saúde e sociais, realizou-se pela consulta de documentos de referência. A sintaxe da vulnerabilidade contou com as variáveis que compõem os domínios dos determinantes comunitários e as dimensões dos determinantes individuais. A Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto aprovou o estudo.

Resultados: Na cidade do Porto, 17,1% da população idosa que recebe serviços de apoio social no domicílio, através de instituições particulares sem fins lucrativos, é muito vulnerável. Neste nicho, assinalam-se nos determinantes comunitários, a elevada percentagem de mulheres com 83 ou mais anos, reduzida escolaridade, que não gerem a pensão de reforma, que consideram o rendimento mensal insuficiente para responder às necessidades quotidianas, que não usufruem de cuidados informais e que contratualizam três ou mais serviços ao apoio social no domicílio. Nos determinantes individuais atesta-se a elevada prevalência de fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, que se encontram afetados, como: declínio cognitivo, compromisso do estado de consciência, do sono e da mobilidade, polimedicação, queda accidental, dor, dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, perda de massa magra, alto risco de desenvolver úlceras de pressão, presença de úlceras de pressão e autoperceção de saúde negativa, bem como, a existência de relações estatisticamente significativas entre esses mesmos fenómenos, ampliando a vulnerabilidade. No entanto, à medida que aumenta a vulnerabilidade aumenta a utilização do serviço de urgência e o número de internamentos o que aliado à ausência de relação estatística com o número de vezes que é utilizada a unidade de saúde familiar sugere que para as pessoas idosas e suas famílias os cuidados sociais e de saúde diferenciados são as respostas adotadas. Face a esta realidade, o apoio social no domicílio responde com cuidados que complementam ou substituem o próprio e, se existir, o cuidador informal/família revelando que não estão preparados para o desafio de promover um envelhecimento saudável, mas sim para perpetuar o *ageing in place*, atrasando a institucionalização.

Conclusão: Identificaram-se áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem aparentemente a descoberto. Destaca-se a necessidade de um diálogo permanente entre qualidade de vida, *ageing in place* e cuidados domiciliários que atenda à importância do processo multidisciplinar de diagnóstico interdisciplinar com vista ao desenvolvimento de ações integradas, contínuas e coordenadas potenciadoras do envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Enfermagem; Idosos; Serviço de Apoio Domiciliário

Abstract

Introduction: The complexity and variability that qualify aging accentuate individual differences, making professional action difficult. In Porto, this reality acquires a special relevance due to the spiral effect of demographic, socioeconomic and family factors that contributed to the activities of assistance to vulnerable elderly people to be entrusted to social responses such as the home social support services. The conceptual framework anchored in the most recent scientific literature indicates that, in these cases, vulnerability as a state results from the sum of community determinants with individual determinants.

Objective: Characterize the vulnerability of the elderly people enrolled in home social support services in the city of Porto, hoping to uncover the prevalence of phenomena, potentially sensitive to nursing care, that promote this vulnerability, as well as the relation between them. It is hoped that the construction of this disciplinary knowledge will contribute to decide on the adequacy of this service, as well as to define nursing therapies and public policies that are precursors for the development of more integrated and sustainable models.

Material and Methods: An observational, analytical and cross-sectional study that took place between May 2018 and September 2019. We opted for single-stage cluster sampling. Participation was always voluntary and the participants and/or their legal representative and/or their informal caregiver were informed and clarified. Data were collected through a form from 320 elderly people enrolled in home social support services integrated in private social solidarity institutions in the city of Porto. The collection of data on health and social policies was carried by consulting of documents of reference. The vulnerability syntax included the variables that make the domains of the community determinants and the dimension of the individual determinants. The Ethics Committee of Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto approved the study.

Results: In the city of Porto 17,1% of the elderly population who receive home social support services, through private non-profit institutions, is very vulnerable. In this niche, it is noted, in the community determinants, the high percentage of women aged 83 or more, low education, who do not manage the retirement pension, who consider the monthly income insufficient to meet daily needs, who do not enjoy informal care and who contract three or more services for social support at home. In the individual determinants, it is evident the high prevalence of phenomena, sensitive to nursing care, which are affected, such as: cognitive decline, compromised state of consciousness, sleep and mobility, polymedication, accidental fall, pain, dependence on activities basic and instrumental of daily life, loss of lean mass, high risk of developing pressure ulcers, presence of pressure ulcers and negative self-perception of health, as well as the existence of statistically significant relationships between these same phenomena, which increasing vulnerability. However, as vulnerability increases, the use of the emergency service and the number of hospitalizations increases, what associated with the absence of statistical relationship with the number of times that family health unit is used, suggests that for the elderly and their families differentiated health care and social are the responses adopted. In view of this reality, the home social support services responds with care that complements or replaces the elderly person's own care and also, if there is any, the informal caregiver/family, revealing that they are not prepared for the challenge of promoting a healthy aging, but rather to perpetuate the *aging in place*, delaying the institutionalization.

Conclusion: Areas sensitive to nursing care were identified, apparently uncovered. The results highlight the need for a permanent dialogue between the quality of life, *aging in place* and home care services that meets the importance of the multidisciplinary process of interdisciplinary diagnosis in order to develop integrated, continuous and coordinated actions that enhance healthy aging.

Keywords: Vulnerability; Nursing; Elderly; Home Support Service

Agradeço,

Antes de mais, a todos os que participaram neste trabalho, por literalmente abrirem a porta ao nosso estudo aceitando partilhar connosco a sua vulnerabilidade. Sem vós este projeto de vida nunca passaria de um sonho.

Ao professor Doutor Luís Sá pela orientação e disponibilidade demonstrada, mas acima de tudo, pelo otimismo de quem acredita que o dia da finalização deste trabalho haveria de chegar.

Ao professor Doutor Armando Almeida agradeço os “porquês”, a partilha, o apoio e as discussões. Grande parte da minha visão sobre enfermagem a ele devo.

À Professora Clara Braga pelo carinho e confiança nas capacidades que, por muitas vezes, duvidei ter.

À família por acreditarem e estarem. Ao vosso lado é mais fácil recarregar baterias e encarar desafios, mesmo os mais assustadores.

Aos meus pais agradeço o que sou e o facto de ter sido, sempre, a vossa prioridade. Os vossos sacrifícios trouxeram frutos.

À minha Matilde, a quem muito haveria a agradecer, limito-me às palavras “Adoro-te, mana!”. Contigo não há silêncios nem tristezas.

Ao Tó e à Sofia, que vieram colorir a minha vida, muito obrigada por ... tudo. Sem o vosso “abraço” ter-me-ia perdido no caminho.

À minha avó, que tantas vezes chamei mãe e que partiu sem assistir às minhas conquistas, agradeço a educação, o amor incondicional, a dedicação e o cuidado. Onde estiveres sei que estarás sempre voltada para mim.

De Coração Cheio,
Muito obrigada!

Abreviaturas, siglas e acrónimos

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

PACE – Program of All-Inclusive Care for the Elderly

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

Índice de Figuras

Figura 1 - Representação do horário de funcionamento padrão das respostas sociais, dirigidas às pessoas idosas na comunidade	42
Figura 2 - Modelo de Vulnerabilidade	52
Figura 3 - Quadro Conceptual de Vulnerabilidade	53
Figura 4 - Modelo de Saúde Pública para um Envelhecimento Saudável.....	56
Figura 5 - Modelo orientador da avaliação multidimensional da vulnerabilidade, sensível aos cuidados de enfermagem, na pessoa idosa vulnerável com apoio domiciliário	71
Figura 6 - Vulnerabilidade da Pessoa Idosa com Apoio Domiciliário - Modelo Orientador	79

Índice de Quadros

Quadro 1 - Raciocínio que fundamentou a construção do formulário de recolha de dados.....	94
Quadro 2 - Sintaxe de construção da variável central ao estudo: vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no domicílio	97
Quadro 3 - Indicadores relativos aos Agrupamentos de Centros de Saúde do Porto: Porto Ocidental e Porto Oriental.....	111

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição percentual da profissão, segundo o género	103
Gráfico 2 - Distribuição percentual do estado civil, segundo o género.....	104
Gráfico 3 - Distribuição percentual da classe social	105
Gráfico 4 - Distribuição percentual das características da residência, por grupo etário	106
Gráfico 5 - Distribuição percentual do estado de consciência	116
Gráfico 6 - Distribuição percentual das patologias, segundo o género	119
Gráfico 7 - Distribuição percentual das patologias, segundo o sistema corporal mais afetado.	120
Gráfico 8 - Distribuição percentual da classificação da dor mais intensa, por grupo etário	123
Gráfico 9 - Distribuição percentual da localização da dor mais intensa, segundo o género	125
Gráfico 10 - Distribuição percentual da existência de alterações na perceção sensorial: acuidade visual ao perto, acuidade visual ao longe e acuidade auditiva	125
Gráfico 11 - Distribuição percentual da capacidade para mobilizar os membros e as mãos	133
Gráfico 12 - Distribuição percentual do motivo de queda	135
Gráfico 13 - Distribuição percentual das consequências associadas à queda	136
Gráfico 14 - Distribuição percentual do número de fármacos/dia e comprimidos/dia.....	143
Gráfico 15 - Distribuição percentual das categorias farmacológicas prescritas.....	144
Gráfico 16 - Distribuição percentual da causa de comprometimento do sono.....	146
Gráfico 17 - Distribuição percentual da perceção de saúde, por género	147
Gráfico 18 - Distribuição percentual da perceção de saúde em comparação com há 5 anos	148
Gráfico 19 - Distribuição percentual da perceção da necessidade de cuidados de saúde	148
Gráfico 20 - Distribuição percentual dos serviços contratualizados ao SAD, por género	150
Gráfico 21 - Distribuição percentual do motivo da visita domiciliária de enfermagem	151
Gráfico 22 - Distribuição percentual do score da vulnerabilidade comunitária, por quartil	152
Gráfico 23 - Distribuição percentual do score da vulnerabilidade individual, por quartil	153
Gráfico 24 - Distribuição percentual do score da vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no domicílio, por quartil.....	154

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição percentual e numérica do género, segundo o grupo etário	101
Tabela 2 - Relação entre o nível de escolaridade e a idade	102
Tabela 3 - Relação entre a tipologia familiar e a dependência nas AIVD, ABVD e o desempenho cognitivo.....	104
Tabela 4 - Relação entre o número de anos de escolaridade e o local de residência	107
Tabela 5 - Distribuição percentual e numérica segundo quem assume o papel de cuidador informal, por grupo etário	108
Tabela 6 - Indicadores de estrutura relativos às respostas sociais no Porto na área de intervenção das pessoas idosas, por freguesia e tipologia de resposta.....	109
Tabela 7 - Relação entre a utilização dos recursos de saúde e a área de influência do ACeS ..	112
Tabela 8 - Amplitude, mínimo, máximo, média e desvio padrão dos dados recolhidos em cada domínio do Mini Mental State Examination	113
Tabela 9 - Relação entre a suspeita de défice cognitivo e o número de quedas no último ano.	114
Tabela 10 - Relação entre o desempenho cognitivo e a autoperceção de saúde	115
Tabela 11 - Relação entre o estado de consciência e variáveis que integram os domínios: capacidade funcional, cognição e sistema tegumentar	117
Tabela 12 - Relação entre o estado de consciência e o número de quedas.....	118
Tabela 13 - Relação entre o número de patologias e a mobilidade	121
Tabela 14 - Relação entre o número de patologias e a autoperceção de saúde	122
Tabela 15 - Relação entre o número de doenças e o número fármacos e a utilização de recursos	122
Tabela 16 - Relação entre manifestar queixas algícas e o desempenho cognitivo	124
Tabela 17 - Relação entre gerir autonomamente a terapêutica e a acuidade visual ao perto	126
Tabela 18 - Distribuição percentual e numérica segundo as pontuações parciais do Índice de Lawton.....	127
Tabela 19 - Relação entre as AIVD e a autoperceção de saúde	129
Tabela 20 - Relação entre as AIVD e a utilização da USF	129
Tabela 21 - Distribuição numérica e percentual das pontuações parciais do Índice de Barthel	130
Tabela 22 - Distribuição numérica e percentual da causa de dependência segundo o grupo etário e o género	131
Tabela 23 - Relação entre a dependência nas ABVD e domínios do <i>status</i> nutricional	132
Tabela 24 - Relação entre a mobilidade e variáveis dos domínios: sistema tegumentar, <i>status</i> nutricional e utilização dos recursos de saúde.....	134
Tabela 25 - Relação entre o número de quedas e a dentição/uso de prótese dentária	137

Tabela 26 - Relação entre o perímetro da circunferência da perna e a autopercepção de saúde....	139
Tabela 27 - Distribuição percentual e numérica das pontuações parciais da Escala de Braden.	140
Tabela 28 - Relação entre o risco de úlcera de pressão e receber visita domiciliária de enfermagem	141
Tabela 29- Distribuição percentual e numérica segundo o número de úlceras de pressão	142
Tabela 30 - Relação entre o risco de desenvolver úlcera de pressão e a utilização de recursos	142
Tabela 31- Relação entre o número de fármacos ingeridos/dia e a autopercepção de saúde	145
Tabela 32 - Relação entre a existência de alterações no padrão de sono e o número de prescritores e fármacos consumidos diariamente	147

Índice

Introdução	23
I PARTE - PESSOAS IDOSAS COM APOIO DOMICILIÁRIO: CONTEXTO E CONCEITOS	31
Capítulo 1 – Suporte Social para a Pessoa Idosa no Domicílio	33
1.1. Cuidados Informais e Suporte Social no Domicílio	33
1.2. Serviço de Apoio Domiciliário.....	38
1.3. Evidência sobre Serviços de Apoio Domiciliário em Portugal	42
1.4. <i>Ageing in Place</i> – Uma resposta face ao envelhecimento	44
Capítulo 2 – A Pessoa Idosa Vulnerável com Apoio Social no Domicílio	49
2.1. Vulnerabilidade e Envelhecimento	49
2.2. Avaliação Multidimensional da Vulnerabilidade.....	54
Capítulo 3 – Da Revisão às Teorias Norteadoras	73
3.1 Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem.....	73
3.2. Teoria das Transições	74
3.3. Vulnerabilidade da Pessoa Idosa com Apoio Domiciliário - Modelo Orientador da Análise do Fenómeno	79
Capítulo 4 - Da Problemática aos Objetivos	81
II PARTE - VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA COM APOIO DOMICILIÁRIO: CONHECER PARA CUIDAR	85
Capítulo 5 - Material e Métodos	87
5.1. Tipo de Estudo	87
5.2. População e Amostra	87
5.3. Instrumento de Recolha de Dados	88
5.4. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados	96
5.5. Procedimentos Éticos.....	98
Capítulo 6 – Resultados do Estudo	101
6.1. Determinantes Comunitários de Vulnerabilidade	101
6.1.1. Características Demográficas	101
6.1.2. Contexto Social e Económico	105
6.1.3. Políticas Sociais e de Saúde coligadas ao Envelhecimento.....	109
6.2. Determinantes Individuais de Vulnerabilidade.....	113
6.2.1. <i>Performance</i> Cognitiva	113
6.2.2. Estado de Consciência.....	116

6.2.3. Morbilidade.....	119
6.2.4. Perceção Sensorial	123
6.2.5. Capacidade Funcional.....	127
6.2.6. Mobilidade	133
6.2.7. Queda	135
6.2.8. <i>Status</i> Nutricional.....	138
6.2.9. Sistema Tegumentar.....	140
6.2.10. Regime Medicamentoso.....	142
6.2.11. Padrão de Sono.....	146
6.2.12. Perceção de Saúde.....	147
6.2.13. Utilização de Recursos	149
6.3. Vulnerabilidade das Pessoas Idosas com Apoio Domiciliário	152
Capítulo 7– Discussão.....	157
Capítulo 8 – Considerações finais	179
Capítulo 9 – Referências Bibliográficas.....	181
Anexos.....	207
Anexo I - Pedido de autorização para recolha de dados.....	209
Anexo II – Instrumento de recolha de dados.....	211
Anexo III - Sintaxe de construção da variável central: vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no domicílio	215
Anexo IV - Parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto.....	217

Introdução

É certo que o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e, naturalmente, da profissão não foi independente da investigação que no seu âmbito se produziu. Todavia, valerá a pena recordar a necessidade de continuarmos a aprimorar o seu foco de atenção no sentido da aquisição e desenvolvimento de potencialidades que permitam “...*maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais concetual e concretizada pela relação interpessoal – baseada em teorias de enfermagem que têm por core o diagnóstico e assistência em face das respostas humanas às transições vividas e mais competências de tomada de decisão.*” (1 p. 18).

Foi a consciência da importância de ampliar o conhecimento disciplinar - que possibilita a prática baseada na evidência predizendo a melhoria dos cuidados de enfermagem ao descrever, explicar e antever os fenómenos, mas também, ao contribuir com aportes que orientam o pensamento crítico dos enfermeiros e a sua tomada de decisão - que impulsionou a frequência no Curso de Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no Porto desenvolvendo o estudo Vulnerabilidade das pessoas idosas com apoio domiciliário - Implicações para os cuidados de enfermagem.

O envelhecimento populacional é uma realidade (2) (3), resultante da transição demográfica, sociofamiliar, científica, tecnológica e sanitária verificada nas últimas décadas, sendo descrito, por um lado, como um triunfo mas, por outro, como um desafio promotor de inúmeras preocupações (4) (5) (6).

A semântica do conceito revela que envelhecer significa “*sofrer os efeitos da passagem do tempo, tornar-se velho, perder a juventude ou a atualidade, cair em desuso, amadurecer ou adquirir experiência*” (7 p. 4). No entanto, a reflexão aliada ao conhecimento multidisciplinar, revela que envelhecer é um processo complexo que incorpora uma ordem sequencial desde o nascimento até à morte, assumindo-se como normal, transversal, dinâmico e multidimensional (4) (8) (9).

A complexidade e variabilidade que o qualificam, levam a concluir que envelhecer acentua as diferenças individuais de base, dificultando a ação profissional, o que justifica a necessidade de respostas que favoreçam a transferência do conhecimento para a prática potenciando o desenvolvimento de serviços inovadores que fomentem uma sociedade inclusiva e solidária, na qual envelhecer não é um problema mas uma conquista (9).

Apesar de transversal, o envelhecimento tem vindo a ocorrer em diferentes velocidades quer nos países desenvolvidos (onde já se instalou) quer nos países em desenvolvimento (onde está a iniciar-se) constituindo uma realidade global caracterizada pelo aumento da percentagem de pessoas idosas associada à progressiva diminuição da percentagem de jovens (4).

Prevê-se que este processo alcance, nos países desenvolvidos, o seu máximo entre 2030 e 2050, convidando à análise do passado aliado ao planeamento do futuro por forma a potenciar a organização de respostas dirigidas às necessidades das pessoas idosas que emergem como consequência de questões de carácter económico, da saúde, da desvalorização social da velhice e das alterações na estrutura e dinâmica familiares (5) (10) (11) (12).

Atualmente, a família pode não conseguir prestar um apoio de qualidade às pessoas idosas no domicílio, devido à multiplicidade de tarefas desempenhadas pelos elementos que a compõem mas, igualmente, devido à crescente exigência e especialização dos cuidados (13). Destaca-se, também, a elevada taxa de trabalho feminino a tempo integral; as circunstâncias socioeconómicas; o défice de respostas centradas na reabilitação física e cognitiva a nível comunitário e, ainda, a dificuldade na obtenção comparticipada de respostas e ajudas técnicas personalizadas em tempo útil (13), podendo, o aglomerado das situações supracitadas contribuir para a existência de necessidades sociais e de saúde para as quais o mercado poderá ter dificuldade em oferecer respostas ajustadas.

No envelhecimento coexistem diferenças marcadas pela feminização, pelo acréscimo do número de pessoas com idade superior a 80 anos, bem como, pelo peso significativo daqueles que residem sós em contexto domiciliário com necessidades em saúde mas afastados dos cuidados de saúde primários (5) (14) (15). Neste sentido, as pessoas mais idosas parecem ser mais vulneráveis à doença, dependência e à experiência individual de circunstâncias dificultadoras da adoção de respostas humanas que potenciem uma transição saudável face aos processos de vida e/ou doença (4) (14) (16). Neste âmbito, a esperança média de vida saudável adquire um papel fundamental ao elucidar sobre a importância da manutenção da vida com qualidade, autonomia e independência (14) (17). Em Portugal, este indicador não tem menor relevância já que, apesar da esperança de vida à nascença se situar nos 80,6 anos (77,6 anos para os homens; 83,3 anos para as mulheres) e da esperança de vida aos 65 anos se assumir como uma das

mais elevadas no contexto europeu (17,4 anos para os homens; 20,7 anos para as mulheres), quando comparámos com o número de anos de vida saudável após os 65 anos, rapidamente se constata que viver mais não significa viver com qualidade (3) (6) (8) (14) (15) (17).

Na cidade do Porto, as questões associadas ao envelhecimento populacional parecem assumir dimensões especialmente preocupantes (2) (3). Entre as dez cidades mais populosas de Portugal, o Porto é a segunda com maior percentagem de pessoas idosas, sendo a que regista o maior índice de envelhecimento (221,9 idosos por cada 100 jovens) (3). Nos últimos 16 anos, a população residente diminuiu 47,6% comparativamente com a idosa que cresceu 8,5% (3).

Os decréscimos populacionais mais acentuados ocorreram nas freguesias do centro histórico (São Nicolau; Vitória, Sé e Miragaia). Ramalde foi a única freguesia que contrariou esta tendência crescendo 1% enquanto Lordelo do Ouro manteve estável o quantitativo populacional (18). A análise da distribuição das taxas de envelhecimento segundo as freguesias revela que, nas mais polarizadas pelo seu núcleo histórico, (como é o caso de São Nicolau, Vitória, Bonfim, Santo Ildefonso, Cedofeita, Massarelos e Miragaia) o índice de envelhecimento é mais acentuado (18) (19). Dados censitários relativos a 2011, permitem constatar que, na freguesia da Vitória cerca de 1/3 da população corresponde a pessoas com 65 ou mais anos de idade; noutras freguesias centrais, como é o caso de Bonfim, Cedofeita e Santo Ildefonso mais de 25% da população residente é constituída por pessoas idosas (2) (18).

Em 2011, registou-se no Porto uma percentagem de 3,1% de pessoas com 85 ou mais anos de idade, o que representa valores elevados comparativamente com Portugal (2,2%) e a Região Norte (1,9%). Numa análise mais pormenorizada, verificou-se que em todas as freguesias a proporção de pessoas com 85 ou mais anos de idade é sempre superior à do país. No mesmo sentido são apontados os valores respetivos à categoria 75 ou mais anos de idade já que Portugal apresentava em 2011 valores na ordem dos 9,1%, a Região Norte 8% e o Porto 11,7% (2) (18).

As alterações na estrutura e composição familiar são, igualmente, variáveis de relevo. Dados dos censos de 2011 demonstram que, no Porto, as pessoas idosas com 65 ou mais anos de idade, a viverem sós, representam quase 25% do total das pessoas idosas residentes na cidade. Na distribuição segundo o género, o Porto atesta a literatura nacional e internacional demonstrando a prevalência das mulheres, especialmente na faixa etária 85 ou mais anos de idade (29,7% são homens enquanto 70,3% mulheres) (2) (18).

Estas características emergem no Porto, na sequência do declínio demográfico que se vem desenhando, em particular, em algumas freguesias, desde os anos 40 devido ao êxodo da população em idade ativa para as cidades limítrofes, pela maior oferta de emprego e conseqüente melhoria das condições de vida. Destaca-se também, enquanto justificação para a intensidade do fenómeno, a influência da degradação física dos núcleos históricos e a estigmatização social de alguns contextos da cidade (19).

A semelhança com padrões de envelhecimento e perfis demográficos de outras sociedades europeias é notória, no entanto, assinala-se na cidade do Porto a vulnerabilidade das pessoas idosas ao empobrecimento como conseqüência de um sistema de proteção social lacunar e com prestações baixas; as desadequadas condições habitacionais que contribuem para a dependência no autocuidado e para o isolamento social e a difícil acessibilidade, económica e física, aos equipamentos sociais, de saúde, de convívio e de lazer o que facilmente pode contribuir para fenómenos irreversíveis de exclusão social. De ressaltar, ainda, a dificuldade em conservar as redes de solidariedade familiar e de vizinhança sobretudo em áreas urbanas o que concorre para a redução das oportunidades de apoio intergeracional (19).

Todas as características aqui expostas contribuíram para que as atividades de assistência a crianças, pessoas doentes, dependentes e idosas, antes unicamente asseguradas no seio familiar, passassem a ser confiadas a pessoas ou instituições exteriores ao agregado conduzindo ao desenvolvimento de medidas de suporte social dirigidas especificamente a esta população. Para o efeito, foi desenvolvida a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, enquanto estrutura essencial à promoção e desenvolvimento da proteção social, que garante um conjunto de respostas sociais alargadas dirigidas sobretudo aos grupos mais vulneráveis. Nelas enquadra-se o serviço de apoio domiciliário (SAD), enquanto resposta de cariz social dirigida às pessoas idosas dependentes nas atividades de vida diária que residem no domicílio.

Admite-se, que enquanto seres humanos somos herdeiros do desejo (in)consciente da longevidade, o que impõe o estímulo de enfrentarmos os desafios inerentes ao processo de envelhecimento. No entanto se, por um lado, a meta para a saúde para todos no ano 2000 - “*Dar mais anos à vida*” está a ser atingida, por outro, a de “*Dar mais vida aos anos*” parece encontrar-se muito distante, especialmente se consideramos que a referência à vida deve entender-se, também e sobretudo, enquanto qualidade.

Nesta linha de pensamento, destaca-se a elevada percentagem de pessoas idosas que, apesar de viverem durante mais anos, vivem com limitações funcionais e/ou

cognitivas que acarretam incapacidade no autocuidado devido a processos de doença e/ou envelhecimento, registando maior recurso aos serviços sociais e de saúde (14) (15) (20) (21). É neste paradigma que a contratualização de respostas de cariz social é especialmente relevante ao assegurar a permanência das pessoas idosas dependentes naquele que é o seu ambiente familiar (22) (23) (24).

A dependência não é um fenómeno novo, sempre existiram pessoas dependentes. Contudo, este é um problema complexo com diversas implicações sociais, económicas e políticas o que acrescenta valor à preocupação que ao mesmo se atribui. Em Portugal, as políticas dirigidas à intervenção na dependência caracterizam-se pela centralização na segurança social, pelo papel determinante das parcerias estabelecidas com as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e pela falta de coordenação entre os setores social e saúde (13). A segurança social é, neste sentido, a entidade responsável pela gestão das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas tendo duas funções primordiais: supervisionar e financiar.

Percebendo que o ser humano é, cada vez menos, conceptualizado como um conjunto de funções sobrepostas que se desenvolvem e são estudadas enquanto entidades isoladas, afigura-se a importância premente de caracterizarmos a vulnerabilidade das pessoas idosas com apoio social no domicílio, contribuindo para que as entidades reguladoras e o governo possam tomar decisões em função das prioridades de intervenção neste grupo vulnerável (16).

Uma análise prévia, realizada pela investigadora principal, durante a preparação deste estudo, revelou escassez de bibliografia no que respeita a estudos concretizados por enfermeiros no âmbito da vulnerabilidade da pessoa idosa inscrita em serviços de apoio domiciliário apesar de, pelos critérios de admissibilidade ao serviço (23), estes utentes retratarem pessoas idosas dependentes no autocuidado especialmente vulneráveis.

Perante a inexistência de conhecimento sobre o tema, propôs-se, no estudo que agora se apresenta, caracterizar a vulnerabilidade das pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto com vista a construir conhecimento disciplinar que contribua para a tomada de decisão fundamentada e a prescrição de terapêuticas de enfermagem promotoras do envelhecimento saudável.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes e oito capítulos. A primeira parte, denominada Pessoas Idosas com Apoio Domiciliário: Contexto e Conceitos comporta os primeiros quatro capítulos, explorando a contextualização teórica que envolve e fundamenta a fase empírica do estudo.

O capítulo um descreve as consequências do envelhecimento em articulação com as alterações sociais, demográficas, familiares e económicas que, muito contribuíram, para ampliar a necessidade de cuidados informais. A ausência ou ineficácia dos mesmos favoreceu o desenvolvimento de respostas sociais, como os serviços de apoio domiciliário dirigidos às pessoas idosas vulneráveis que, no presente estudo, assumem o papel de contexto, justificando assim a análise da evidência científica produzida. Encerra-se o capítulo com referência ao *ageing in place*, realidade que norteia o expectável em relação ao envelhecimento com suporte social no domicílio.

O emprego da terminologia pessoas idosas vulneráveis, serviu de mote ao capítulo dois que, primeiramente, clarifica o conceito vulnerabilidade associando-o ao envelhecimento. Prossegue-se decompondo o processo de avaliação multidimensional da vulnerabilidade dos inscritos em serviços de apoio domiciliário com vista ao diagnóstico dos determinantes de vulnerabilidade, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, que compõem a avaliação supracitada.

A extensão da revisão literária impeliu à construção do nosso modelo de análise do fenómeno que, ancorado na mais recente bibliografia científica coadjuvada a referenciais teóricos, pretende espelhar a nossa visão. Para tal, no capítulo três, abordam-se os conceitos autocuidado e transição atribuindo especial relevo às relações mantidas com o envelhecimento em contexto domiciliário e a enfermagem. Clarifica-se, ainda, o raciocínio e a tomada de decisão face ao uso da Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado e da Teoria das Transições enquanto referenciais norteadores da análise dos resultados e, conseqüentemente, da construção de novo conhecimento.

Culmina-se, a primeira parte, com o capítulo quatro no qual é exposta a argumentação que justifica a realização do estudo, abordando a problemática, a questão de partida, a finalidade e objetivos a atingir. Destaca-se, igualmente, a clarificação da zona cinzenta que motivou todo o percurso de investigação.

A segunda parte, Vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio domiciliário: conhecer para cuidar, descreve a fase empírica mediante três capítulos distintos. No primeiro, capítulo cinco, são expostas as decisões metodológicas que orientaram o estudo exploratório observacional, analítico e transversal realizado com uma amostra de 320 pessoas com idade superior ou igual a 65 anos inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto. Finaliza-se este capítulo com os procedimentos éticos que pautaram toda a trajetória.

Segue-se, o capítulo seis, no qual é exposta a análise dos resultados, mais propriamente, a prevalência dos fenómenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, que compõem a avaliação multidimensional da vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio domiciliário. Revelam-se, ainda, as relações existentes entre variáveis que, ao se associarem, ampliam o conhecimento disciplinar sobre a realidade e contribuem para a resenha de implicações para os cuidados de enfermagem que subsidiem a definição de terapêuticas mais ajustadas às necessidades destas pessoas. Culminam-se os resultados com a quantificação da vulnerabilidade, que permite identificar as pessoas mais vulneráveis. Estes dados além de contribuírem para a produção de conhecimento disciplinar auxiliam a tomada de decisão face à adequação do SAD, o que favorece a definição de políticas de saúde pública que tornem mais efetivo e integrado o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros.

No capítulo 7 são discutidos os resultados com recurso à análise crítico-reflexiva, à experiência da investigadora principal e à comparação entre achados e evidência científica disponível resultante das publicações científicas sobre a temática em estudo.

Por último, constam as considerações finais que compilam a síntese das ideias principais, bem como, as limitações do estudo e as propostas que permitem orientar o percurso de investigação que futuramente se pretende desenvolver.

Concluimos com as referências bibliográficas segundo as normas ISO 690 - Referência Numérica.

I PARTE

PESSOAS IDOSAS COM APOIO DOMICILIÁRIO:

CONTEXTO E CONCEITOS

Capítulo 1 – Suporte Social para a Pessoa Idosa no Domicílio

O progressivo envelhecimento populacional é um dos fatores responsáveis pelo crescente interesse no desenvolvimento de estratégias inovadoras e sustentáveis de assistência às pessoas idosas nos sistemas saúde e social, inclusive, no domicílio.

Em Portugal, apesar das evidentes assimetrias na distribuição espacial das respostas sociais existentes, constata-se que esta é uma oferta que tem vindo a aumentar privilegiando a faixa litoral norte e centro, bem como, as áreas metropolitanas do Porto e de Lisboa em virtude da maior densidade populacional aí existente (25) (26).

Nos subcapítulos consequentes, discute-se a evolução do serviço de apoio domiciliário em Portugal e a sua articulação com os cuidados informais enquanto estratégia preventiva do processo de institucionalização.

Atendendo a que o contexto é a casa dos inscritos no SAD, pois nela se operacionalizam os serviços contratualizados, explora-se o papel do suporte social no domicílio enquanto resposta às necessidades do cliente/cuidadores informais, bem como, a evidência científica produzida em Portugal relativa a esta resposta social.

1.1. Cuidados Informais e Suporte Social no Domicílio

Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, o acréscimo da esperança média de vida e a prevalência de situações de cronicidade múltipla e incapacitante, coadjuvadas às alterações na estrutura, organização e dinâmicas familiares (2) (3), bem como, ao crescente isolamento social das pessoas idosas¹ fizeram emergir novas necessidades sociais e de saúde (4) (8) (14).

Esta preocupação também foi relatada pela Direção Geral de Saúde (2011) quando referiu que as doenças crónicas são consideradas a epidemia do século XXI, pelo que é fundamental a promoção de uma ação concertada com o intuito de desenhar uma intervenção precisa, através da mobilização de recursos, que permitam uma melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar geral das pessoas idosas e das famílias que as integram.

É inegável que esta ação terá de centrar-se, por um lado, na crescente cooperação entre os diferentes prestadores de cuidados informais, formais e profissionais de modo a

¹O Programa Nacional para a Saúde das pessoas idosas (2004) considera pessoas idosas “*os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos*”.

disponibilizarem respostas eficientes, integradas, integrais e continuadas, e por outro, na consciencialização, envolvimento (27) e capacitação do cuidador informal (28) (29) (30) (31).

As atuais políticas de saúde estão orientadas, essencialmente, para o tratamento da doença, a reabilitação da pessoa doente e a integração social o mais rápida possível, preconizando internamentos hospitalares, cada vez, mais curtos e exigindo às famílias que sejam capazes de realizar os cuidados aquando do regresso a casa (29) (32).

Apesar da comprovada importância do papel do cuidador informal, inclusive na sequência do documentado acréscimo do número de pessoas que o têm vindo a assumir (8), generalizadamente, destaca-se a ausência de cuidados de enfermagem sistematizados e direcionados à preparação do regresso a casa. Esta realidade contribui para a sobrecarga física, psicológica, emocional, social, financeira e conseqüentemente para o aumento da procura de cuidados de saúde e sociais por parte dos intervenientes na díade, aumentando as complicações em saúde ao longo de todo o processo de transição (20).

Um estudo corrobora o supracitado ao demonstrar que, em média, após seis meses de exercício do papel de cuidador informal, em contexto domiciliário, a procura de cuidados de saúde aumenta (31) destacando-se, outros trabalhos, que revelaram que os cuidadores informais tendem a apresentar uma morbidade geral superior, quando comparados com pessoas da mesma idade que não se encontram sujeitos à sobrecarga do papel deduzindo-se, assim, maior probabilidade de complicações em saúde para os elementos que compõem esta díade (11) (12) (33) (34) (35) (36) (37).

A experiência da investigadora principal, aliada a estudos de carácter qualitativo e quantitativo, que não são passíveis de generalização devido a amostras não representativas, tem vindo a demonstrar maior tendência para que pessoas idosas assumam o papel de cuidador informal de outras pessoas idosas destacando-se estudos com subamostras que se aproximam de valores na ordem dos 30% (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44). Fala-se de pessoas idosas menos dependentes a cuidarem pessoas idosas mais dependentes, estando descrito que nestas situações o risco de sobrecarga é superior (36) (41) (45) (46) (47), bem como, as complicações em saúde emergentes (48) (49).

Ainda que não existam em Portugal, dados que permitam avaliar com precisão a extensão do fenómeno da prestação de cuidados informais, o Relatório do Ministério da Saúde que monitoriza o desenvolvimento e a atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) revela que os cuidados informais parecem assumir uma extensão muito superior aos formais desconhecendo-se, contudo, a qualidade dos

mesmos, bem como, o estado de saúde, em concreto, das pessoas idosas que em contexto domiciliário os recebem. Justifica-se então a relevância da investigação nesta área descrita por vários autores como sensível aos cuidados prestados pelos enfermeiros (29) (32) (50) (51) (52) (53).

São diversas as dificuldades experienciadas pelos cuidadores informais, que podem afetar o estado de saúde da pessoa cuidada, nomeadamente, na decisão acerca de quem assume o papel (52) (53); na consciencialização relativamente à decisão (27) (54) (55) e às mudanças requeridas pela mesma (52) (53); no processo de planeamento do regresso a casa (37) (50) (56), sobretudo pela invisibilidade do cuidador informal face ao profissional de saúde e pela ausência de intervenções centralizadas no envolvimento; na capacitação instrumental, psicológica e emocional (28) (29) (30) (57) (58); na gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros (30) (58) e na gestão do processo familiar assegurando a interação saudável com os restantes papéis, inclusive a nível profissional (28) (43) (58).

Em suma, pese embora, a importância dos cuidados de enfermagem domiciliários e direcionados à família (28), os estudos relatam a ausência de um plano de cuidados holístico, tendo como foco o cuidador informal, com vista à preparação do regresso a casa e manutenção saudável do papel (29) (57) (52) (58).

Este facto, torna-se ainda mais preocupante, ao recordar que o enfermeiro é o membro da equipa de saúde multiprofissional que, à luz do modelo exposto, mantém uma permanência continuada junto do cliente/família, o que possibilitaria a preparação do regresso a casa de um modo concertado, personalizado e contínuo, mas também, e particularmente, a manutenção dos cuidados no contexto domiciliário centrada na promoção da independência e da autonomia (43) (54) (57).

Apesar da relevância da família, exposta nos parágrafos anteriores, as mudanças na estrutura e na dinâmica familiar associadas às dificuldades inerentes ao exercício do papel de cuidador informal conduziram a que determinadas atividades, sobretudo as de assistência a crianças, pessoas doentes, dependentes e idosas, antes unicamente asseguradas no seio da família, passassem a ser confiadas a pessoas ou instituições exteriores ao agregado familiar (32), dando origem ao aparecimento e expansão de respostas sociais, que no caso das pessoas idosas aumentaram 49% de capacidade entre 2000 e 2014 (26). Destacou-se como mais evidente a evolução da capacidade do serviço de apoio domiciliário onde foram disponibilizadas, neste período temporal, mais 55 800 vagas para pessoas idosas com algum nível de dependência no autocuidado (26).

Poder-se-ia então, considerar que provavelmente, estamos perante uma nova forma de, em contexto domiciliário, prestar cuidados às pessoas idosas dependentes, através de respostas sociais operacionalizadas por instituições que partilham e/ou assumem a execução das atividades instrumentais e básicas de vida diária (59) (60), como é exemplo o SAD.

Recuando na história para analisar a implantação do SAD na comunidade, conclui-se que foi no início da década de 70 que surgiram em Portugal as primeiras experiências sendo, na maioria das vezes, uma ajuda de cariz doméstico assumida por voluntários e dirigida aos utentes dos centros de dia que se viam impossibilitados, pela doença ou dependência, de os frequentar (59). De facto, pela sua filosofia e organização os centros de dia apresentavam muitas limitações face às necessidades de intervenção junto das pessoas idosas mais doentes e dependentes que se viam circunscritas às suas residências acabando, nestes casos, por constituir a institucionalização a única resposta possível (59).

Esta constatação, aliada aos estudos da época que revelaram os malefícios da institucionalização² e à crescente preocupação face ao aumento da esperança média de vida, contribuíram para a expansão de orientações coligadas ao cuidado na comunidade, das quais se destacou o *Community Care* em Inglaterra, defensor da substituição das estruturas fechadas como hospitais por pequenas estruturas comunitárias que permitissem manter a pessoa idosa na sua casa assegurando o acolhimento e acompanhamento através de atividades simples e rotineiras prestadas por pessoal qualificado capaz de incentivar a que o próprio se envolvesse na execução das suas atividades de vida diárias (60).

Consequentemente, a proliferação de respostas sociais centradas na integração comunitária generalizou-se à grande maioria dos países desenvolvidos que se debatiam com a questão do envelhecimento populacional, nomeadamente à Finlândia, à Suécia, à Holanda, e à Dinamarca³ apesar de atualmente, nestes contextos, tendencialmente, se

² No início dos anos 60 surge a crítica ao papel das estruturas asilares devido às práticas de reclusão e afastamento dando lugar à perspetiva da integração social. Desta época, destaca-se o estudo de Townsend (1957, citado por Lesemann e Martin, 1995) que revela a carga negativa das estruturas asilares por serem concetualizadas “*como o lugar onde se vai morrer*”, mas também devido à baixa qualidade dos serviços e das condições de alojamento destas instituições. O estudo refere também que “... *muitas dessas pessoas teriam desejado e podido manter-se no domicílio com a condição de receberem um mínimo de apoio social.*”.

³ A Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia (1997) designou este período como crescimento sem política dado que na maioria dos países o desenvolvimento do serviço de apoio domiciliário era fruto mais das pressões sociais para o incremento de políticas de cariz social do que de um efetivo diagnóstico das necessidades.

registar um nível de desenvolvimento face à qualidade e cobertura superior pois são disponibilizados serviços de enfermagem, serviços sociais, refeições e a prestação de cuidados por parte de ajudantes de ação direta ao longo das 24 horas/dia sob a coordenação das autoridades locais e financiamento público (59) (60) (61). Registou-se, então, uma transição marcada pela mudança de um apoio na comunidade para um apoio desenvolvido em parceria com a comunidade, testemunhando, o elevado contributo dos cuidados formais.

Outros autores, centrando-se em países como Espanha e Portugal (62) descrevem as respostas de suporte social desenvolvidas no domicílio como um programa individualizado de carácter preventivo e reabilitador que valoriza a vertente social pois, na sua maioria, esta é a única disponibilizada devido ao baixo nível de desenvolvimento quer dos serviços de saúde em contexto domiciliário quer da articulação entre a saúde e o social em prol do bem-estar destes utentes e das suas famílias.

Diversos autores (59) (61) (63) discordam da atual operacionalização do suporte social no domicílio, pois consideram que deveria assumir-se como uma resposta promotora de mais e melhor articulação entre os serviços de saúde e social atendendo a que maioria dos clientes e das suas famílias requerem-no devido ao estado de saúde da pessoa idosa, sobretudo, ao compromisso da capacidade funcional e/ou do desempenho cognitivo face os quais a família em geral, e o cuidador informal em particular (se existir), sentem não possuir nem capacidade de resposta nem opções de escolha pelas circunstâncias socioeconómicas. Nesta perspetiva, o suporte no domicílio não deveria restringir-se, apenas, aos indivíduos que já apresentam algum tipo de incapacidade, mas sim constituir-se como uma estratégia de prevenção, para que as pessoas idosas não ficassem precocemente confinadas à sua casa, em virtude da degradação do estado físico e/ou cognitivo (59).

É sabido que devido à carga que cuidar acarreta à família o exercício deste papel é dificultado aquando da ausência de medidas de apoio disponibilizadas pelo Estado. No entanto, não se prevê que a família seja substituída pelo suporte social ou vice-versa, mas sim, que atuem de forma interdependente e complementar (60) (61) (64). A figura do estado, é representada, na grande maioria das situações, pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que asseguram a operacionalização das respostas sociais com vista a proporcionar *“articulação e complementaridade entre o formal e o informal de modo a encontrar uma solução de compromisso que permita responder adequadamente*

a diferentes tipos de necessidades através de formas apropriadas de solidariedade.” (65 p. 32).

Nesta perspetiva, o cuidador informal acaba por se tornar, na grande maioria das vezes, aquele que se encontra na primeira linha de relação com as IPSS assegurando a prevenção de complicações e adiando o internamento ou a institucionalização (60). No entanto, o contacto profissional com esta realidade aliado à análise da mais recente literatura científica leva a afirmar que não basta a existência de família para existir entreajuda, solidariedade e eficácia dos cuidados prestados sobretudo numa sociedade tendencialmente marcada pela perda de intensidade dos laços intergeracionais (66) (67).

Sabe-se que a prevenção de eventos críticos e complicações na saúde da pessoa idosa dependente que reside no domicílio trata-se de um processo complexo inclusive porque o cuidador informal poderá surgir na sequência de uma situação imposta devido a obrigações de ordem moral e social (52) (68) (69) associada à ausência de preparação técnica/emocional e à ausência de articulação entre profissionais, clientes e recursos da comunidade, o que acaba por contribuir para que diagnósticos de enfermagem como não adesão ao regime terapêutico, úlcera de pressão, desnutrição, entre outros, possam emergir ampliando a vulnerabilidade e, conseqüentemente, os gastos diretos e indiretos para todos os intervenientes (29) (34) (47) (70).

1.2. Serviço de Apoio Domiciliário

Na sequência das orientações associadas ao cuidado na comunidade, surgiu em Portugal o serviço de apoio domiciliário com a filosofia que hoje se conhece, ou seja, como uma resposta social quase exclusivamente desenvolvida pelo setor não lucrativo, com destaque para as IPSS, com implantação local (3) (26) (60) que certificam a *“prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias que, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades de vida diária”* (23 p. 7) contribuindo deste modo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos/famílias mas também para retardar a institucionalização.

Fala-se, segundo diversos autores, de um programa que deveria ser flexível e adaptado às reais necessidades da pessoa idosa tendo por base todo o quadro avaliativo prévio à intervenção que determina qual o tipo de resposta a oferecer em função dos dados recolhidos junto do utente e da sua família (23) (59).

Para cumprir os objetivos a que se propõe, o serviço de apoio domiciliário deve reunir condições para proporcionar, pelo menos, quatro das atividades que seguidamente se enunciam: cuidados de higiene e conforto pessoal; higiene habitacional realizando o estritamente necessário à natureza dos cuidados prestados; confeção, transporte e/ou distribuição de refeições respeitando as dietas com prescrição médica; tratamento da roupa de uso pessoal do utente; atividades de animação e socialização; aquisição de bens e géneros alimentícios; pagamento de serviços; deslocação a entidades da comunidade e serviço de teleassistência (23) (26) (71). De modo facultativo pode ainda assegurar: formação e sensibilização dos familiares e cuidadores informais acerca da prestação de cuidados aos seus utentes; apoio psicossocial; confeção de alimentos no domicílio; transporte; cuidados de imagem; realização de pequenas modificações ou reparações no domicílio e realização de atividades ocupacionais (23) (26) (71).

Constata-se, então, que apesar da literatura revelar os problemas de saúde, determinantes da vulnerabilidade, da grande maioria dos inscritos não existe a obrigatoriedade legal do SAD disponibilizar cuidados de saúde nem uma estratégia de referenciação que facilite e sistematize a articulação entre saúde e social.

Independentemente dos serviços contratualizados, a sua operacionalização deve exercer-se através de um plano de cuidados individualizado, que atenda às necessidades diagnosticadas e à colaboração da família, sendo a construção desta ferramenta da responsabilidade do pessoal técnico e a prestação dos serviços assegurada por pessoal que deverá ter formação adequada (59).

Já a gestão da equipa fica a cargo do diretor técnico que habitualmente, tal como é permitido na lei, acumula a função com a de técnico de serviço social o que explica o facto de que a grande maioria dos coordenadores apresentar formação na área das ciências sociais. O restante quadro de pessoal é determinado por diretrizes da segurança social que define como indicadores um técnico de serviço social por 60 utentes, um ajudante familiar por 6 utentes, um cozinheiro, um ajudante de cozinheiro por 30 utentes, um trabalhador auxiliar por 30 utentes, um motorista e um administrativo. Acresce a indicação de que o serviço deve encontrar-se organizado de modo a que, progressivamente, proporcione apoio contínuo, incluindo sábados, domingos e feriados, bem como, uma atuação de emergência sempre que se justifique (23).

Assim, são prestados cuidados que asseguram a permanência dos indivíduos em lugares significativos favorecendo a manutenção das suas redes de relacionamento quer sejam familiares, de amizade ou vizinhança o que vai de encontro ao pressuposto de que

os serviços de apoio domiciliário são mais eficazes e eficientes do que os cuidados conferidos no contexto institucional (24) (61) (64).

Naturalmente, que também do ponto de vista da gestão dos custos este serviço é mais eficiente já que previne a institucionalização e a ocupação desnecessária de camas hospitalares, tornando-se uma resposta benéfica financeiramente para o sistema de saúde e, em última análise, para a sociedade (59) (60).

Mas deve recordar-se que, apesar da responsabilidade de cuidar da pessoa idosa dependente no autocuidado se constituir uma realidade que deve ser preservada no seio familiar, o estado de saúde da mesma carece de avaliação/intervenção de serviços de saúde especializados, bem como, de uma política de proteção. Na ausência deste enquadramento, poder-se-á assistir ao acréscimo das complicações em saúde e, conseqüentemente, à ampliação dos custos em saúde e sociais a longo prazo (59), o que acabaria por colocar em causa todos os pressupostos que deram origem às respostas sociais ao domicílio.

Foi no final dos anos 90, que se materializou esta preocupação com a articulação entre a área social e a área da saúde, numa perspetiva de apoio domiciliário integrado que permitisse ultrapassar a mera ajuda doméstica. Nasceu assim, impulsionado pelo Despacho Conjunto nº 407/98, o Apoio Domiciliário Integrado e a Unidade de Apoio Integrado que têm como grupo alvo as pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente. Apesar da legislação, a realidade continua a evidenciar a ausência de estruturas assentes na filosofia supracitada.

Uma das conseqüências desta situação é que os hospitais acabam por arcar com a responsabilidade de responder a situações para as quais não estão vocacionados verificando-se admissões inapropriadas e dias de internamento desnecessários (60). Realidade que adquire contornos, cada vez, mais preocupantes face às projeções demográficas e ao contexto socioeconómico do país (5).

Estas questões revestem-se de inquietação para a investigadora já que é sabido que os problemas das pessoas idosas dependentes no autocuidado são tendencialmente multidimensionais e, portanto, carecem de intervenções multiprofissionais. Todavia, analisando a equipa do SAD compreende-se que os profissionais responsáveis pela prestação de cuidados são pouco qualificados e, na generalidade, não possuem formação adaptada às funções que desempenham o que é preocupante se considerarmos que, o futuro do SAD, certamente passará pela prestação de cuidados a pessoas mais idosas

portadoras de doenças crónicas e/ou degenerativas e, potencialmente, polimedicadas com concomitância de sinais e sintomas num contexto socioeconómico dificultador.

Para que a prestação de cuidados eficaz e efetiva seja possível, há que considerar a necessidade do SAD desenvolver um conjunto de ações que, por um lado, previnam o declínio da capacidade funcional de forma a manter a independência e autonomia e, por outro, prestem cuidados continuados dirigidos ao utente/família promovendo a qualidade de vida para que as pessoas possam, inclusive, falecer em sua casa (59).

Apesar dos serviços de apoio domiciliário serem considerados pilares fundamentais de apoio às pessoas idosas dependentes, estudos comprovam que estes prestam cuidados de substituição sobretudo ao nível dos cuidados de higiene e fornecimento de alimentação, sendo as intervenções muito limitadas já que a média de tempo despendido diariamente por utente é de 20 minutos, mínimo de 5 e máximo de 125 minutos (72), o que perfaz um valor médio de 2,4 horas por semana. Outros estudos revelam médias diárias muito semelhantes (73) (74) deixando a descoberto muitas das horas do dia-a-dia.

Apesar das limitações que o SAD apresenta, perante as alterações que se têm verificado na sociedade, um grande número de pessoas que assume o papel de cuidadores informais de pessoas idosas, bem como, os próprios dependentes no autocuidado, continuam a encontrar no SAD o único meio para colmatar as dificuldades experienciadas (57) (75) assegurando através deste serviço a continuidade do cuidar em contexto domiciliário, nem sempre por vontade, afetividade ou detendo o conhecimento e as habilidades necessárias o que contribui para que a família, em geral, ou o cuidador, em particular, possam, em algum momento da transição, demitir-se do exercício, colocando em causa o potencial de continuidade desta resposta.

Importa, contudo, recordar que em diversas situações não existe família acabando, nestes casos, por se compreender que a abrangência e eficácia dos serviços sociais domiciliários poderá ser limitada já que a pessoa idosa permanecerá a maior parte do tempo só.

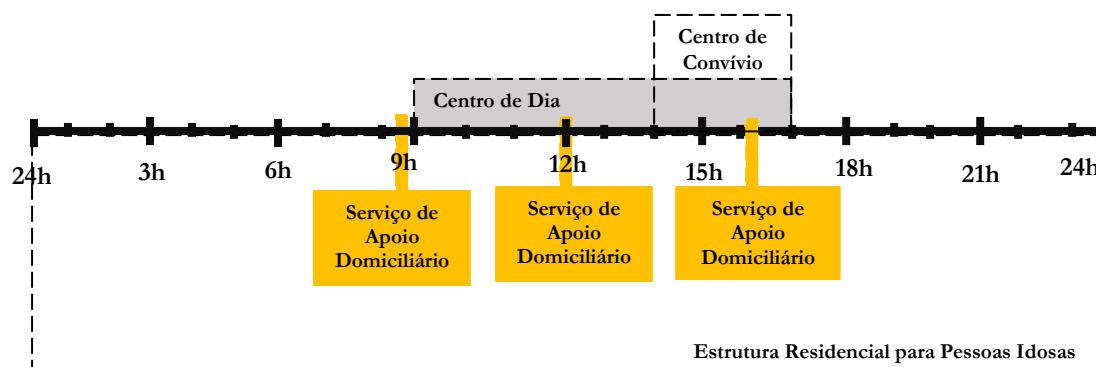
Na comunidade, são diversas as respostas sociais disponibilizadas à pessoa idosa, resultando a admissão nas mesmas da relação de forças entre a incapacidade para assumir autonomamente os requisitos de autocuidado e as variáveis como a sobrecarga do cuidador informal, a frequência e consequências dos eventos críticos experienciados, o agravamento da morbilidade e a perda de funcionalidade (17).

Das respostas que permitem a continuidade no domicílio destacam-se os centros de convívio e os centros de dia que funcionando em horários distintos (os segundos com horário alargando) respondem às necessidades de suporte social das pessoas idosas.

No entanto, quando a deslocação ao centro de dia não é possível devido à ocorrência de eventos críticos, agravamento da morbilidade e perda de funcionalidade (17), surge o serviço de apoio domiciliário que, pontualmente, se desloca ao contexto domiciliário com vista à satisfação das atividades básicas e instrumentais de vida diária do inscrito, mediante o horário e frequência contratualizados, tendo por base os horários “padrão” relativos aos cuidados de higiene gerais, habitualmente de manhã e cuidados de higiene perineais, tendencialmente, ao final da tarde, bem como, confeção e/ou transporte de refeições com especial destaque para o pequeno-almoço, almoço e suplemento para o jantar.

As estruturas residenciais surgem, normalmente, quando as tipologias anteriores não respondem adequadamente às necessidades da pessoa idosa, especialmente, por carecer de cuidados permanentes (76), - Consultar a figura um que representa o horário de funcionamento padrão das respostas sociais, dirigidas às pessoas idosas na comunidade).

Figura 1 –Representação do horário de funcionamento padrão das respostas sociais, dirigidas às pessoas idosas na comunidade



1.3. Evidência sobre Serviços de Apoio Domiciliário em Portugal

Com o intuito de conhecer a evidência científica referente ao contexto em estudo, em novembro de 2017, realizou-se uma pesquisa bibliográfica no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCCAP) através das palavras-chave “Idosos” e “Serviço de Apoio Domiciliário” em associação ao filtro “tipo do documento”, selecionando, teses de doutoramento; dissertações de mestrado e artigos.

Por forma a compilar informação que retratasse a realidade optou-se, também, pela inclusão de documentos recolhidos em entidades nacionais de referência, com especial destaque, para a Segurança Social e a Direção Geral da Saúde.

O *corpus* de análise foi composto por 52 documentos referentes, na sua maioria, a dissertações de mestrado (n=47) integradas em diversas áreas do saber com relevo notório para as ciências sociais, em particular, a gerontologia social (n=13), o serviço social (n=9) e a psicologia (n=6).

O conteúdo do resumo permite constatar que as temáticas mais abordadas focam a clarificação de conceitos e a avaliação de diversos fenómenos isolados relacionados com o envelhecimento, bem como, com a concretização de estudos experimentais de carácter piloto que em função do reduzido número de participantes não são passíveis de generalização.

As questões de investigação que norteavam os trabalhos revelam preocupação com fenómenos centrais ao processo de envelhecer em casa como a qualidade de vida da pessoa idosa (n=13), a implementação de atividades recreativas (n=5), a análise das respostas sociais ao nível da substituição/complementaridade (n=7), o impacto do cuidado no cuidador informal (n=3) e as representações sociais da velhice/envelhecimento (n=3). No entanto, o uso preferencial do paradigma quantitativo numa perspetiva transversal associado a estatística meramente descritiva não permite conhecer a relação entre os fenómenos limitando a abrangência necessária à compreensão.

Dos resultados emergiu um documento, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação (77), que apresenta como foco as condições que determinam a mobilidade reduzida das pessoas idosas no domicílio para, posteriormente, desenvolver uma proposta fundamentada no *core* de enfermagem, em especial, de enfermagem de reabilitação.

Conclui-se assim, que não foram identificados estudos que permitissem descrever com exatidão a vulnerabilidade da população idosa inscrita em serviços de apoio domiciliário, tal como, não foram identificados estudos de prevalência dos fenómenos determinantes dessa vulnerabilidade nem das relações que estabelecem entre si, atestando a escassez de conhecimento disciplinar face à problemática.

1.4. *Ageing in Place* – Uma Resposta face ao Envelhecimento

Ageing in place é um conceito relativamente novo que retrata a necessidade de cuidar das pessoas idosas, mantendo-as no contexto domiciliário. Face ao rápido envelhecimento populacional e às consequências que daí advém, esta conceção atraiu uma ampla atenção a nível regional, nacional e internacional, tendo sido adotada por diversos países enquanto estratégia facilitadora do respeito pelas preferências e necessidades das pessoas idosas; da gestão das implicações económicas imputadas aos sistemas de saúde/social e ainda do cumprimento da responsabilidade de cuidar inerente à família (78) (79).

Conscientes das vantagens do modelo em análise, nos últimos anos, os Estados Unidos da América, bem como, alguns países asiáticos e europeus têm vindo a apoiar a sua implementação. Contudo, destacam, a importância de conhecermos as necessidades e preferências das pessoas idosas de modo a ajustar as políticas de saúde/sociais, bem como, a disponibilidade e acessibilidade aos serviços integrados nesta metodologia.

O Guia de Boas Práticas para *Ageing in Place* revela que, nos países economicamente mais favorecidos, quando as pessoas idosas começam a perder a independência e autonomia, a opção, muitas das vezes, é a institucionalização. Em comparação, nos países em desenvolvimento, despontou o *ageing in place* como inevitabilidade pela falta destas alternativas institucionais (80).

Na nossa perspetiva, fundamentada na interseção de achados provenientes de diversos autores (15) (80) (81) (82), o modelo *agein in place* deve assumir-se como a primeira opção pelas vantagens que permite ao nível da inclusão social, da manutenção de um sentido para a vida, da preservação de sentimentos de segurança/pertença e do desempenho de papéis.

Assumindo que o conceito refere a capacidade de continuar a residir em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente é natural que seja necessária a implementação de uma abordagem multiprofissional. Realidade especialmente significativa em Portugal já que o país enquadra-se nos mais envelhecidos de todo o mundo (83).

Na China, país com forte influência cultural, realizou-se um estudo com 568 pessoas idosas em *ageing place*. Os dados revelaram que a satisfação com a comunidade; a capacidade para realizar as atividades básicas e instrumentais de vida diária, os problemas de saúde reportados nos últimos 12 meses; a disponibilidade de recursos na

comunidade e a possibilidade de acionar respostas de emergência são indicadores chave para o sucesso do modelo. Conclui-se, também, que à medida que a idade avança surgem dificuldades na manutenção dos cuidados com a casa e no acesso aos serviços de saúde, potenciando a deteção tardia de patologias que, coligada à ausência de condições para residir em casa com qualidade e independência (78), pode colocar em causa o modelo.

Assegurar cuidados de saúde às pessoas idosas, dotados de qualidade, eficácia e eficiência é um desafio, sobretudo, nos contextos de longa duração. Esta ideia contribuiu para a constituição do *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* (PACE), que propõem cuidados de saúde e sociais dirigidos a pessoas idosas com critérios para ingressarem numa estrutura residencial para idosos, mas que desejam permanecer no domicílio (84).

A versão inicial do PACE surgiu em São Francisco em 1973 numa comunidade de imigrantes provenientes da China, Itália e Filipinas que, imbuídos pela cultura dos países de origem, consideravam a institucionalização inaceitável. Esta discrepância cultural obrigou ao aparecimento de novas respostas, nomeadamente, centros de dia, cuidados domiciliários e distribuição de refeições a pessoas idosas dependentes de modo a assegurar a continuidade de cuidados no domicílio (84).

Em 2015, registaram-se 116 programas PACE em 32 estados evidenciando a sua proliferação e a vantagem da continuidade no domicílio, que ao inserir-se na comunidade, potencia o bem-estar da pessoa idosa com doença crónica e, conseqüentemente, da sua família (84). A National PACE Association corrobora o supracitado ao descrever: “*is better for the well-being of seniors with chronic care needs and their families to be served in the community whenever possible.*” (85).

A elegibilidade para integrar o programa é determinada pelos critérios: idade superior a 55 anos, certificação da necessidade de cuidados de enfermagem domiciliários, residir na proximidade de um programa PACE e capacidade para residir na comunidade em segurança. No entanto, os dados revelam que os inscritos são, na sua maioria, pessoas com 80 anos de idade; em média com 7,9 doenças; com dependência em pelo menos 3 atividades de vida diária e, cerca de 50%, com perturbação neurocognitiva. Poder-se-ia inferir que, na ausência do PACE, cerca de 90% dos inscritos poderia encontrar-se institucionalizado (85), imputando mais custos ao processo.

Neste programa, é privilegiada a intervenção multiprofissional sendo a equipa constituída por médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros profissionais. A intervenção inicia-se pela avaliação diagnóstica operacionalizada através

de uma reunião com o inscrito/familiares sendo possível a intervenção junto de todos os elementos que compõem o agregado (84).

A ideia de serem necessárias intervenções combinadas, designadas na literatura como *multicomponent interventions* (86) implementadas com a intencionalidade de retardar a institucionalização das pessoas idosas vulneráveis não é nova (79). No entanto, uma análise aprofundada revela que tais intervenções são dotadas de componentes comuns, a saber-se: uma avaliação geriátrica multidimensional, o planeamento e implementação de planos de cuidados integrados; a identificação do prestador de cuidados informal enquanto elemento que colabora na gestão do caso mas que é, igualmente, alguém que recebe cuidados de saúde e ainda o acompanhamento sistemático, próximo e dotado de ações de carácter psico-educacional (79) (87).

O rápido envelhecimento populacional é uma problemática revestida de grande preocupação para diversos países, inclusive devido à incidência de doenças crónicas que, contribuem para a dependência no autocuidado e, conseqüentemente, para o aumento da procura de cuidados de saúde (88). Neste sentido, capacitar o serviço nacional de saúde para a prestação de cuidados de qualidade é um desafio contínuo que obriga à mudança de um paradigma centrado em intervenções episódicas dirigidas à agudização de uma doença crónica de base para outro fundamentado em cuidados de proximidade e de longa duração.

A demora na implementação desta mudança tem contribuído para que as necessidades das pessoas idosas, sobretudo as mais vulneráveis, não sejam identificadas atempadamente (88). Nestes casos, a fragmentação e a descontinuidade de cuidados entre os setores social e saúde resulta, frequentemente, em deslocações ao serviço de urgência e internamentos desnecessários. Destes que permanecem internados, uma percentagem significativa morre no hospital, com custos em saúde elevados, sem que a situação clínica ou o planeamento de cuidados obrigue ao internamento (88).

Esta constatação conduziu ao desenvolvimento de modelos de cuidados que procuram obter resultados em saúde, bem como, potenciar a transferência do contexto de prestação de cuidados das instituições diferenciadas para a comunidade. Sabe-se, que a operacionalização deste ideal implica a implementação de modificações no ambiente de modo a proporcionar o suporte necessário à compensação das mudanças associadas ao processo de envelhecimento, algumas das quais, são claramente sinónimo de perda de capacidade.

É conscientes deste pressuposto que a criação de contextos facilitadores do envelhecimento saudável é uma tarefa indispensável à promoção da independência, da autonomia e do bem-estar das pessoas idosas contribuindo para que possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, socialmente relevantes (80) (82).

Para tal, é necessário um trabalho sistemático e sistematizado junto da comunidade de modo a estimular a adequação dos espaços (incluindo o domicílio; zonas envolventes e espaços ao ar livre), bem como, a tipologia dos edifícios, a rede de transportes, o desenvolvimento de estratégias de comunicação e informação dirigidas à população alvo; a elaboração de iniciativas potenciadoras da inclusão social e do respeito pelas pessoas idosas e ainda a disponibilidade de serviços na zona envolvente à habitação, assegurando respostas dirigidas às necessidades do quotidiano e oportunidades de desenvolvimento social, cívico e de emprego (82). Neste sentido, valerá a pena recordar que “*Manter uma vida autodeterminada e tão aproximada possível à que se manteve durante décadas só será viável, à medida que se envelhece, se o ambiente construído e o ambiente natural estiverem preparados para respeitar a evolução das capacidades individuais.*” (80 p. 8).

O relatório do segundo fórum global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (2015) identifica cinco principais áreas de intervenção no processo coligado ao *ageing in place: People, Place, Products, Person-centered services* e *Policy* referenciadas como “5 P’s”. Tendo por base esta conceção, o Guia de Boas Práticas para *Ageing in Place* (2018) apresenta dez categorias que orientam a intervenção, a saber-se, apoio aos cuidadores, combate ao isolamento, gerotecnologias e intervenção; inovação em apoio domiciliário; inovação em centro de dia; intervenção na vida da comunidade; lazer, atividade física e aprendizagem ao longo da vida, melhoria das condições de habitação; recursos de saúde, animação, nutrição e acompanhamento psicológico; segurança, mobilidade e bem-estar .

Nesta terminologia, *place* não remete unicamente para a residência física, mas sim para todo o contexto que permite que a pessoa idosa preserve a sua identidade pessoal e social, bem como, os significados que atribui à vida num processo contínuo ao longo de todas as etapas que compõem o seu ciclo vital (81).

Capítulo 2 – A Pessoa Idosa Vulnerável com Apoio Social no Domicílio

Considerando que, no capítulo anterior, abordou-se o contexto e as circunstâncias nas quais se desenrola o percurso de investigação aprofundam-se, seguidamente, os conceitos basilares fundamentados no conhecimento disciplinar produzido em Enfermagem, com especial destaque, para a vulnerabilidade coligada ao processo de envelhecimento.

Discute-se, ainda, o conceito de avaliação multidimensional da pessoa idosa, a partir do qual, tendo por base a literatura, são propostas as dimensões a diagnosticar, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, por forma a proceder à caracterização da vulnerabilidade das pessoas idosas inscritas no equipamento social em estudo.

2.1. Vulnerabilidade e Envelhecimento

Vulnerável é todo aquele que pode ser ferido/afetado (89). O Cambridge Advanced Learner's Dictionary vai de encontro ao supracitado ao definir a vulnerabilidade como *“Be easily physically, emotionally or mentally hurt, influenced or attacked.”* (90).

Em saúde, a vulnerabilidade associa-se ao aumento da suscetibilidade ao dano enquanto resultado de um juízo pessoal ou social acerca do autocontrolo que o próprio ou o grupo exerce sobre a sua vida ou sobre a experiência vivida (89). Simplificando, são vulneráveis todos aqueles que não são suficientemente autónomos e independentes (91).

Apesar de cada afeção ser única, em função da irreptibilidade do sujeito, todo o ser humano é potencialmente vulnerável ainda que, em graus distintos, em consequência da natureza dos fatores que caracterizam as suas circunstâncias (92) (93).

A definição de vulnerabilidade é bastante abrangente e, apesar de conter em si a definição de risco, a literatura distingue os conceitos. O risco trata-se de uma variável central nos estudos epidemiológicos surgindo coligado à identificação de pessoas que por apresentarem determinadas características encontram-se em menor ou maior risco de exposição a eventos negativos (94). Por outro lado, a vulnerabilidade, agora entendida como experiência individual, é resultado da vivência e perceção pessoal (89) (94) (95) (96) (97).

Em ciências da saúde este conceito é recorrente, inclusive em estudos desenvolvidos com pessoas idosas, registando-se o uso como enquadramento conceptual, particularmente, a partir da oitava década (95) (97). Na enfermagem, também é um conceito importante e intrinsecamente ligado à saúde e aos problemas de saúde, que podem ser entendidos como antecedentes e/ou consequências da vulnerabilidade (93) (95) (98). No entanto, as publicações tendem a debruçar-se em grupos particulares, contribuindo, de forma redutora para a produção de conhecimento socialmente relevante acerca dos determinantes da vulnerabilidade das pessoas idosas que envelhecem no domicílio (95).

Ayres e colaboradores operacionalizam a vulnerabilidade em saúde em três categorias: individual, social e programática. A primeira (individual) é determinada em função de 3 condições: cognitivas, dirigidas ao acesso à informação; ao reconhecimento da suscetibilidade e à eficácia da prevenção; comportamentais, que atendem à volição e à capacidade para modificar os comportamentos e sociais, que se centram, sobretudo, no acesso a recursos (96).

A segunda categoria, integra a dimensão social do envelhecimento e é representada por indicadores relativos ao perfil populacional. Integra, também, aspetos relacionados com a identidade social e as normas e culturas vigentes.

Já a vulnerabilidade programática, última categoria do modelo, contempla a organização dos serviços de saúde, o vínculo terapêutico estabelecido com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção, controlo, agravamento e os recursos sociais existentes (96).

Apesar do desenvolvimento da vulnerabilidade social por diversas disciplinas, na enfermagem, destaca-se a perspectiva de Aday (1994) que descreve os fatores que a predizem com base no *status* social, constituído pela idade, o género, a raça e a etnia; no capital social composto pela estrutura familiar, estado civil e redes sociais, e no capital humano que inclui a profissão, o vencimento e o local de residência. Segundo o autor, os socialmente vulneráveis experimentam risco de pobreza o que, por sua vez, amplia a probabilidade de eventos adversos em saúde (99).

Na tentativa de agrupar as conceções apresentadas mas tomando como foco o estudo, opta-se por definir vulnerabilidade como um estado dinâmico que permite aos indivíduos, grupos e comunidades responder às barreiras experienciadas através dos recursos internos e externos de forma positiva (resiliente/adaptativa) ou negativa (risco) ao longo do *continuum* saúde-doença (93) (100).

Admite-se que cada pessoa possui um limiar de vulnerabilidade que, quando ultrapassado, resulta no compromisso da sua saúde (95) (97) (101). Neste sentido, o envelhecimento, *per si*, tende a potenciar a vulnerabilidade individual, biológica, socioeconómica e psicossocial em virtude do declínio cognitivo e/ou funcional característico do processo de senescência, intensificando-a, ou não, mediante a interação estabelecida com os determinantes do fenómeno (91) (96) (99) (102) (103).

Nas pessoas idosas, a vulnerabilidade resulta do efeito simultâneo de alterações em diferentes dimensões, como, a perceção sensorial, a mobilidade, o risco de queda, o desempenho cognitivo, a incontinência, a complexidade do regime medicamentoso, a dependência funcional, a pluripatologia (104), o comprometimento do sistema tegumentar marcado pelo risco de úlcera de pressão e o *status* nutricional (105).

O College and Association of Registered Nurses of Alberta clarifica que as pessoas mais vulneráveis têm maior probabilidade de adoecer porque os determinantes da saúde também influenciam a vulnerabilidade. Nesta perspetiva há que considerar a escolaridade, a classe social, a existência de redes de apoio, a nutrição, o acesso aos serviços de saúde e sociais, os comportamentos e as políticas públicas (98).

Outros autores relevam a importância de fatores como a idade, o estado civil, a escolaridade, o rendimento e o género já que as mulheres, viúvas, com idade superior a 80 anos, baixo rendimento e reduzida escolaridade apresentam maior longevidade, morbilidade, isolamento social e dependência no autocuidado, bem como, menor suporte social diagnosticando-se assim, nestas pessoas, potencialmente, níveis de vulnerabilidade igualmente superiores (91) (94) (96) (102) (103) (106). Por outro lado, a reduzida escolaridade tende a comprometer a literacia em saúde e o acesso aos serviços de saúde, o que, por sua vez, dificulta a adesão ao regime (102) acarretando, a longo prazo, necessidades em saúde que carecem de intervenções complexas, ampliando os custos.

A vulnerabilidade é, igualmente, influenciada pela perceção de risco e eficácia pelo que é possível que perante as mesmas circunstâncias indivíduos distintos percecionem graus de vulnerabilidade, igualmente, distintos. Neste processo, recordam-se as influências externas e internas capazes de produzir variabilidade no grau de expressão do fenómeno, inclusive no mesmo indivíduo, afirmando-se por isso que a vulnerabilidade é situacional num contínuo dinâmico (93) (97) (103) (107) (98).

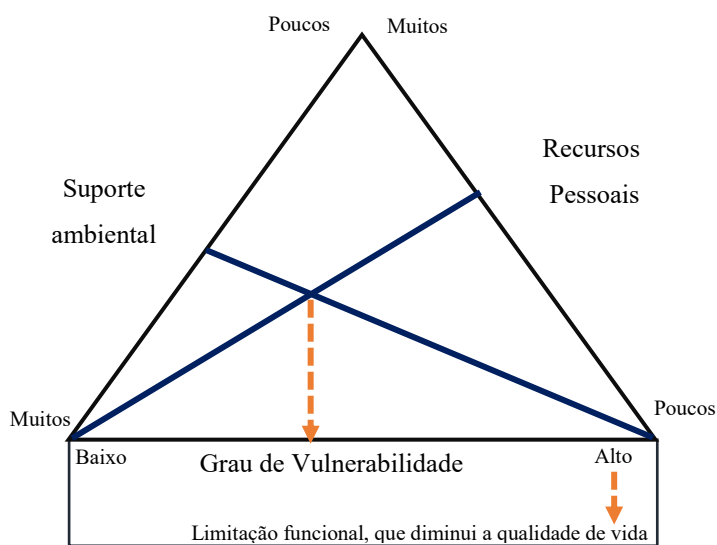
Poder-se-á então, considerar que, os determinantes aqui destacados carecem de avaliação profissional de modo a que seja possível traçar o perfil de vulnerabilidade da

pessoa idosa contribuindo para apoiar o exercício dos profissionais de saúde, em geral, dos enfermeiros, em particular, e dos decisores em políticas de saúde e sociais (95).

Neste sentido, acredita-se que a produção de conhecimento disciplinar favorecerá a construção de indicadores de impacto sensíveis aos cuidados de enfermagem a partir dos quais a ação profissional será operacionalizada com vista à avaliação das condições de saúde individuais conferindo maior integralidade e, conseqüentemente, fortalecendo as propostas de intervenção com vista à redução das ações pontuais centradas unicamente na execução de tarefas instrumentais que nada modificam a estrutura da rede de causalidade (94) (95). Prevê-se, ainda, que seja possível potenciar a adequação dos serviços utilizados com vista à priorização da assistência preventiva retardando o aparecimento de patologias crónicas e incapacitantes motivadas, sobretudo, pelos comportamentos modificáveis (94) (96) (102) (103) (108) (109).

Na construção do quadro conceptual, recorreu-se ao modelo de Rogers (1997), adaptado por Markle-Reid e colaboradores (2006) que demonstra que é da relação entre os recursos pessoais e o suporte ambiental que resulta o grau de vulnerabilidade determinado através de uma linha perpendicular à base do triângulo, traçada no local de interseção entre as linhas assinaladas, paralelamente, a cada lado do triângulo equilátero em direção ao vértice oposto (103) (110) (figura dois). O grau de vulnerabilidade relaciona-se de forma diretamente proporcional com a limitação funcional e a qualidade de vida evidenciando-se ainda, um encadeamento muito semelhante, no que respeita aos custos em saúde (110).

Figura 2 - Modelo de Vulnerabilidade



Fonte: Markle-Reid, Maureen e colaboradores (2006)

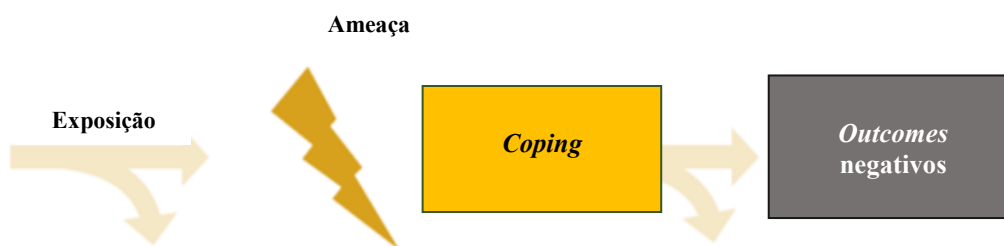
Assim, a intervenção de enfermagem centra-se na alteração dos recursos pessoais e/ou suporte ambiental com vista à diminuição do grau de vulnerabilidade para que o limiar da mesma não seja ultrapassado facilitando o processo de adaptação após a experiência de crise (101) (111).

Naturalmente, que em períodos de transição que acarretam mudanças significativas, a vulnerabilidade encontra-se, potencialmente, aumentada pelo que a gestão ambiental que poderá incluir, a estrutura familiar e comunitária, produz efeitos positivos (103) (111).

Noutro modelo, a vulnerabilidade resulta da interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo determinado o seu grau em função da exposição à ameaça. Aqui, os fatores intrínsecos associam-se às capacidades pessoais que são influenciadas pelos recursos financeiros, a saúde, a educação, o suporte social, a vulnerabilidade inata, a vulnerabilidade adquirida enquanto processo de construção desde o nascimento, o envelhecimento e, ainda, pelos eventos que ao mesmo se associam. Ou seja, a capacidade de resposta poderá encontrar-se limitada, realidade muito frequente nas pessoas idosas, inclusive, devido à existência de restrições económicas, sociais e físicas (97) (112).

No desenvolvimento conceptual, a ausência de *outcomes* no modelo de Rogers (1997) fomentou a figura três a partir da qual se conclui que a vulnerabilidade é o resultado negativo das interações complexas entre a exposição a uma ameaça real ou percebida associada à incapacidade interna de resposta e/ou ausência de recursos para a enfrentar (97) (109) (112) (113).

Figura 3 - Quadro Conceptual de Vulnerabilidade



Fonte: Adaptado de Schröder-Butterfill, 2012

Considerando então, que a problemática da vulnerabilidade tem cerne em questões ambientais e individuais com enfoque no comportamento, poder-se-á referir que o modelo biomédico, enquanto quadro concetual, é extremamente redutor face ao seu diagnóstico e, conseqüentemente, à implementação de intervenções.

Neste sentido, a enfermagem parece adquirir um papel relevante, apesar da necessidade de desenvolvimento de conhecimento disciplinar que permita conhecer as interações complexas entre os determinantes da vulnerabilidade da pessoa idosa, prevenindo-os, bem como, favorecendo o ajuste do ambiente ao indivíduo e não o inverso (108) (109) (111).

2.2. Avaliação Multidimensional da Vulnerabilidade

O reconhecimento da complexidade, cronicidade e do impacto das síndromes geriátricas, bem como, das diferentes dimensões que se articulam e influenciam a homeostasia da pessoa idosa, contribuíram para o desenvolvimento de uma visão holística precursora da avaliação geriátrica multidimensional (114) (115).

Concorreu também a evidência científica que demonstra que apesar do aumento do número de contactos entre idosos e profissionais de saúde permanecem problemas não detetados devido à influência dos estereótipos relacionadas com o envelhecimento e à consciencialização dificultadora do cliente/família (116).

Conceptualmente, a avaliação multidimensional é descrita como um processo multidisciplinar de diagnóstico interdisciplinar focado na determinação da capacidade intrínseca e funcional da pessoa idosa, potencialmente vulnerável, com vista ao desenvolvimento de um plano de cuidados coordenado, integrado e continuado focado na promoção da saúde, prevenção da doença e reabilitação (117) (118) (119) (120) (121) idealmente, com recurso à metodologia da gestão de casos (115).

Neste sentido, trata-se de uma avaliação composta por múltiplas áreas que interagem entre si, como as características sociodemográficas, as alterações fisiológicas, a capacidade física, a acuidade auditiva e visual, a dor, a cognição, o estado mental, a interação com o ambiente, o acesso a recursos de saúde e sociais, o suporte familiar e social, os recursos económicos, o risco de queda, o regime medicamentoso, a estado nutricional, o sistema tegumentar (17) (117) (118) (119) (120) (121) (122) (123) entre outros fenómenos de interesse.

A sua operacionalização implica agrupar vários instrumentos de medida, validados para a realidade em estudo, que se relacionem entre si, objetivando, por um lado, avaliar, identificar e descrever os problemas e necessidades da população e, por outro, diagnosticar as características e circunstâncias individuais (120). Como resultado, espera-se, a obtenção de um diagnóstico preciso e abrangente que compreenda a articulação entre as diversas dimensões que compõem a pessoa expondo a rede causal.

Idealmente, é aplicada por uma equipa multiprofissional de forma regular, encontrando-se na literatura internacional, desde há vários anos, descrito o impacto positivo na efetividade do diagnóstico (116) (124), na redução da taxa de mortalidade (125) e de institucionalização (126), na desaceleração do processo de declínio da qualidade de vida (118) e na redução da taxa de internamentos hospitalares (127).

Não obstante, a diversidade de instrumentos e métodos implementados dificultam a comparabilidade entre dados, a evolução do conhecimento disciplinar em enfermagem e a prática baseada em evidência científica (4) pelo que têm surgido, nos últimos anos, vários estudos centrados na análise dos instrumentos de avaliação em uso (124) (128) (129) (130).

A sua aplicabilidade tem vindo a diversificar-se, inclusive pelo uso em aplicações móveis, desenhadas para ambientes clínicos que atuam como uma guia de bolso de fácil utilização que, remotamente, permite orientar os profissionais na avaliação reduzindo o tempo gasto na compilação dos instrumentos de medida, bem como, no cálculo dos resultados (116). A operacionalização desta ideia originou o sistema *Geriatric Helpe: An mHealth Application to Support Comprehensive Geriatric Assessment* testado em unidades de saúde portuguesas, demonstrando que, na comunidade, o número de pessoas encaminhadas e internadas é superior no grupo experimental, pese embora, o número de dias de internamento seja inferior comparativamente ao grupo controlo (116).

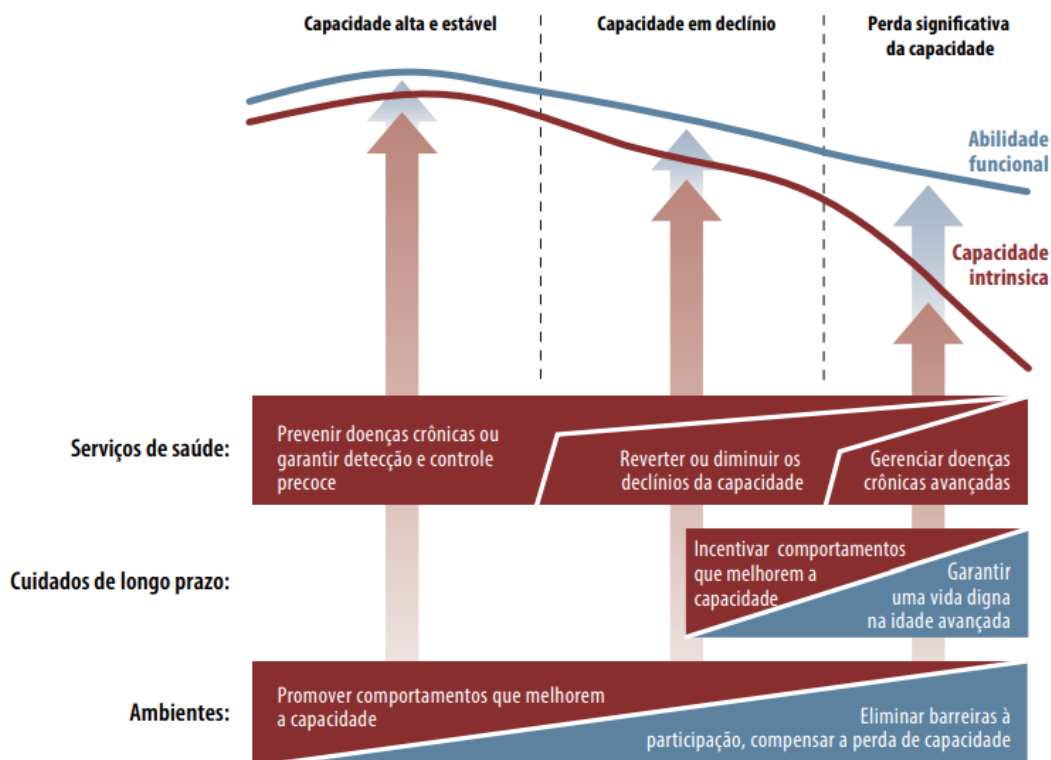
Este dado, aliado ao custo da manutenção, incendiou a discussão sobre o custo-benefício do projeto colocando a descoberto a necessidade de serem definidos critérios de estratificação dos beneficiários, mas também, políticas de saúde que alertem para a implementação da avaliação multidimensional, enquanto prática sistematizada e regular, nos indivíduos vulneráveis, sobretudo, nos que apresentam idade superior ou igual a 75 anos (109) (116) (131) (132). Destaca-se, contudo, a reduzida orientação sobre métodos e estratégias de avaliação apropriados à deteção dessas necessidades, tendo por base os fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem (116) (131).

Esta terminologia (fenómeno) foi definida pelo International Council of Nurses (2002) como “*aspeto de saúde relevante para a prática de enfermagem*”. Dos fenómenos sensíveis à obtenção de ganhos em saúde, emergem os focos, enquanto áreas de atenção associadas às respostas humanas aos processos de vida e doença ao longo do ciclo vital (133). São diversos os fenómenos que ampliam a vulnerabilidade da pessoa idosa, pelo que, seguidamente, abordá-los-emos de forma individual para facilitar a sua compreensão ainda que, na realidade, ocorram sequencial e/ou simultaneamente (134).

Capacidade Funcional

A capacidade funcional é um fenómeno de destaque na avaliação geriátrica multidimensional (135). A própria Organização Mundial de Saúde defende esta ideia ao propor um quadro de ação em saúde pública para o envelhecimento saudável centrado na maximização da capacidade funcional das pessoas idosas (4) obtida através da manutenção da capacidade intrínseca em associação à gestão ambiental - Consultar figura quatro.

Figura 4 - Modelo de Saúde Pública para um Envelhecimento Saudável



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2015

No modelo, ao longo do ciclo vital, as trajetórias de funcionalidade e capacidade intrínseca dividem-se em dois períodos: o primeiro, marcado pelo aumento e estabilidade e o segundo, que poderá subdividir-se em dois em função do grau de declínio, pela perda progressiva seguida da perda significativa (4). Assim, a perda de funcionalidade pode ocorrer naturalmente de forma progressiva sem associação a acontecimentos concretos, mas também, resultar de eventos críticos que impedem a sua evolução natural (4) (17) (21) (136).

Embora possam ocorrer eventos críticos que influenciam de forma abrupta a capacidade funcional colocando, de imediato, a descoberto a sua importância ressalva-se que a perda progressiva, insidiosa e esporádica, favorece o subdiagnóstico de alterações que, na ausência de ação profissional, tendem a dificultar a adaptação permanentemente (136) (137). No entanto, independentemente do processo, a perda da capacidade funcional predispõe alterações na competência para executar, de forma independente, as atividades instrumentais e básicas de vida diária instalando-se situações de dependência no autocuidado que reavivam a problemática da sustentabilidade (137).

Enquanto indicador da capacidade funcional, as atividades de vida diária subdividem-se em básicas e instrumentais: as primeiras remetem para as habilidades necessárias à satisfação de necessidades que determinam a sobrevivência, como alimentar-se, usar a casa de banho, tomar banho ou vestir-se (138). Já as segundas incluem as capacidades indispensáveis à vida independente na comunidade, sendo exemplos, ir às compras, cuidar da casa, preparar as refeições, gerir a terapêutica, usar o telefone, o dinheiro e os transportes (139).

As pessoas dependentes nas atividades diárias tendem a apresentar maior mortalidade e morbidade, maior risco de institucionalização em estruturas residenciais para idosos e *outcomes* dificultadores do processo de regresso a casa após a alta hospitalar (137) (140). A comparação entre géneros revela diferenças estatisticamente significativas vivendo, as mulheres, maior número de anos apesar de serem mais dependentes no autocuidado. A idade também interfere na capacidade para executar as atividades de vida diária pois a partir dos 80 anos essa capacidade tende a diminuir de forma mais significativa, diminuindo o número de indivíduos que, após um evento crítico, retorna ao grau de independência anterior (140).

Outros fatores de risco são identificados em revisões sistemáticas da literatura e meta-análises, nomeadamente, a perceção de saúde negativa, a reduzida qualidade de vida, o sedentarismo, a solidão, o uso do tabaco, o uso do álcool, a ausência de interação

social, a insónia, a sonolência diurna e o diagnóstico de pluripatologia (137) (141) (142) (143).

A insatisfação com a vida, a depressão, o compromisso do desempenho cognitivo e as condições socioeconómicas desfavoráveis também constituem fatores de risco determinantes do grau de assistência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária. Adicionam-se, ainda, os períodos excessivamente curtos ou prolongados de sono, a inatividade e o permanecer sentado (140) (143).

Neste sentido, a capacidade funcional da pessoa idosa é descrita como precursora da vulnerabilidade pelo que a ação dos enfermeiros na prevenção de défices permanentes, complicações e eventos críticos adquire contornos fulcrais (17).

Perceção Sensorial

O processo de senescência acarreta perdas graduais no sistema sensorial que tendem a manifestar-se, com maior prevalência, a partir dos 50 anos de idade pelo efeito cumulativo dos fatores de risco intrínsecos, extrínsecos e comportamentais (144).

Na visão, a diminuição da elasticidade do cristalino altera a capacidade de focar e reconhecer objetos, sobretudo, a distâncias diferentes, em profundidade e movimento. É amplo o impacto na vida diária tomando como exemplo a leitura de legendas, a compra de bens distintos armazenados numa mesma prateleira, subir/descer escadas ou alimentar-se. A pupila também diminui afetando a transparência e espessura do cristalino, o que resulta num menor atingimento de luz colocando em causa a visão em áreas pouco iluminadas ou durante a noite, inferindo-se acerca da importância das luzes de presença noturnas (144) (145) (146).

Nas patologias oftalmológicas destacam-se as cataratas, o glaucoma, a mácula degenerativa e a retinopatia diabética. As cataratas tornam a imagem turva, nebulada e aumentam a sensibilidade ao brilho dificultando, por exemplo, a condução durante a noite e a execução das atividades instrumentais de vida diária. Já o glaucoma surge de forma insidiosa restringindo o campo visual (visão em túnel) pelo aumento da pressão ocular.

Na audição, a perda parcial de células sensoriais da cóclea, característica do processo de envelhecimento, amplifica o som distorcendo-o o que dificulta a compreensão da mensagem, sobretudo, em sons de alta frequência como as consoantes Z, T, F, G e S (145) (146).

Num estudo, 50% das pessoas com idade superior a 75 anos apresentavam diminuição da acuidade auditiva. Estes relacionavam-se menos com a família e a comunidade, estavam mais expostos ao risco de isolamento, ao comprometimento da segurança e à atribuição de rótulos ligados à confusão e demência devido a comportamentos desajustados consequentes à incompreensão da informação. No entanto, a literatura parece revelar maior prevalência de défice cognitivo nas pessoas idosas com compromisso da acuidade auditiva (147), o que também contribui para explicar o desajuste comportamental.

A perda de paladar e olfato podem potenciar escolhas alimentares menos saudáveis, mas mais apelativas pelas cores, odor e elevada concentração de sabor. Noutra extremo, o fenómeno favorece a anorexia que aliada à xerostomia, ao comprometimento da mastigação por perda de dentes, à ausência de cuidados de higiene oral regulares e ao uso de próteses dentárias, por vezes, desajustadas propiciam o compromisso do *status* nutricional (145) (148) (149).

A dor, habitualmente presente mas desvalorizada (150), surge como fator determinante da diminuição da qualidade de vida (151), da qualidade do sono (152) e da limitação da mobilidade e capacidade funcional (153) associando-se ao aumento do consumo de medicamentos (154). Pessoas com dor apresentam um conjunto de limitações precocemente (154) (155). Nas pessoas idosas vulneráveis o subdiagnóstico da dor é prevalente (156) podendo a enfermagem assumir um papel de relevo no diagnóstico e tratamento multidimensional do fenómeno.

A expressão do tato pelo toque, quando negligenciado nas pessoas idosas, especialmente nas acamadas ou que permanecem sentadas grande parte do dia, aumenta o risco de doença mental e diminui o limiar de dor, contribuindo para explicar diagnósticos de dor intensa sem etiologia aparente (145) (149).

Cognição

Com o avançar da idade diminui o volume de massa cerebral devido à morte neuronal, à atrofia da massa que compõe os neurónios e à perda de massa branca afetando áreas do córtex cerebral responsáveis pela coordenação mental e cognição (4). A perda do volume de massa cinzenta, sobretudo pré-frontal e parietal, é inferior à perda de massa branca no entanto, ambas as situações contribuem para alterações na estrutura e funcionamento cerebral (157).

A deterioração da *performance* cognitiva resulta da diminuição da velocidade de processamento da informação, associada à dificuldade em permanecer focado e realizar tarefas distintas simultaneamente (157). Tal como a memória semântica e episódica, a capacidade para aceder a informação armazenada recentemente e codificar novas informações sofre declínio, apesar da retenção do aprendido com sucesso continuar preservada (157). A linguagem, domínio cognitivo complexo, tende a permanecer estável podendo, inclusive, ocorrer melhoria do vocabulário. A confrontação visual, enquanto capacidade para nomear objetos permanece estável até aos 70 anos, seguindo-se um declínio progressivo (157). Estas alterações tornam mais desafiante a aprendizagem e a concretização de atividades que implicam manipulação ativa, reorganização e integração dos diversos itens que compõem a memória (4).

A probabilidade de progressão para défice cognitivo ligeiro é variável existindo forte evidência do efeito de patologias crónicas, como hipertensão arterial, diabetes (158), doenças cerebrovasculares (159) e obesidade, especialmente quando aliadas à adoção de estilos de vida de risco, nomeadamente, o tabagismo (160).

A evidência é fraca relativamente ao risco associado à depressão e distúrbios do sono e inconclusiva no que respeita à hiperlipidemia (160). São fatores protetores a alimentação saudável aliada ao envolvimento na prática de atividades avançadas de vida diária de cariz físico, intelectual e social (159), bem como, a prática de exercício físico regular e a manutenção de estímulos favorecedores da aprendizagem (160) (161).

A perturbação neurocognitiva, mesmo não sendo apanágio do processo de envelhecimento, é prevalente nas pessoas idosas potenciando situações de maior vulnerabilidade. As taxas de prevalência globais variam entre 5% e 7% em pessoas com idade superior a 60 anos, aumentando exponencialmente com a idade, como comprovam as estimativas de 20% nas pessoas com idade superior a 85 anos (162). Em Portugal a prevalência aumenta de 1% aos 65 anos, para 30% aos 85 anos duplicando, a cada cinco anos, entre os 60 e os 95 anos de idade (8).

Na comunidade, o diagnóstico precoce aliado à implementação de intervenções autónomas sensíveis aos cuidados de enfermagem (163), parece fundamental para atrasar a progressão da doença e limitar estes défices (164) indutores de vulnerabilidade.

Status Nutricional

As pessoas idosas têm maior propensão à desnutrição pelo efeito conjunto de fatores de risco inerentes à senescência que, por sua vez, influenciam, diretamente, o equilíbrio entre as necessidades nutricionais e a ingestão (134), a saber-se: o declínio da *performance* cognitiva e da capacidade funcional dificultando a adoção de comportamentos de autocuidado socialmente aceites o que leva ao afastamento de situações percecionadas como problemáticas, por opção do próprio ou da família; a perda de dentes que afeta a mastigação obrigando à seleção de alimentos ou a estratégias para os cozinhar que nem sempre respondem às necessidades nutricionais; a ausência de cuidados de higiene oral e a disfagia (165); a anorexia consequente às alterações do paladar e olfato que alteram o prazer inerente à alimentação; a incapacidade para executar as atividades instrumentais de vida diária como cozinhar, ir às compras ou usar o dinheiro; as patologias, especialmente, as de carácter oncológico, gástrico, perturbações neurocognitivas (166) (167), insuficiência cardíaca congestiva ou Parkinson; a polimedicação potenciada pela pluripatologia; a perceção negativa de saúde; as alterações psicossociais com destaque para a depressão, a solidão, o isolamento social (168) (169) e as dificuldades económicas que ao limitarem o poder de compra levam à aquisição de alimentos mais baratos mas, nutricionalmente, mais pobres (134) (170).

Mesmo nos casos nos quais a ingestão e gasto energético são adequados, o *status* nutricional pode constituir um desafio pelo compromisso do metabolismo, pela interação medicamentosa característica da polimedicação; pela alteração das necessidades nutricionais e pela absorção insuficiente de vitamina B12 e ferro consequente à mudança na produção das secreções gástricas (4).

O excesso de peso é descrito, por alguns investigadores, como fator protetor por indicar suporte social/familiar e diminuir a osteoporose diminuindo o risco de fratura (171). No entanto, a malnutrição por excesso também é determinante da vulnerabilidade, por influenciar a mobilidade e morbidade (172) sendo, especialmente preocupante, o efeito da obesidade paradoxal que, pela sarcopenia, aumenta a incapacidade sem afetar a longevidade (173) (174) (175).

A obstipação, bem mais prevalente nas pessoas idosas, ocorre devido à redução da tonicidade da musculatura abdominal aliada à desaceleração dos movimentos peristálticos e à adoção de estilos de vida de risco marcados pela insuficiente ingestão de fibras e líquidos, (consequente à inibição do reflexo de sede), uso prolongado e excessivo

de laxantes, sedentarismo e polimedicação (176) (177) (178). Desvalorizar o desejo de defecar pela incapacidade para se autocuidar ou pela existência de barreiras arquitetónicas surge enquanto resposta à manutenção da dignidade e privacidade, potenciando a vulnerabilidade.

A enfermagem pode assumir um papel preponderante já que os fenómenos descritos são sensíveis aos cuidados implementados pelos enfermeiros, quer ao nível do diagnóstico quer da intervenção autónoma (179) (180) (181).

Sistema Tegumentar

As alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento da pele tendem a comprometer a perceção sensorial, mais propriamente o tato, a permeabilidade e a capacidade de reparação e termorregulação (149) (182).

Embora o número de camadas celulares permaneça estável, a epiderme diminui a sua espessura, particularmente nas mãos, antebraços, face, pescoço e tórax, sobretudo nas mulheres. As fibras de colagénio tornam-se mais ásperas e aleatórias, o que associado à diminuição das fibras de elastina, reduz a elasticidade (149) (183) (182).

Observa-se diminuição da produção de sebo, bem como, do conteúdo lipídico global. Ocorre redução do número de melanócitos e aglomeração dos existentes, principalmente nas zonas expostas ao sol, resultando uma pigmentação díspar. Os pêlos do couro cabeludo, púbicos e axilares tornam-se mais finos e brancos devido à perda progressiva das células pigmentadas e atrofia dos bulbos pilosos (149) (183) (182). Estes fenómenos contribuem para que a pele fique mais seca e frágil, o que associado à perda de gordura subcutânea, favorece a aparecimento de rugas e flacidez (149) ampliando muito o risco de lesão.

No caso das lesões cutâneas na pessoa idosa, destaca-se a úlcera de pressão enquanto ferida crónica e debilitante que, desde há alguns anos, é descrita como um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem (184). Prevalente em diversos contextos afeta aproximadamente 10% dos indivíduos hospitalizados e 5% dos que se encontram na comunidade impondo consequências psicológicas, fisiológicas, financeiras e sociais que afetam negativamente a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida (183) (185).

A análise de *settings* da comunidade revela maior prevalência nas pessoas idosas, particularmente com idade superior a 75 anos, constituindo o sacro e os calcanhares a

localização mais frequente (186). No mesmo estudo 71,6% dos diagnosticados residiam no domicílio e 4,9% em *nursing homes* (186) levando a crer que nos primeiros as medidas implementadas focam-se mais no tratamento do que na prevenção, contrariamente à prática baseada em evidência (184) o que amplia, exponencialmente, os custos.

A suscetibilidade aumentada deriva da interação complexa entre fatores de risco organizados em domínios major: compromisso da mobilidade/atividade, diminuição da perfusão tecidual, presença de humidade, idade avançada, alterações hematológicas, défices nutricionais, exposição a forças, alterações na perceção sensorial e no estado geral de saúde. Relativamente à temperatura corporal e imunidade a evidência permanece inconclusiva em virtude do reduzido número de estudos (183) (184) (187).

A senescência *per si* parece ampliar o risco de úlcera de pressão, o que coadjuvado à pluripatologia, dependência no autocuidado e reduzido suporte familiar predispõe circunstâncias de maior vulnerabilidade (188) .

Nos idosos vulneráveis e com úlceras de pressão que residem na comunidade, o tratamento é dispendioso, complexo e prolongado evidenciando-se maior propensão à morte (189) pelo que a prevenção, igualmente sensível aos cuidados implementados pelos enfermeiros, adquire especial relevo.

Padrão de Sono

Com o envelhecimento o ritmo circadiano torna-se dessincronizado e com menor amplitude pela degeneração do núcleo supraquiasmático, da glândula pineal e das estruturas nervosas que, entre eles, estabelecem conexão (190).

Também contribui, o enfraquecimento dos estímulos externos como a diminuição dos estímulos fóticos na retina pela opacidade do cristalino e a ausência de exposição solar, favorecendo o avanço do ritmo circadiano que determina a necessidade de dormir e despertar precocemente (190) (191).

Aumenta o período de latência, diminui a duração do sono *rapid eye movement* e aumenta a duração das fases iniciais do sono profundo (N1 e N2) enquanto a final (N3) tende a permanecer constante a partir dos 60 anos de idade (190) (192). Como consequência podem ocorrer alterações no humor, na mobilidade (193) (194) e na *performance* cognitiva ao nível da capacidade de alerta, concentração, rapidez de processamento da informação, coordenação e memória (195).

Os múltiplos despertares noturnos que fragmentam o sono determinam a percepção negativa da sua qualidade tendendo a culminar num estado de sonolência diurna (196) que aliado à multimorbilidade e consumo de fármacos inadequados potencia condições favoráveis à ocorrência de eventos críticos (como a queda) indutores da dependência (195) e, conseqüentemente, de maior vulnerabilidade.

Apesar da sensibilidade aos cuidados de enfermagem (197), a negligência no que respeita à avaliação e intervenção relaciona-se com a dificuldade em determinar sinais do processo de senescência distinguindo-os da sintomatologia de veras patológica (197). Considerando, que a maioria dos distúrbios do sono é tratável, e idealmente passível de prevenção, torna-se necessária a ação profissional que reduza a vulnerabilidade limitando o impacto deste fenómeno no quotidiano (195) (198).

Queda Acidental

Na Europa entre 2010 e 2012 faleceram, em média, 35848 idosos/ ano na sequência de uma queda acidental, sendo as conseqüências da mesma a principal causa do consumo de cuidados de saúde nos serviços de urgência. Em pessoas com idade superior a 65 anos, por cada morte relacionada com o fenómeno, registaram-se 65 atendimentos em serviços de urgência e 45 internamentos hospitalares (199) .

Os custos diretos e indiretos são elevados, quer para o indivíduo/família quer para a sociedade em geral. No caso dos cuidados de saúde estimava-se, em 2015, que as despesas inerentes ao tratamento das lesões coligadas às quedas aproximavam-se dos 25 mil milhões/ano (199).

Em Portugal a realidade repete-se, constituindo a queda acidental a principal causa de lesão nas pessoas idosas, com uma frequência de 76% entre os 65-74 anos que aumenta para 90% no grupo etário mais de 75 anos.

As situações mais graves resultam em fraturas da anca, lesões traumáticas do cérebro e ferimentos nos membros superiores (200), que contribuem para que as pessoas mais velhas sejam internadas após uma queda, cinco vezes mais do que por lesões de qualquer outro tipo, estimando-se que o tempo médio de internamento tende a aumentar exponencialmente com a idade, em média, onze dias nas pessoas com mais de 75 anos (201).

No contexto das situações potenciadoras de vulnerabilidade, a queda, enquanto evento acidental e multifatorial, detém especial impacto denotando-se que os idosos mais

vulneráveis caem com mais frequência (202), o que resultada da interação entre fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais (203). A queda é o acidente mais frequente no contexto domiciliário (204) ampliando o risco de dependência, de perda da autonomia, o medo de cair (202), a confusão, a depressão, a restrição da mobilidade e a procura de cuidados sociais permanentes em centros de dia (17) e estruturas residenciais para idosos (76). Ao ocorrer simultaneamente, estas consequências potenciam casos designados como de especial vulnerabilidade (17) (203).

Constituindo a queda das pessoas idosas no domicílio um grave problema de saúde pública há evidência que atesta a eficácia e eficiência de programas multifatoriais de prevenção de quedas que, envolvendo o cuidador informal, visam a combinação de intervenções, sensíveis aos cuidados de enfermagem e focadas na consciencialização facilitadora, avaliação multidimensional após a primeira queda, gestão participativa do ambiente domiciliário/comunitário e envolvimento em programas de exercício personalizados para treino do equilíbrio e melhoria da força muscular favorecendo também a literacia em saúde (205) (206) (207).

Regime Medicamentoso

As alterações anatómicas e fisiológicas relacionadas com a idade influenciam a farmacocinética e farmacodinâmica diminuindo as reservas fisiológicas e ampliando a vulnerabilidade às complicações inerentes à polimedicação (208) (209). Apesar da ausência de consenso, a polimedicação é comumente entendida como uso de mais de 5 fármacos; no entanto, como esta definição tende a negligenciar o número de comorbilidades que carecem de intervenção farmacológica discute-se uma definição alternativa: o uso de mais fármacos do que os clinicamente indicados (208).

Um estudo na região norte de Portugal, com mais de 4000 utentes com idade superior a 18 anos, revelou que o consumo crónico de medicamentos é superior nas mulheres, com idade avançada, reformadas ou domésticas com famílias unitárias. O número médio de medicamentos aumenta com a idade existindo relação entre a idade e o consumo da maioria dos grupos farmacológicos (210).

Na Europa, estima-se que as reações adversas aos medicamentos se aproximam de 20% nas pessoas idosas residentes na comunidade, 66% no meio hospitalar e 40% em contextos de institucionalização permanente, constituindo assim, o local de residência, só por si, um fator de risco (211).

A toxicidade, a interação entre medicamentos, a cascata de prescrição, as reações adversas aos fármacos e a existência de diferentes prescritores alia-se às crenças e reduzida literacia em saúde favorecendo a não adesão. Nos casos de polimedicação a gestão do regime é complexa, no entanto, as pessoas idosas com alterações na capacidade funcional e na *performance* cognitiva, reduzido suporte familiar e social residentes num contexto socioeconómico adverso, são ainda mais vulneráveis a síndromes geriátricas encontrando-se, por isso, em situações especialmente preocupantes (212). Estudos revelam associação entre polimedicação, confusão, incapacidade funcional, défice cognitivo (212), queda accidental, gravidade da lesão pós queda, hospitalização e morte (213).

O enquadramento revela um fenómeno sensível aos cuidados de enfermagem que carece de ação profissional individualizada e continuada por forma e melhorar a adesão e gestão do regime medicamentoso (214) prevenindo complicações.

Utilização dos Recursos de Saúde

Com o envelhecimento, aumenta a necessidade em cuidados de saúde sendo expectável uma resposta semelhante na utilização desta tipologia de serviços. Os países desenvolvidos correspondem aumentando, particularmente, o internamento apesar da evidência indicar desconexão entre as necessidades continuadas e a resposta esporádica à agudização de situações de saúde crónicas assegurada no hospital (4).

Na pessoa idosa, o aumento do número de comorbilidades relaciona-se, de forma diretamente proporcional, com o aumento do número de consultas médicas, bem como, do número e duração dos internamentos hospitalares (215).

Na Europa, as mulheres contactam mais frequentemente com os cuidados de saúde consumindo mais medicamentos apesar dos homens serem mais vezes internados. A inscrição em cuidados formais de cariz social também contribui, de forma estatisticamente significativa, para a procura de cuidados de saúde (216).

Pessoas idosas com pluripatologia, polimedicação, incapacidade funcional e pior estado de saúde, à partida, seriam utilizadores mais frequentes dos serviços de saúde, o que nem sempre se verifica devido ao reduzido nível de escolaridade, que limita os rendimentos e a capacidade para procurar respostas; ao *status* socioeconómico, em situações de pobreza; à maior idade; à incapacidade cognitiva e funcional que determina a acessibilidade aos serviços de saúde (4) (215) (217); à distância; ao tempo de espera e

à ausência de conhecimento do cuidador informal, ou mesmo de cuidador informal que assegure o autocuidado, transporte e acompanhamento necessário à deslocação aos cuidados de saúde (215) (217).

Nesta linha, conclui-se que as pessoas mais vulneráveis, com necessidades em saúde complexas e crónicas para as quais não têm respostas continuadas, são utilizadores esporádicos dos cuidados de saúde procurando-os, apenas, em situações percebidas como graves o que, naturalmente, dificulta a prestação de cuidados de qualidade e amplia os custos em saúde (218) (219).

Autoperceção de Saúde

A autoperceção de saúde, coadjuvada à autoperceção sobre a qualidade de vida, é descrita como indicador determinante da direção do processo de transição inerente ao envelhecimento (76) (220).

Relatar uma autoperceção de saúde positiva, participar em atividades promotoras de lazer, ter suporte social e familiar e receber apoio, em contexto domiciliário, para responder às necessidades do quotidiano melhora a percepção da qualidade de vida favorecendo a adaptação ao envelhecimento (110) (221) (222). Noutro extremo, a solidão, o humor deprimido, a dor, a incapacidade funcional, a ocorrência de quedas acidentais e residir só dificultam o processo ampliando a vulnerabilidade (110) (223).

O fenómeno é sensível aos cuidados de enfermagem discutindo-se na literatura a necessidade de cuidados de proximidade que assegurem uma avaliação sistemática aliada à prescrição de intervenções direcionadas aos determinantes que influenciam negativamente a qualidade de vida (223), sobretudo, nas pessoas idosas vulneráveis (110).

Morbilidade

A coexistência de morbilidades originou o conceito multimorbilidade que, na pessoa idosa, em particular, é amplamente utilizado pela complexidade inerente à sobreposição de duas ou mais patologias crónicas, promotoras de polimedicação e limitações funcionais precursoras da vulnerabilidade (224) (225). Nesta linha, o conceito aplica-se à descrição dos grupos mais vulneráveis a eventos adversos como a queda acidental, a incapacidade, o comprometimento cognitivo, a admissão em estruturas residenciais para idosos, o internamento e a morte (225).

Num estudo, a percentagem de participantes com multimorbilidade foi 81,3% para duas ou mais morbilidades e 64% para três ou mais, sendo a prevalência superior nas mulheres mais idosas, acamadas, com dificuldades socioeconómicas e distantes dos cuidados de saúde públicos (226). Noutro estudo, a prevalência variou entre 55% e 98% surgindo, igualmente, a idade avançada, o género feminino e reduzido nível socioeconómico como fatores de risco (227).

Com o envelhecimento acresce a suscetibilidade à multimorbilidade (228), especialmente em circunstâncias de privação de suporte social e familiar que influenciam negativamente a perceção da qualidade de vida e ampliam, de forma significativa, o consumo em cuidados de saúde predizendo a necessidade de novos modelos de intervenção (227) nos quais a enfermagem parece adquirir um papel de relevo (229).

A multidimensionalidade da vulnerabilidade (108) (109) (111) complexifica o seu diagnóstico pois obriga à agregação de informação detalhada sobre os diferentes focos de atenção de enfermagem já apresentados.

No entanto, a interpretação holística dessa informação carece de dados relativos às circunstâncias nas quais a vulnerabilidade, como estado, é experienciada impondo a inclusão de variáveis que, atendendo aos modelos de vulnerabilidade apresentados, foram agregadas em domínios: características demográficas, contexto social e económico envolvente e políticas de saúde e sociais no envelhecimento.

Características Demográficas

A idade constitui variável de interesse por predizer um declínio próprio do envelhecimento potencialmente indutor de vulnerabilidade (97) (230), constituindo os 75 anos um ponto de corte mencionado na literatura (102).

No género, constata-se que as mulheres são mais vulneráveis constituindo a maior longevidade e as problemáticas que a ela se associam uma explicação possível (102) (231). O estado civil de viuvez, mais prevalente no género feminino, é descrito como fator de risco por favorecer o isolamento social, o agravamento da questão económica e a ausência de cuidados informais (230). No género masculino acresce o estado divorciado constituindo uma explicação possível a dificuldade em executar atividades instrumentais de vida diária atribuídas à mulher (102), o que associado ao enfraquecimento das relações intergeracionais e a ausência de suporte familiar induz vulnerabilidade (230).

À escolaridade, por determinar a literacia em saúde, também é atribuído um papel preponderante (102).

Contexto Social e Económico Envolvente

O envelhecimento tende a diminuir a capacidade de resposta individual induzindo vulnerabilidade à doença e dependência e, consequentemente, necessidade de suporte familiar complementado pelo social e vice-versa (232).

Neste sentido, a existência de suporte familiar é um dos principais determinantes da qualidade de vida das pessoas idosas (233), sendo a perceção face ao mesmo melhor em indivíduos do género masculino, cuidados pela esposa, com níveis de escolaridade superiores, independência financeira, capacidade para realizar as atividades de vida diária e menor número de patologias em simultâneo (234).

A ausência deste suporte afeta negativamente a saúde potenciando a depressão, a solidão (235) e aumentando a probabilidade de morte (236) (237). Do mesmo modo, a readmissão após alta hospitalar é mais provável nas pessoas idosas com reduzido suporte familiar (238), o que leva a descrevê-lo como preditor de uma longevidade saudável mediada pela existência de redes que proporcionam oportunidades de companheirismo, lazer e acesso a recursos aos quais, só por si, a pessoa idosa dependente teria dificuldade em aceder (236).

A classe social, influenciada pelo local de residência, escolaridade, profissão e rendimento, favorece ou dificulta o acesso às respostas sociais e de saúde existentes na comunidade (102) acentuando as desigualdades. Estudos revelam que, particularmente, na pessoa idosa, a condição económica é decisiva no acesso aos serviços e recursos materiais podendo, ainda, facilitar a adoção de estilos de vida saudáveis (239) (240).

Os idosos mais vulneráveis não possuem bens, nem poupanças, têm uma pensão de reforma que não satisfaz as suas necessidades, reduzido suporte social e integram famílias com rendimentos incertos ou insuficientes. Os que residem sós, são especialmente vulneráveis, estando mais suscetíveis à pobreza (239) (240).

Políticas de Saúde e Sociais no Envelhecimento

O envelhecimento populacional coloca vários desafios aos decisores políticos, sobretudo nos domínios da saúde e segurança social, na sequência dos custos imputados a esta faixa etária.

Em Portugal, o suporte social rege-se por políticas sociais cujos interesses visam as necessidades coletivas, com o objetivo de garantir a justiça social, a equidade e a proteção das pessoas mais vulneráveis. Para o efeito surge o sistema de pensões estruturado em pensões de velhice, sobrevivência e invalidez às quais podem associar-se complementos, como o solidário para idosos ou por dependência, que permitem aumentar o rendimento mediante critérios de elegibilidade e determinação dos montantes associados (241).

Para assistir as pessoas idosas, sobretudo as dependentes, foi implementado um conjunto alargado de serviços e equipamentos sociais que tem como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde. No entanto, o acesso obedece à disponibilidade na zona de residência, à capacidade da resposta social e à compartição económica (71), podendo excluir os mais vulneráveis. Realidade preocupante se considerarmos que o suporte social inadequado associa-se ao aumento da mortalidade, morbilidade e problemas de saúde (240).

Nas medidas apresentadas na Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, tem destaque a inclusão das pessoas idosas no mercado trabalho, realidade pouco observada por implicar a adaptação dos postos (240) (242) e a implementação de estratégias de combate ao *idadismo*.

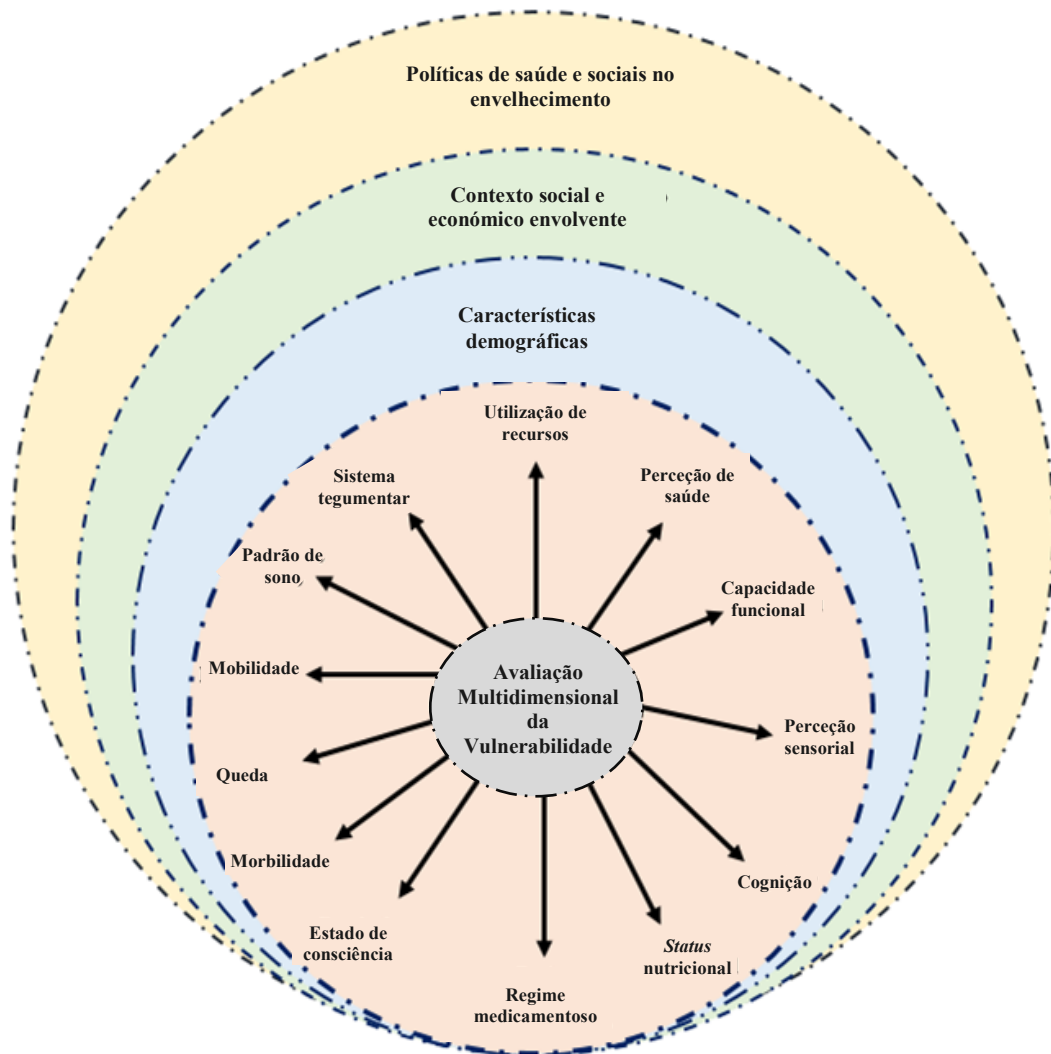
Na saúde, o mesmo documento, revela a necessidade de respostas dirigidas à especificidade das pessoas idosas, a situações cada vez mais complexas e à prestação de cuidados integrados, articulados, contínuos e de proximidade preferencialmente em contexto domiciliário (242). Enquadram-se aqui os cuidados de saúde primários, especialmente do médico e do enfermeiro de família que, integrados numa equipa multiprofissional de saúde, serão a referência no âmbito da promoção, preservação, prevenção e reabilitação mitigando a vulnerabilidade ao longo do ciclo vital.

Recordando que, na literatura, a vulnerabilidade é descortinada enquanto conceito multidimensional, operacionalizar a sua avaliação implica a articulação de domínios de cariz individual, representados no presente estudo como focos de atenção dos enfermeiros, e domínios coligados à componente comunitária, nomeadamente, as características demográficas, contexto social e económico envolvente e políticas de saúde e sociais no envelhecimento (figura cinco) - retratando assim a vulnerabilidade individual, social e programática defendida por Aday (99) e Aryes e colaboradores (96).

Cada um desses focos e domínios, pode ser avaliado de forma isolada, no entanto essa análise seria insuficiente para o conhecimento do todo justificando uma visão

holística da avaliação multidimensional da vulnerabilidade. Espera-se, com este modelo, a obtenção de um diagnóstico preciso e abrangente que compreenda a articulação entre as dimensões que compõem o fenómeno em estudo.

Figura 5 - Modelo orientador da avaliação multidimensional da vulnerabilidade, potencialmente sensível aos cuidados de enfermagem, na pessoa idosa vulnerável com apoio domiciliário



Capítulo 3 – Da Revisão às Teorias Norteadoras

Neste capítulo, exploram-se teorias de enfermagem que, alicerçadas em conceitos metaparadigmáticos, permitem modelar o raciocínio que fundamenta a tomada de decisão dos enfermeiros (243), com vista à implementação de ações que assegurem respostas face aos determinantes de vulnerabilidade individuais e comunitários.

A inscrição num serviço de apoio domiciliário pressupõe dependência no autocuidado, fenómeno que amplia a vulnerabilidade, e justifica o uso da Teoria de Orem (244). Concomitantemente à instalação da dependência são experienciadas transições consecutivas, sequências e simultâneas que impelem à necessidade de mudança e, no decurso saudável da mesma, adaptação, deixando antever o importante contributo da Teoria das Transições (27).

3.1 Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

A dependência no autocuidado, enquanto critério de inscrição no serviço de apoio domiciliário, revela que a compreensão abrangente do conceito é essencial à prescrição de cuidados de enfermagem baseados na avaliação diagnóstica multidimensional seguida da intervenção personalizada.

Uma análise epistemológica revela a essência do conceito para a disciplina e profissão descrevendo-o como ações apreendidas, que são executadas deliberada e voluntariamente, sobre influência de fatores intrínsecos e extrínsecos, alguns descritos como determinantes da vulnerabilidade, a saber-se: a idade, o género, o estágio de desenvolvimento cognitivo, o diagnóstico de patologias e sequelas que a elas se associam, o *coping* adotado, a experiência pessoal, o estado geral de saúde, as motivações, a polimedicação, a dimensão cultural, a adequação e disponibilidade de serviços, nos quais se incluem os de saúde, a composição e a tipologia de relação entre os elementos que compõem o sistema familiar e, ainda, os fatores ambientais com especial relevo para as condições habitacionais e espaços circundantes (97) (244) (245).

O desenvolvimento do conceito foi operacionalizado, primeiramente por Dorothea Orem, que o define como cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para manter a saúde no decurso do crescimento e desenvolvimento humano, bem como, para promover a recuperação e autocontrolo mediante os processos de envelhecimento e doença (244).

A sua Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem é composta por três teorias distintas que descrevem: como e porquê as pessoas cuidam de si próprias (Teoria do Autocuidado); as necessidades individuais de autocuidado quando as pessoas não têm capacidade para as satisfazer autonomamente (Teoria do Défice de Autocuidado); e as condições e intervenções de enfermagem que permitem suprir as necessidades de autocuidado (Teoria dos Sistemas de Enfermagem) (244).

O enquadramento da Teoria no contexto e circunstâncias em estudo revela que as necessidades de autocuidado da pessoa idosa no domicílio subdividem-se em requisitos universais, de desenvolvimento e decorrentes dos desvios de saúde. No entanto, quando as exigências são superiores à capacidade de resposta as pessoas tornam-se vulneráveis dependendo de agentes de autocuidado terapêutico, como os cuidadores informais, que impossibilitados de responder de forma eficaz recorrem ao suporte social comunitário no qual se enquadra o serviço de apoio domiciliário (244).

Em tese, se os cuidados prestados pelo SAD fossem desenvolvidos por enfermeiros, poder-se-ia considerar que, à luz da Teoria dos Sistemas, o foco seria substituir totalmente o indivíduo no autocuidado (Sistema Totalmente Compensatório); partilhar as tarefas assistindo, unicamente, naquelas que o indivíduo não conseguisse executar (Sistema Parcialmente Compensatório) ou fornecer educação e apoio com vista à reconstrução do autocuidado (Sistema Apoio-Educativo). Recorde-se, contudo, que na literatura consultada sobre o SAD, a assistência de enfermagem é facultativa e parca sendo claro o domínio dos cuidados sociais de substituição o que parece dificultar os processos de reconstrução e/ou reacquirição da independência.

Sintetizando, para Orem, o processo de enfermagem é um sistema de determinação dos requisitos e competência para o autocuidado em articulação à necessidade terapêutica; seguido da mobilização das competências do enfermeiro e planeamento da assistência (245) operacionalizada pela combinação ou de forma isolada, das ações: executar ou agir, substituir a pessoa naquilo que ela não é capaz de fazer; orientar e encaminhar; dar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o desenvolvimento e ensinar (243).

3.2. Teoria das Transições

O desequilíbrio inerente à dependência no autocuidado ocorre em associação à necessidade de adaptação ao processo normal de envelhecimento (transição

desenvolvimental); a eventos específicos da vida (transição situacional) e agudização das patologias de base (transição saúde-doença) impondo transições de diferentes tipologias sequenciais, consecutivas e simultâneas, normalmente, indesejadas e coligadas ao sentimento de perda (246). Neste caso, a transição pode ser encarada como uma ameaça que acarreta angústia, incerteza, preocupação, conflitos interpessoais e frustração predizendo maior vulnerabilidade.

A consciencialização da necessidade de assistência nas atividades de vida diária, primeiramente a nível instrumental, determina o início da transição favorecendo o envolvimento na identificação proativa de informações e estratégias compensatórias, com destaque para o suporte social e familiar. Ao longo do tempo podem ocorrer eventos críticos impulsionadores de uma nova transição e, conseqüentemente, nova consciencialização, envolvimento, mudança e diferença num estado de maior vulnerabilidade (246) o que, naturalmente, complexifica todo o processo.

Para a compreensão da mudança é fundamental a procura e atribuição de novos significados, explorando-os segundo a gravidade, duração, natureza e expectativas pessoais e familiares. Apesar do significado influenciar o envolvimento e a resistência à mudança, condicionando a direção da transição, a complexidade do processo de (des)construção torna-o muito demorado, mas sensível à ação dos enfermeiros (27) (246).

Transitar para a dependência no autocuidado reflete uma passagem entre dois períodos de tempo relativamente estáveis, entre os quais ocorrem mudanças profundas que, numa transição saudável, envolvem a aquisição de conhecimento e habilidades, a modificação das expectativas, ajustando-as à realidade e das rotinas por forma a assegurar organização e controlo. Pese embora a transição acarrete mudança, a continuidade nos relacionamentos, ambiente e comportamentos parece favorecer o *coping* adaptativo. A exploração de novas opções e oportunidades de crescimento pessoal favorecedoras de desenvolvimento são, igualmente, reveladoras de uma transição potencialmente saudável (27) (246).

Nesta linha, envelhecer é experienciar um processo contínuo de mudança determinado pela velocidade, tipo e padrão da mesma, em associação, aos fatores pessoais, significados atribuídos, crenças culturais, atitudes, conhecimento, preparação e *status* socioeconómico (27) (246) o que ajuda a explicar as variações individuais e diferenças no padrão de envelhecimento (135) (149) (246).

Para Meleis (27), a necessidade de mudança é encarada como uma oportunidade para os enfermeiros, por um lado, pela sensibilidade do fenómeno aos cuidados que

prestam e, por outro, pela recetividade às terapêuticas, induzida pelo processo de transição, que favorece a prescrição de cuidados de longa duração dirigidos às necessidades emergentes.

Indicadores de Monitorização dos Padrões de Resposta

Apesar das diferenças individuais, os estudos têm vindo a demonstrar que as pessoas em transição apresentam respostas semelhantes sendo, por isso, adotada a terminologia padrões de resposta. A construção de indicadores que, ao longo da transição, monitorizam esses padrões é essencial ao diagnóstico da direção do processo que pode manifestar-se na adaptação, enquanto resultado saudável e esperado e, no extremo oposto, na vulnerabilidade (27).

Na teoria das transições, são considerados indicadores de monitorização do processo: sentir-se ligado; interagir; sentir-se situado; desenvolver confiança e *coping* (27).

Estabelecer relações com os outros, quer sejam relações novas ou antigas, favorecendo o sentir-se e estar “ligado” é potenciador de bem-estar, em particular, pela fonte de apoio e informação. Nesta linha, sentir-se ligado ao profissional de saúde, enquanto recurso, tem sido considerado um indicador favorável à transição pese embora, na literatura, se reconheça a necessidade de reorganizar essa interação (246).

Sentir-se situado, traduz a consciencialização e a aceitação da condição de saúde, o que é favorecido pela reconstrução dos significados atribuídos aos eventos e às respostas à transição. Este indicador depende da congruência entre a realidade e a perceção, as expectativas e a consciencialização que a pessoa tem da sua circunstância e do modo como lida com a mudança e a diferença (246).

Valoriza-se, igualmente, o nível de confiança para gerir a situação e a capacidade para tomar decisões determinada quer pelo nível de compreensão dos aspetos associados ao diagnóstico, à recuperação e a manutenção de uma vida com limitações quer pelo nível e adequação na utilização de recursos e adoção de estratégias favorecedoras da gestão eficaz da nova situação (246).

Já o *coping*, descrito enquanto disposição para gerir o stress face a situações que desafiam os recursos individuais tem em vista satisfazer as exigências, sendo caracterizado por sentimentos de controlo, diminuição do nível de stress, verbalização da aceitação e aumento do conforto psicológico. Trata-se de um processo progressivo,

durante o qual as pessoas vão revelando maior e mais consistente conhecimento sobre a situação e melhor compreensão sobre os eventos críticos (246).

Medir a diferença entre a situação que se espera atingir e a situação atual é igualmente relevante, quer no final da transição, quer enquanto avaliação do desenvolvimento de competências em comparação com os resultados estabelecidos para o termino do processo. Desta premissa surgem os indicadores de resultado descritos como parâmetros intermédios, ao longo do tempo, que permitem de forma faseada e final avaliar os ganhos em saúde. Meleis et al. apresentam dois indicadores de resultado: a mestria e a identidade integradora fluída (27).

Decompor a mestria releva a agregação de vários componentes, como a competência associada ao conhecimento ou habilidade cognitiva; a iniciativa; a destreza psicomotora; a autoconfiança e a capacidade para tomar decisões e empreender ações. Ou seja, fala-se do desempenho do papel aliado ao domínio do conhecimento, das habilidades e dos comportamentos necessários para lidar com as novas circunstâncias. Naturalmente, que numa fase inicial, não é expectável um desempenho com perícia, no entanto, com o passar do tempo regista-se uma estabilidade crescente (27) que culmina em *expertise*.

Transitar resulta na reformulação da identidade devido à integração inerente ao ajustamento entre a pessoa e o contexto, à reorganização da realidade social e à coordenação entre os papéis anteriores e os emergentes, concluindo que lidar com as mudanças e diferenças acarreta reformulações no modo de viver e incorporação de novos modos de ser e estar num processo extremamente dinâmico e fluído. Conhecer as respostas, reais e potenciais, à transição, permite valorizar o conhecimento que a pessoa possui sobre o que está a viver, sobre os seus próprios recursos e a forma como poderá lidar com os momentos críticos que possam surgir ao longo do processo (27).

O culminar de uma transição de forma saudável, para além de se manifestar pela mestria no desempenho do papel, evidencia-se pela capacidade de integrar de forma dinâmica as novas circunstâncias e condições na sua identidade (27).

Explorando, de forma mais específica o envelhecimento, Schumacher, Jones e Meleis (246) enumeram outros indicadores: o controlo sintomático, enquanto resposta individual de reação aos sintomas de declínio funcional; o estado funcional, que evidencia se o indivíduo consegue atingir todo o potencial ou, pelo contrário, permanece em níveis subótimos de funcionalidade; a sensação de pertencer a uma rede interpessoal significativa, demonstrativa do esforço realizado com vista a manter ou reconstruir uma rede social favorecedora de um envelhecimento saudável; a sensação de autocontrolo,

focada na capacidade de ação, autodeterminação e percepção de autonomia e, por fim, a sensação de integridade que denota crescimento pessoal e modificação do *self* expressa na aceitação e incorporação de novos significados e percepções em associação à disposição para enfrentar novos desafios.

Terapêuticas de Enfermagem

As terapêuticas de enfermagem descrevem todas as ações intencionalmente implementadas para cuidar dos clientes, podendo as mesmas diferenciarem-se em promoção, prevenção e intervenções relacionadas com o desempenho de papéis.

Schumaker, Jones e Meleis (149) distinguem cinco terapêuticas de enfermagem especialmente relevantes nas transições experienciadas pelas pessoas idosas.

A primeira, a avaliação contínua das necessidades é a base comum a todas as terapêuticas. No entanto, considerando que a pessoa idosa experiencia transições sequenciais e simultâneas esta continuidade é indispensável ao diagnóstico precoce de situações que carecem de ação profissional (149). Nesta linha, tem destaque a avaliação multidimensional da pessoa idosa enquanto abordagem holística, sistemática e continuada.

A reminiscência, permite estabelecer pontos de contacto entre o passado e o presente, favorecendo a reformulação dos significados, bem como, alguma continuidade na vida da pessoa idosa. Outra terapêutica, a suplementação do papel, descreve o apoio que permite que a pessoa idosa em transição reveja, continuamente, os conhecimentos e capacidades inerentes às novas exigências resultantes da situação real (149).

O desenvolvimento de ambientes dinâmicos e flexíveis que continuamente potenciem a resiliência e a adaptação às necessidades é igualmente relevante pelo que outra das terapêuticas referenciadas pelos autores trata-se da criação de ambientes saudáveis. Por último, mobilizar recursos, enquanto terapêutica de enfermagem, que permite fornecer os recursos pessoais e ambientais que acompanham as diferentes necessidades ao longo do processo de transição (149).

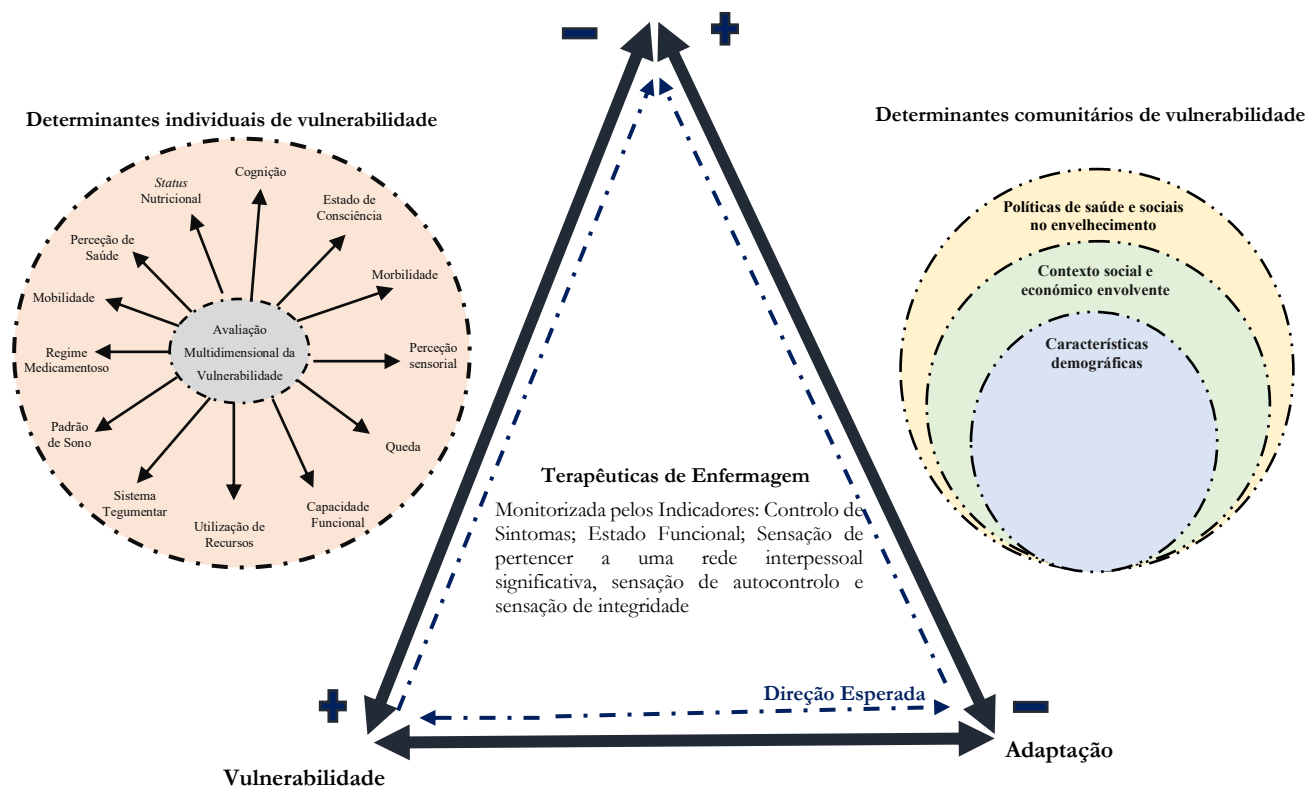
3.3. Vulnerabilidade da Pessoa Idosa com Apoio Domiciliário - Modelo Orientador da Análise do Fenómeno

A extensão da revisão literária impeliu à construção do nosso modelo de análise do fenómeno que, ancorado na mais recente bibliografia científica sobre a temática, pretende espelhar a nossa visão face à vulnerabilidade da pessoa idosa, que usufrui de suporte social, no domicílio – Consultar figura seis.

Neste modelo, os determinantes individuais e comunitários de vulnerabilidade interrelacionam-se, levando a intuir que fazem mais sentido ações avaliativas de carácter diagnóstico que integrem, de forma articulada, o maior número possível de domínios designados como: individual; características demográficas; contexto social e económico envolvente e políticas de saúde e sociais no envelhecimento.

Espera-se que as terapêuticas de enfermagem favoreçam a direção da transição no sentido da adaptação, o que é monitorizado pelos indicadores construídos por meais e colaboradores, especificamente, para as pessoas idosas (246).

Figura 6 - Vulnerabilidade da Pessoa Idosa com Apoio Domiciliário - Modelo Orientador da análise do fenómeno



Capítulo 4 - Da Problemática aos Objetivos

A revisão da literatura revelou escassez de bibliografia no que respeita a estudos realizados por enfermeiros no âmbito da vulnerabilidade da pessoa idosa inscrita em serviços de apoio domiciliário. Alguns autores consideram que os decisores políticos, investigadores e académicos não têm demonstrado o devido interesse face ao estudo do nicho das pessoas idosas vulneráveis que residem no domicílio e que recebem cuidados de cariz social, muito embora este fenómeno apresente uma prevalência crescente nos últimos anos (247) (248) (249). Outros referem que as necessidades em cuidados de saúde nesta população encontram-se pouco estudadas e, conseqüentemente, subdiagnosticadas (250) (251) predizendo, a longo prazo, o aumento dos custos em saúde.

A procura do SAD é uma realidade crescente em virtude das alterações na dinâmica/estrutura familiar, da perda de intensidade nos laços intergeracionais e da dependência no autocuidado consequência da longevidade e pluripatologia. Concorre também, para a proliferação desta tipologia de serviços, a inexistência de outras soluções de cariz domiciliário que substituam o cuidador informal/família, bem como, o custo que é operacionalizado mediante uma comparticipação da segurança social.

No Porto as alterações supracitadas constituem uma preocupação à qual acresce a migração dos jovens para concelhos limítrofes permanecendo na cidade, sobretudo, as pessoas idosas. Justifica-se assim uma grande percentagem de famílias nucleares (252) de casais idosos ou pessoas viúvas a viverem sós, na sua maioria mulheres, dependentes de pensões sociais baixas e do complemento solidário para idosos (253), numa fase da vida em que as necessidades de apoio são crescentes.

Os dados da Carta Social (2017) demonstram que os clientes dos SAD são sobretudo mulheres na faixa etária 80 e 84 anos com dependência no autocuidado, o que parece revelar um esforço para assegurar a continuidade das pessoas idosas vulneráveis em contexto domiciliário desconhecendo-se, contudo, os fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem, que as mesmas experienciam diariamente.

O SAD encontra-se dispensado da obrigatoriedade de cuidados de saúde continuados recebendo, os inscritos, os cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros de família que, como foi exposto na revisão da literatura, assumem-se como instrumentais e esporádicos.

A prática profissional, essencialmente centrada na prestação de cuidados às pessoas idosas na comunidade, permitiu constatar que as pessoas idosas inscritas em serviços de

apoio domiciliário usufruem, sobretudo, de cuidados sociais apesar de, pelos critérios de inclusão, poderem ser vulneráveis apresentando, eventualmente, necessidades coligadas às dimensões dessa vulnerabilidade para as quais podem não ter uma resposta adequada.

Na literatura, a vulnerabilidade tem sido estudada como foco multidimensional de interesse para o desenvolvimento do conhecimento disciplinar, sendo um conceito recorrente em ciências da saúde. Na enfermagem, em particular, é um conceito intrinsecamente ligado à saúde e aos problemas de saúde discutindo-se a necessidade de uma avaliação abrangente e aprofundada das dimensões que a compõem especialmente nas pessoas idosas.

Face ao exposto, e coadjuvando os referenciais teóricos e profissionais que também foram chamados para esta reflexão, emergiram os objetivos do estudo que enquadraram e direcionaram todo o percurso:

- Caracterizar a vulnerabilidade das pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto, tendo por base os determinantes comunitários e individuais:
 - ✓ Conhecer a prevalência dos fenómenos determinantes da vulnerabilidade, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, das pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto;
 - ✓ Conhecer as relações entre os fenómenos determinantes da vulnerabilidade, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, das pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto;

Ao olhar o fenómeno de interesse pelo modelo apresentado, acredita-se que a concretização do estudo será o primeiro contributo para colocar a descoberto os determinantes da vulnerabilidade das pessoas idosas com apoio domiciliário e as relações que entre eles se estabelecem. Pela quantificação da vulnerabilidade, que objetiva estratificar as pessoas estudadas e resulta deste trabalho, espera-se contribuir com conhecimento que auxilie na tomada de decisão face à adequação do SAD, bem como, na definição de melhores políticas de saúde pública que favoreçam maior justiça, equidade e, ainda, o desenvolvimento de modelos mais integrados e sustentáveis.

Na enfermagem, em particular, prevêem-se contributos na deteção precoce de diagnósticos que sinalizem as pessoas efetivamente vulneráveis (eliminando o viés introduzido pelos estereótipos relacionados com a idade), o que poderá concorrer para a definição de terapêuticas voltadas à prevenção, preservação e reabilitação com vista ao envelhecimento saudável (96) (102) (108) (109).

Nesta linha de pensamento, espera-se que o conhecimento disciplinar resultante concorra ainda para a definição de terapêuticas de enfermagem que intervindo junto das interações complexas entre os determinantes individuais, numa abordagem holística que tenha em conta os determinantes comunitários, favoreça a transição no sentido da adaptação da pessoa idosa ao processo de vida e/ou doença que a mesma experiencia.

II PARTE

VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA COM APOIO DOMICILIÁRIO: CONHECER PARA CUIDAR

Capítulo 5 - Material e Métodos

Os problemas de investigação revestem-se de diversas formas, impondo o recurso a diferentes metodologias. Este princípio foi considerado na seleção do material e métodos, por forma a optar pelos que mais se adequavam à natureza do problema, à questão de investigação e aos objetivos.

No seguimento dos capítulos anteriores, expõe-se e fundamenta-se, no presente, as opções de carácter metodológico relativas ao tipo de estudo, ao processo de seleção da amostra, à construção do instrumento de recolha de dados e aos procedimentos de recolha e análise dos mesmos. Finaliza-se com as considerações éticas que orientaram todo o percurso.

5.1. Tipo de Estudo

Caracterizar a vulnerabilidade, com vista a conhecer a prevalência dos fenómenos, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, que a determinam, bem como, as relações que entre eles se estabelecem numa amostra representativa das pessoas idosas com apoio domiciliário na cidade do Porto, tratou-se da alavanca para o estudo.

Assumindo este propósito, e tendo por base a literatura referente à temática, desenhou-se um estudo observacional, analítico e transversal que decorreu entre maio de 2018 e setembro de 2019.

5.2. População e Amostra

Foram elegíveis, como população alvo, pessoas com 65 ou mais anos de idade que se encontravam inscritas num dos 43 serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto, subsidiados pela Segurança Social que aceitaram participar no estudo.

Fundamenta-se a opção pelo Porto, devido à proliferação de serviços de apoio domiciliário em grande escala nos últimos anos o que, naturalmente, se associa às mutações demográficas, familiares, sociais e de saúde que caracterizam este território (2) (3) (25).

Tendo por base os dados registados na Carta Social à data de 2 de dezembro de 2017 calculou-se uma população alvo, aproximada, de 1786 utentes. Considerando um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%, estimou-se que seria necessário aplicar o instrumento de recolha de dados a 317 pessoas idosas inscritas em serviços de

apoio domiciliário da cidade do Porto de modo a obter uma amostra representativa (254) (255). Como não existiam dados estatísticos fidedignos sobre a população, optou-se pela amostragem por conglomerados de uma única etapa, seguida de uma aleatorização simples dos Serviços de Apoio Domiciliário (255).

Posteriormente à ordenação da lista das instituições, com base no processo de aleatorização, foram enviados os pedidos para realização do estudo às instituições sociais que integravam serviços de apoio domiciliário (Anexo I - Pedido de autorização para recolha de dados). A recolha de dados operacionalizou-se, tendo por base a lista de ordenação das instituições, coadjuvada às autorizações obtidas junto de 10 serviços de apoio domiciliário, distribuídos pelas seis freguesias que compõem a cidade do Porto.

No processo foram excluídas 17 pessoas por hospitalização, 13 por não se encontrarem no domicílio à data agendada, 14 por recusarem participar dos quais nove aquando da obtenção do consentimento livre e esclarecido *in loco* e 5 no decurso da recolha de dados, perfazendo assim, uma amostra constituída por 320 pessoas mediante os critérios de seleção previamente determinados.

5.3. Instrumento de Recolha de Dados

O estado da arte sobre o conceito de vulnerabilidade apresenta-nos um conceito multidimensional, pelo que, antes de mais, realizou-se uma revisão da literatura (apresentada no segundo capítulo) com vista à identificação das dimensões que a compõem e que são potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Pela mesma emergiram diversas dimensões do conceito, consideradas variáveis que, à luz do modelo proposto, foram agrupadas em 16 domínios: políticas de saúde e sociais no envelhecimento, contexto social e económico envolvente, características demográficas, morbilidade, sistema tegumentar, perceção sensorial, cognição, capacidade funcional, mobilidade, perceção de saúde, estado de consciência, queda accidental, *status* nutricional, regime medicamentoso, padrão de sono e utilização de recursos.

Para a análise das políticas de saúde e sociais coligadas ao envelhecimento, em agosto de 2019 consultou-se a Carta Social (versão atualizada em janeiro de 2019), a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 e o Perfil Local de Saúde 2017 do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) do Porto Ocidental e do Porto Oriental.

Na revisão da literatura foram identificados os instrumentos de medição para cada um dos domínios optando-se pela sua aglomeração mediante os critérios: validação para língua e cultura portuguesa com pessoas idosas e ampla utilização a nível nacional e internacional, com vista à obtenção de dados que permitam a comparabilidade entre achados.

O instrumento final (Anexo II – Instrumento de Recolha de Dados) abrangeu um formulário com perguntas fechadas, agregado a um conjunto de testes, amplamente utilizados a nível nacional/internacional e validados com pessoas idosas para a língua portuguesa, a saber-se: Mini Mental State Examination; Índice de Barthel; Índice de Lawton & Brody, Escala de Braden e Escala de Graffar adaptada que, seguidamente, são abordados com maior profundidade.

Mini Mental State Examination

Trata-se de um dos instrumentos mais utilizados no rastreio do declínio cognitivo quer em estudos de carácter epidemiológico, quer na avaliação global das funções cognitivas das pessoas idosas em ambiente clínico e de investigação (256).

Validado por Folstein e McHugh em 1975 (256), apenas foi publicado, em Portugal, em 1994 o estudo de adaptação e tradução por Guerreiro e colaboradores (257), no qual foram determinados valores de corte para deteção de défice cognitivo. A sua pontuação é influenciada por variáveis sociodemográficas com especial destaque para a idade e nível de escolaridade, pelo que a classificação do desempenho cognitivo, neste teste, é operacionalizada em função do nível de escolaridade (256) (257) (258).

Trata-se de um teste fácil de aplicar que requer, somente, 5 a 10 minutos e que permite avaliar a função cognitiva global através de cinco domínios: orientação temporal e espacial, retenção (vulgarmente associada à memória de curto prazo), atenção e cálculo, evocação, linguagem, e habilidade construtiva (257). Atendendo às características do instrumento optou-se pela sua inclusão consideram-se os pontos de corte propostos por Morgado e colaboradores (258): 22 para 0-2 anos de literacia, 24 para 3-6 anos e 27 para literacia superior ou igual a 7 anos.

Índice de Barthel

Avalia a capacidade para realizar dez atividades básicas da vida diária de forma independente: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferências e subir e descer escadas (259).

Sequeira (259) validou o instrumento para a população portuguesa, registando um *Alfa de Cronbach* de 0,89 para o total da escala, o que sugere elevada fiabilidade.

Nesta validação, cada atividade básica de vida diária apresenta entre dois a quatro níveis de dependência que variam entre 0 e 15 pontos; em que 0 corresponde à dependência total e 5, 10 ou 15 a níveis de independência progressiva. A pontuação total varia entre 0 e 100 pontos, sendo inversamente proporcional ao nível de dependência: quanto maior a pontuação, menor a dependência. São pontos de corte: 90-100 independente; 60-90 ligeiramente dependente; 40-55 moderadamente dependente e 20-35 severamente dependente (30).

Índice de Lawton - Brody

Em 1969, Lawton e colaboradores (139) desenvolveram um instrumento de avaliação do nível de independência da pessoa idosa face à execução das atividades instrumentais de vida diária com a intencionalidade de medir o fenómeno mas, igualmente, de planear intervenções adaptadas às necessidades reais.

Este instrumento, amplamente utilizado, foi validado para a realidade portuguesa por Sequeira (259), apresentando uma consistência interna de 0.92 e carácter unidimensional, explicado pela análise fatorial. Nesta versão, cada atividade apresenta 3, 4 ou 5 níveis de dependência, sendo pontuada de 1 a 3, 1 a 4 ou 1 a 5. A pontuação total varia entre 8 e 30 pontos, observando-se proporcionalidade direta com o nível de dependência, de acordo com os seguintes pontos de corte: 8 pontos – independente; 9 a 20 pontos - moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda e > 20 pontos - severamente dependente, necessita de muita ajuda (30).

Escala de Braden

Desenvolvida por Braden e Bergstrom, em 1987 (260), com o objetivo de avaliar o risco de desenvolver úlceras de pressão é hoje utilizada em diversos países. Foi traduzida e adaptada para a realidade portuguesa por Ferreira e colaboradores em 2001 (261), sendo utilizada em estudos epidemiológicos, na clínica e investigação.

É constituída por seis domínios: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e forças de fricção/deslizamento, não devendo, nenhum destes, constituir alvo de avaliação preferencial (261). Cada domínio é pontuado entre 1 e 4, à exceção do último que é ponderado de 1 a 3. A pontuação global varia entre 6 e 23 registando proporcionalidade inversa: quanto menor a pontuação maior o risco, de acordo

com os pontos de corte: ≤ 16 pontos - alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão e ≥ 17 pontos - baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (261).

Escala de Graffar Adaptada

Optou-se pela Escala de Graffar Adaptada, validada para a realidade portuguesa por Amaro (2001) por associar um conjunto de critérios que permitem determinar a classe social do agregado familiar, a saber-se: profissão, nível de instrução, fonte do rendimento familiar, conforto do alojamento e local de residência (262). No instrumento, cada domínio é pontuado de 1 a 5 variando a pontuação global entre 5 e 25 pontos num registo inversamente proporcional: quanto maior a pontuação menor a classe social. O autor propõe como pontos de corte: 5 a 9 – classe alta; 10 a 13- classe média alta; 14 a 17 – classe média; 18 a 21 – classe média baixa e 22 a 25 – classe baixa (262).

Por constituírem testes amplamente utilizados em estudos com pessoas idosas, mas também pelo esperado nível de literacia, optou-se pela inclusão da Escala Numérica para avaliar a intensidade da dor; a Tabela de Snellen para avaliar a visão ao longe, o Cartão de Jaeger para a visão ao perto, o teste do sussurro para a acuidade auditiva e a medição do perímetro da circunferência da perna e braquial como indicadores de desnutrição. De seguida apresenta-se com maior profundidade cada um dos testes supracitado.

Escala Numérica da Dor

Neste domínio, solicitou-se à pessoa que fizesse equivaler a intensidade da sua dor à classificação numérica apresentada na régua, considerando que zero corresponde a “sem dor” e dez a “dor máxima”. Foi registada a resposta proferida pela pessoa (263).

Tabela de Snellen e Cartão de Jaeger

A tabela de Snellen, implementada na avaliação da visão ao longe, é um exame simples e de baixo custo realizado através de símbolos sobre a forma de letras ou apenas a letra “E”, organizados e padronizados em tamanhos progressivamente inferiores.

Neste estudo, prevendo a reduzida literacia da amostra optou-se pela tabela de “E” de Snellen. Quando o utente possuía óculos de uso habitual, foi aconselhado a mantê-los sendo realizada a avaliação no olho direito seguido do esquerdo. A acuidade visual foi classificada como normal, quando a pessoa sentada à distância de 5 metros da escala,

fixada na parede ao nível dos olhos, conseguiu identificar até à oitava linha todas as variações na rotação da letra “E” (264).

O cartão de Jaeger, utilizado para avaliar a visão ao perto, consiste num teste composto pela leitura de frases ou identificação de imagens, mediante a literacia do participante. A acuidade visual foi classificada como normal, quando a uma distância de 40 centímetros, com a oclusão de cada olho alternadamente, a pessoa identificou as imagens até à linha decimal 20/40 (265).

Teste do Sussurro

Consiste na apresentação de um estímulo auditivo por meio da fala sussurrada, selecionado com base na extensão das palavras, no seu uso frequente na língua portuguesa e na presença de espectros de frequência mais alta em virtude das características audiométricas inerentes ao processo de senescência (266).

Na aplicação procuramos a uniformidade na intensidade do sussurro em todas as apresentações atendendo, também, à oclusão da orelha não testada e ao posicionamento do investigador, colocando-se atrás de cada orelha, afastado o equivalente ao seu braço esticado (distância aproximada de 33 centímetros), com ângulo de zero graus, fora do campo visual do avaliado (266) (267). Na orelha direita aplicou-se o estímulo “como se chama?” e na esquerda “quantos anos tem?”. Classificou-se o resultado como positivo para perda quando a pessoa não foi capaz de compreender ou responder corretamente (267) (268).

Perímetro Braquial e Circunferência da Perna

Medir o perímetro braquial é um método simples de estimar a reserva calórica e proteica que, na prática clínica, é utilizado como indicador de desnutrição (270).

No estudo utilizou-se a fita métrica inelástica com precisão de 1 milímetro, como proposto por Norgan (269) após revisão do procedimento de Callaway e colaboradores (1988). Todas as medições foram realizadas no ponto médio entre a superfície acromial da escápula e o olecrano do cotovelo, na parte posterior do braço não dominante. A classificação baseou-se na distribuição por percentil, tendo sido considerados desnutridos os que se encontravam no percentil igual ou inferior a 5% (270).

Nas pessoas idosas, a perda de massa muscular associada às alterações nutricionais é detetável nos membros superiores e inferiores, pese embora, nos segundos seja mais

significativa. Neste sentido, destaca-se a circunferência da perna, descrita como bom indicador de perda de massa muscular, da prevalência de sarcopenia (271) (272), da necessidade de cuidados de saúde (273), de incapacidade (274) e mortalidade (275). A mesma foi avaliada com fita métrica inextensível ao redor da maior circunferência no espaço entre o tornozelo e o joelho. Classificaram-se os resultados inferiores a 31 centímetros como indicativos de comprometimento (276).

O Quadro um espelha o processo de raciocínio que fundamentou a construção do formulário de recolha de dados.

Quadro 1 – Raciocínio que fundamentou a construção do formulário de recolha de dados

Objetivo	Domínios	Variáveis	Instrumentos		
Caracterizar os determinantes comunitários de vulnerabilidade	Políticas de saúde e sociais no envelhecimento	Suporte Económico	Fonte de rendimento	Domínio da Escala de Graffar Adaptada	
			Participação no mercado de trabalho		
		Recursos de suporte sociais disponíveis	Número de respostas sociais (por freguesia/tipologia)		Construído pela Investigadora
			Número de vagas por resposta social (por freguesia/tipologia)		
			Taxa de utilização das respostas sociais (por freguesia/tipologia)		
			Taxa de cobertura das respostas sociais (por freguesia/tipologia)		
		Recursos de saúde disponíveis	Número de unidades de saúde públicas, na área de residência		
			Número de visitas domiciliárias do médico de família		
			Número de visitas domiciliárias do enfermeiro de família		
			Número de consultas na unidade de saúde familiar		
	Conhece o enfermeiro de família				
	Conhece o médico de família				
	Contexto social e económico envolvente	Suporte familiar e redes de apoio na comunidade	Existência de Cuidador informal	Domínio da Escala de Graffar Adaptada	
			Quem assume o papel de cuidador informal principal		
Coabitação com o cuidador informal					
Gestão do rendimento mensal		Autonomia na gestão do rendimento mensal	Domínio da Escala de Graffar Adaptada		
Perceção de adequação do rendimento mensal					
Residência	Local de residência	Domínio da Escala de Graffar Adaptada			
Status Social	Conforto do alojamento	Domínio da Escala de Graffar Adaptada			
Características demográficas		Classe social	Escala de Graffar Adaptada		
		Género	Construído pela Investigadora		
		Idade			
		Estado civil			
		Profissão			
		Número de elementos do agregado			
Caracterizar os determinantes individuais de vulnerabilidade	Cognição			Somatório do Mini Mental State Examination	Mini Mental State Examination
			Interpretação do Score		
	Padrão de Sono		Existência de alterações no padrão de sono	Construído pela Investigadora	
			Alterações, mais frequentes, no padrão de sono		
	Consciência		Estado de Consciência		
	Morbilidade	Patologias	Tipologia das patologias		
			Número de patologias		
		Internamento em contexto hospitalar	Número de internamentos, no último ano		
	Perceção sensorial	Visual	Número de dias de internamento, no último ano	Tabela de Snellen	
			Acuidade visual ao longe		
Acuidade visual ao perto			Cartão de Jaeger		
Auditiva		Uso de óculos	Construído pela Investigadora		
		Acuidade auditiva	Teste do Sussurro		
	Uso de aparelho auditivo				

Objetivo	Domínios	Variáveis	Instrumentos		
Caracterizar os determinantes individuais de vulnerabilidade (Continuação)	Perceção sensorial	Álgica	Presença de queixas álgicas	Escala Numérica da Dor e Construído pela Investigadora	
			Queixas álgicas com duração superior a 6 meses		
			Intensidade da dor (mais intensa)		
			Localização da dor (mais intensa)		
	Capacidade funcional	Atividades instrumentais	Somatório do Índice de Lawton & Brody Interpretação do Score	Índice de Lawton & Brody	
		Atividades básicas	Somatório do Índice de Barthel Interpretação do Score	Índice de Barthel	
	Mobilidade	Atividade	Capacidade para deambular	Construído pela Investigadora	
		Mobilidade	Capacidade para se mobilizar		
		Capacidade para mobilizar	Membros inferiores		
	Membros superiores				
	Mãos				
	Queda		Número total de quedas, no último ano		
			Local da queda		
			Motivo		
			Consequências		
			Número de dias de internamento por queda		
	Sistema tegumentar	Ferida	Número de Feridas Tipo de ferida	Construído pela Investigadora	
		Risco de úlcera de pressão	Somatório da Escala de Braden Interpretação do Score	Escala de Braden	
	Status Nutricional	Massa magra	Perímetro da circunferência da perna (cm) Perímetro Braquial	Construído pela Investigadora	
		Deglutição	Capacidade para deglutir		
Perda de dentes					
Alterações na cavidade oral		Presença de cáries dentárias			
		Uso de prótese dentária			
	Outras alterações				
Regime Medicamentoso		Número de fármacos ingeridos/dia			
		Categoria dos fármacos			
		Quem prescreve			
		Número de prescritores			
		Quem gere o regime medicamentoso			
Perceção de saúde		Conhece a indicação farmacológica			
		Autoperceção de saúde			
Utilização de recursos		Evolução da perceção de saúde nos últimos 5 anos			
		Número de serviços contratualizados ao serviço de apoio domiciliário			
		Tipologia de serviços contratualizados ao serviço de apoio domiciliário			
		Número de vezes que recorre à unidade de saúde familiar, no último ano			
		Número de vezes que recorre à urgência, no último ano			

5.4. Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados

Em maio de 2018 solicitou-se, mediante a lista de ordenação aleatória, aos conselhos de administração de todas as instituições particulares de solidariedade social que integravam serviços de apoio domiciliário, por carta e correio eletrónico, autorização para realizar o estudo. Aos que aceitaram participar foi solicitada uma listagem com o código de inscrição dos sujeitos elegíveis segundo o plano amostral que, após serem contactados pelo conselho de administração ou por outra pessoa por este nomeada para esse efeito, aceitaram participar.

O primeiro contacto foi agendado pelo coordenador da instituição em parceria com as equipas do serviço de apoio domiciliário, para o domicílio ou centro social de inscrição, de modo a evitar potenciais prejuízos para o participante/família. Em todos os contactos, a investigadora principal ou um enfermeiro com formação e treino prévio, acompanharam a equipa do SAD até ao local agendado, procedendo aí à recolha de dados, num momento de entrevista.

A participação foi voluntária sendo todos os envolvidos, previamente, esclarecidos sobre todos os procedimentos. Sempre que o participante e/ou representante legal solicitavam informação, por escrito, acerca do resultado dos testes que compõem o instrumento de avaliação, a mesma era disponibilizada num cartão de registo pessoal construído para o efeito. Todos os dados foram transpostos, unicamente pela investigadora principal, para uma base de dados no *software Microsoft Office Access*, aprovada pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e, posteriormente, introduzidos no *software SPSS₂₄* para Windows.

A análise descritiva debruçou-se sobre a caracterização das variáveis tendo-se optado, para o efeito, pelas medidas de tendência central, dispersão e distribuição de frequências. Para a análise inferencial, utilizou-se o teste *t student* e a ANOVA para testar associações entre amostras independentes; o Qui-Quadrado para testar associações entre variáveis nominais e categóricas e o teste de *Pearson* e *Spearman* para testar as correlações entre variáveis.

A quantificação da vulnerabilidade foi operacionalizada pelo somatório das pontuações obtidas em cada um dos domínios que compõem os determinantes comunitários e individuais, selecionando as variáveis de relevo mediante a análise descritiva e inferencial. Para a construção dessa sintaxe, exposta no quadro dois, cada uma das variáveis foi codificada atendendo ao ponto de corte que, tendo por base a

literatura aliada aos achados do estudo, distingue a vulnerabilidade (à qual foi atribuída a pontuação um) da resiliência (classificada como zero). O raciocínio que norteou todo o processo é decomposto de forma mais detalhada no Anexo III.

Quadro 2 - Sintaxe de construção da variável central ao estudo: vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no domicílio

Objetivo	Determinantes	Domínios	Variáveis
Avaliar a vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio no domicílio	Determinantes Comunitários de Vulnerabilidade	Políticas Sociais e de Saúde no Envelhecimento	Conhece o enfermeiro de família
			Conhece o médico de família
			Número de serviços sociais contratualizados na IPSS
		Contexto Social e Económico	Autonomia para gerir o rendimento mensal
			Adequação da pensão de reforma face às necessidades
			Existência de Cuidador informal
		Características Demográficas	Género
			Grupo etário
			Nível de escolaridade
	Determinantes Individuais de Vulnerabilidade	Mobilidade	Mobilidade
		Capacidade funcional	Atividades Básicas de Vida Diária, segundo o Índice de Barthel
			Atividades Instrumentais de Vida Diária, segundo o Índice de Lawton & Brody
		Cognição	Desempenho cognitivo, segundo o Mini Mental State Examination
		Perceção sensorial	Dor, segundo a Escala Numérica da Dor
		Perceção de saúde	Autoperceção de saúde
		Consciência	Estado de consciência
		Quedas	Número de Quedas
		Status nutricional	Perímetro Braquial
			Circunferência da Perna
		Sistema Tegumentar	Presença de Feridas
Padrão de sono	Alterações no padrão de sono		
Regime Medicamentoso	Número de fármacos		
Utilização de recursos	Número de vezes que recorre à USF		
	Número de vezes que recorre à Urgência		
	Recebe visita domiciliária de enfermagem		
	Recebe visita domiciliária do médico de família		
		Esteve internado	

Realizou-se a análise descritiva da variável vulnerabilidade com recurso às medidas de tendência central, dispersão e distribuição de frequências. A estratificação da amostra segundo o grau de vulnerabilidade contou com a distribuição por quartis, sendo considerados muito vulneráveis os que integravam o percentil superior ou igual a 75%.

5.5. Procedimentos Éticos

Adotaram-se as diretrizes do Council for International Organizations of Medical Sciences (277) e foi solicitado parecer à Comissão de ética da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto que aprovou o estudo (Anexo IV).

Os investigadores que participaram na recolha de dados são enfermeiros, pelo que, desde logo, estavam obrigados a respeitar todas as exigências deontológicas e éticas inerentes ao exercício profissional, como é exemplo: a confidencialidade e o anonimato. Não foram recolhidos dados que permitissem identificar os participantes.

A participação foi, sempre, voluntária e os participantes e/ou representante legal e/ou cuidador informal foram informados e esclarecidos sobre: objetivos/finalidades da investigação; procedimentos de registo, armazenamento, destruição, utilização dos dados; tempo médio de participação; possibilidade de abandonar a investigação em qualquer uma das fases, bem como, de solicitar a não inclusão dos dados relativos ao próprio e, ainda, possibilidade de, no decurso da aplicação do formulário, recusar responder a qualquer uma das questões colocadas sem prejuízos. Para o efeito, foi atribuído um código a cada participante.

Solicitou-se o consentimento livre e esclarecido por escrito e/ou verbal ao participante. Sempre que o mesmo não apresentou capacidade para comunicar por escrito ou verbalmente, o consentimento livre e esclarecido foi solicitado ao seu representante legal e/ou cuidador informal, a quem foram colocadas as questões isentas da variável perceção, mediante a Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001 e o Artigo 38º do Código penal.

Atendendo ao objetivo do estudo, não foram considerados critérios de exclusão incapacidade para comunicar, alterações no estado de consciência e suspeita de défice cognitivo pois, em tese, estas pessoas correspondem, potencialmente, às mais vulneráveis sendo especialmente importante a sua inclusão. Pese embora, esta decisão tenha condicionado à existência de um número de participantes distinto em cada um dos domínios avaliado, realidade que é refletida no capítulo referente aos resultados.

Em todas as situações, nas quais foram identificadas condições de saúde que requeriam intervenção profissional, após o consentimento, articulou-se com o responsável pela coordenação do serviço de apoio domiciliário para requerer avaliação e intervenção dos profissionais da Unidade de Saúde Familiar (USF) ou da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) na qual o participante se encontrava inscrito.

Perante a ausência de inscrição no contexto dos cuidados de saúde primários foi requerida, pelo utente/família e/ou centro social uma consulta esporádica na unidade de saúde familiar da área de residência.

Do estudo, não resultaram quaisquer encargos financeiros ou outros, para as pessoas idosas, representantes legais, cuidadores informais ou instituições que aceitaram participar. Os envolvidos não foram expostos a danos para a sua saúde.

Os dados recolhidos foram tratados com precisão e total veracidade independentemente dos resultados que revelaram.

Capítulo 6 – Resultados do Estudo

A exposição dos resultados seguiu o processo de raciocínio descrito no modelo orientador da avaliação multidimensional da vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no domicílio espelhando a decomposição dos determinantes individuais e comunitários. Por forma a facilitar a compreensão opta-se pela apresentação da análise descritiva e inferencial em associação, ainda que cada domínio da vulnerabilidade seja tratado de forma isolada.

6.1. Determinantes Comunitários de Vulnerabilidade

Dá-se início à exposição dos resultados com os determinantes comunitários de vulnerabilidade numa estrutura que, em primeiro lugar, foca a centralidade do modelo proposto, ou seja, as características demográficas, progredindo para os domínios envolventes, a saber-se, o contexto socioeconómico e as políticas sociais e de saúde dirigidas às pessoas idosas. Optou-se pelo cruzamento entre as variáveis chave, omitindo ao longo do capítulo as relações referenciadas em subcapítulos anteriores.

6.1.1. Características Demográficas

Os objetivos do estudo orientaram para a análise das características demográficas revelando um perfil amostral, constituído, na sua grande maioria, por pessoas com idade superior a 80 anos (70,9%) representando o grupo etário mais de 85 anos quase metade do nicho de mercado dos serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto (49,1%). É de destacar que 21,9% das pessoas tinham mais de 90 anos de idade. Registou-se uma idade média de $82,90 \pm 8,38$ anos.

A distribuição do género revelou a prevalência do feminino (66,6%), como demonstra a tabela um. Somente nos grupos 65-69 anos (54,8%) e 70-74 anos (51,7%) predomina o género masculino sendo notório, a partir dos 75 anos, um decréscimo.

Tabela 1 - Distribuição percentual e numérica do género, segundo o grupo etário

	Grupo Etário									
	Grupo Etário 65-69 anos		Grupo Etário 70-74 anos		Grupo Etário 75-79 anos		Grupo Etário 80-84 anos		Grupo Etário + de 85 anos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	17	54,8	15	51,7	9	27,3	22	31,4	44	28,0
Feminino	14	45,2	14	48,3	24	72,7	48	68,6	113	72,0
Total	31	100,0	29	100,0	33	100,0	70	100,0	157	100,0

Em média, registam-se diferenças estatisticamente significativas ($t = -2,997$; $p = 0,003$) ao nível da idade entre homens ($80,83 \pm 9,23$) e mulheres ($83,94 \pm 7,74$), sendo evidente maior longevidade no género feminino.

À medida que a idade avança diminui a acuidade visual ao longe ($R_p = -0,267$; $p < 0,001$) e a *performance* cognitiva ($R_p = -0,237$; $p < 0,001$) aumentando a dependência nas atividades básicas ($R_p = -0,254$; $p < 0,001$) e instrumentais de vida diária ($R_p = 0,348$; $p < 0,001$).

Quanto à escolaridade 20,6% das pessoas, não completaram o ensino primário; 15,6% era analfabeto e 6,3% sabia ler e escrever apesar de não ter frequentado a escola, o que perfaz 42,5% das pessoas idosas. A conclusão do ensino primário, com a realização do exame da quarta classe, sucedeu em 45,0% revelando a reduzida literacia. Somente 12,5% referiu uma escolaridade superior ao quarto ano, dos quais, apenas 1,3% completou o ensino superior.

As pessoas analfabetas ($84,40 \pm 7,54$ anos), as que não frequentaram a escola apesar de saberem ler/escrever ($86,10 \pm 7,31$ anos) e as que não completaram o primeiro ciclo ($85,56 \pm 7,38$ anos) são, em média, mais idosas do que as que completaram o primeiro ($81,99 \pm 8,20$ anos), o segundo ($75,00 \pm 8,58$ anos) e o terceiro ($79,56 \pm 10,09$ anos) ciclos, sendo a diferença estatisticamente significativa como demonstra a tabela dois. Também em média, as pessoas que frequentaram o ensino superior têm uma longevidade superior às restantes ($87,75 \pm 7,50$ anos), sugerindo o valor protetor da literacia pese embora o reduzido número de pessoas com esta característica possa constituir um viés.

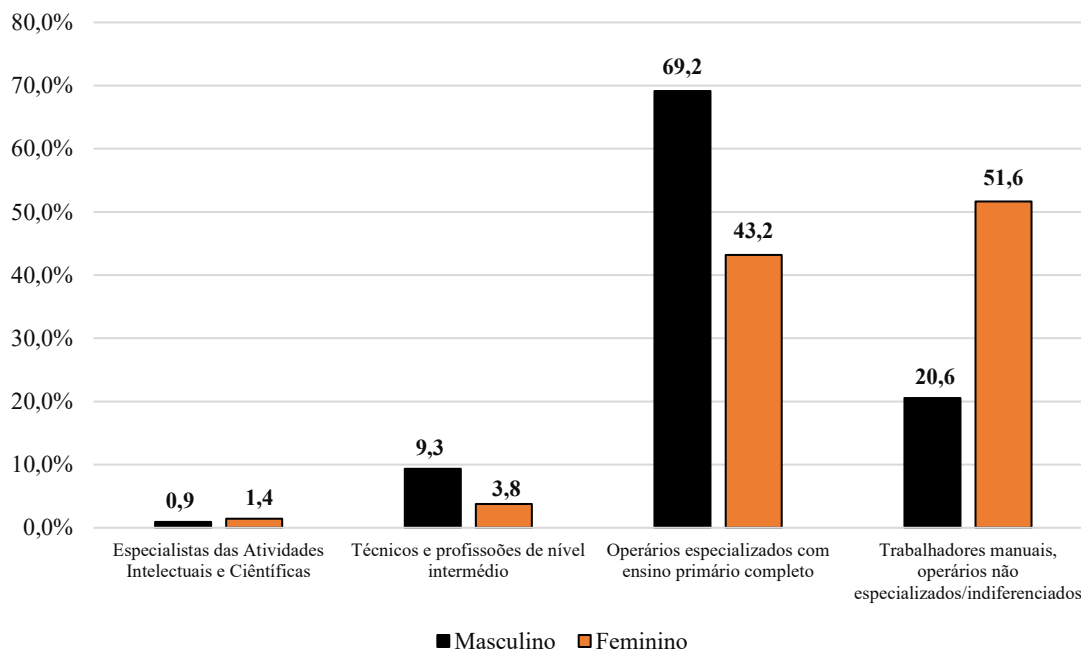
Tabela 2 – Relação entre o nível de escolaridade e a idade

		Idade		
		N	Média ± DP	One-Way ANOVA
Nível de Escolaridade	Analfabeto	50	84,40 ± 7,54	F=6,026 p<0,001
	Não frequentou a escola, mas sabe ler/escrever	20	86,10 ± 7,31	
	Não completou o 1º ciclo	66	85,56 ± 7,38	
	Completou o 1º ciclo	144	81,99 ± 8,20	
	Completou o 9º ano	18	75,00 ± 8,58	
	Completou o 12º ano	18	79,56 ± 10,09	
	Completou o ensino superior	4	87,75 ± 7,50	

O nível de instrução, enquanto domínio da Escala de Graffar Adaptada revela que, em média, os homens ($3,87 \pm 1,27$) apresentam um nível de escolaridade superior às mulheres ($3,17 \pm 1,38$), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($t = 4,493$;

$p < 0,001$). Na sequência, e como esperado, a análise da profissão com recurso à mesma escala, revela a prevalência das categorias menos qualificadas: operários especializados com ensino primário completo (51,9%) e trabalhadores manuais não especializados/indiferenciados (41,3%), como demonstra o gráfico um.

Gráfico 1 - Distribuição percentual da profissão, segundo o género (N=320)



Em média, os homens ($3,99 \pm 0,82$) têm profissões mais qualificadas do que as mulheres ($4,40 \pm 0,80$) o que é estatisticamente significativo ($t = -4,246$; $p < 0,001$).

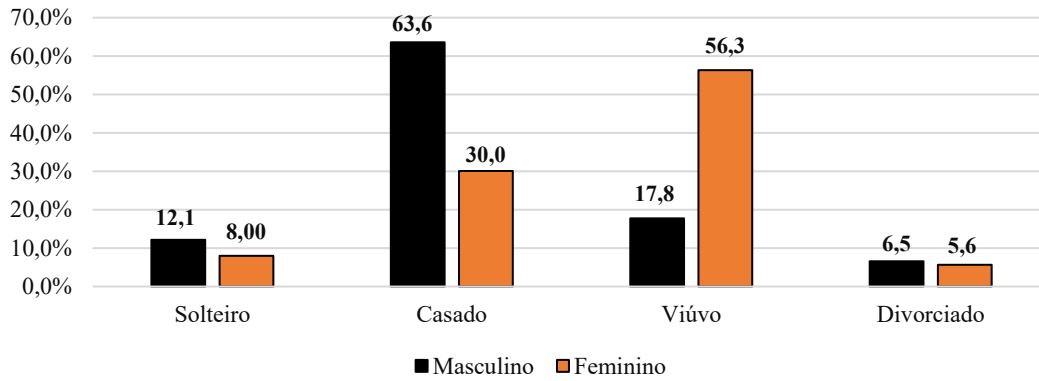
No entanto, como revela o gráfico um, nos profissionais mais qualificados, os especialistas das atividades intelectuais e científicas, destaca-se a prevalência do género feminino pese embora o reduzido número de pessoas que o integra possa constituir um viés. Tais achados sugerem que este grupo deverá ser entendido como *outlier* quer pela elevada qualificação profissional quer pela prevalência do género feminino, características que o distinguem da amostra.

O estado civil casado, mais predominante nos homens (63,6%), ou viúvo, mais predominante nas mulheres (56,3%), representaram a grande maioria (84,7%) das pessoas como demonstra o gráfico dois.

A análise revela que, em média, os viúvos ($84,82 \pm 7,95$ anos) são mais velhos do que os casados ($83,03 \pm 7,03$ anos) que, por sua vez, são mais velhos do que os solteiros ($77,97 \pm 11,40$ anos) e os divorciados ($75,79 \pm 8,34$ anos), apresentando essa diferença

significado estatístico ($F=11,492$; $p<0,001$), o que poderá sugerir mudanças nas relações sociais já que os mais velhos são casados ou viúvos e os mais novos solteiros ou divorciados.

Gráfico 2 – Distribuição percentual do estado civil, segundo o género (N=320)



A maioria residia só (31,9%) ou acompanhada por pessoas da mesma faixa etária (30,6%). O número de elementos do agregado era, em média, $1,93 \pm 0,85$ pessoas (mínimo de 1; máximo de 6) não apresentando diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género ($t=1,121$; $p=0,263$).

A viuvez associa-se a integrar uma família alargada ($\chi^2=18,297$; $p<0,001$) e ter o filho como cuidador ($\chi^2=74,311$; $p<0,001$). O teste *t student* demonstra, com significado estatístico ($t= -3,673$; $p<0,001$), que as pessoas que residem em famílias alargadas são em média mais idosas ($85,08 \pm 7,68$ anos) do que as que residem sós ou na companhia do cônjuge ($81,60 \pm 8,53$ anos), mas também, mais dependentes nas AIVD ($t= -5,625$; $p<0,001$) e ABVD ($t=5,767$; $p<0,001$) apresentando menor desempenho cognitivo ($t=3,603$; $p<0,001$) o que poderá indicar que a dependência e o declínio cognitivo predis põem à integração das pessoas mais idosas nos agregados familiares dos filhos – Consultar a tabela três.

Tabela 3 – Relação entre a tipologia familiar e a dependência nas AIVD, ABVD e o desempenho cognitivo

		n	Média \pm Desvio Padrão	Teste <i>t student</i>	
		Dependência nas AIVD			
Tipologia Familiar	Só/ Casal	200	22,71 \pm 6,49	t= -5,625	p<0,001
	Família Alargada	120	26,36 \pm 5,02		
	Dependência nas ABVD				
	Só/ Casal	200	64,60 \pm 35,20	t= 5,767	p<0,001
Família Alargada	120	41,13 \pm 35,35			
		Desempenho Cognitivo			
	Só/ Casal	183	20,37 \pm 6,87	t=3,603	p<0,001
	Família Alargada	96	17,01 \pm 7,67		

6.1.2. Contexto Social e Económico

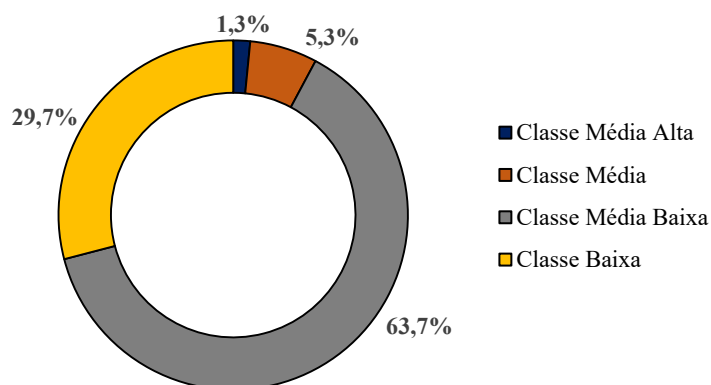
Todos os participantes eram reformados tendo acesso à pensão de reforma percecionada por 56,6% como insuficiente para responder às necessidades quotidianas. Destes, apenas 20,4% recebia suporte financeiro por parte dos familiares, com especial destaque para os filhos que representam 78,4% destes casos.

A gestão da pensão de reforma encontrava-se ao cuidado do próprio em 30,6% das situações. Em média, as pessoas que a gerem autonomamente são mais jovens ($80,32 \pm 9,15$ anos) do que as que não o fazem ($84,05 \pm 7,77$ anos), o que é estatisticamente significativo ($t = -3,513$; $p = 0,001$). Também em média, apresentam melhor *performance* cognitiva ($t = 8,103$; $p < 0,001$) e menor dependência nas AIVD ($t = -11,775$; $p < 0,001$) e ABVD ($t = 9,768$; $p < 0,001$), sugerindo a influência da cognição e da capacidade funcional na capacidade para gerir o dinheiro.

Por outro lado, não gerir autonomamente este rendimento associa-se à perceção de insuficiência do mesmo ($\chi^2 = 5,325$; $p = 0,021$), o que poderá ser explicado pela associação entre não o gerir e ter défice cognitivo ($\chi^2 = 28,109$; $p < 0,001$) e/ou pela associação à dependência nas ABVD ($\chi^2 = 58,983$; $p < 0,001$), por via do acréscimo de gastos coligados à contratualização do SAD e/ou pela associação a residirem em famílias alargadas ($\chi^2 = 24,479$; $p < 0,001$), facto que poderá contribuir para a utilização do rendimento da pessoa idosa na suplementação de necessidades do agregado.

A maioria integra a classe média baixa (63,7%) ou baixa (29,7%), totalizando o somatório destas categorias 93,4% das pessoas, como clarifica o gráfico três. De ressaltar que as pessoas que integram a classe média alta (1,3%) correspondem às que completaram o ensino superior ($n = 4$) sugerindo, uma vez mais, o perfil de *outliers* à amostra.

Gráfico 3 – Distribuição percentual da classe social (N=320)

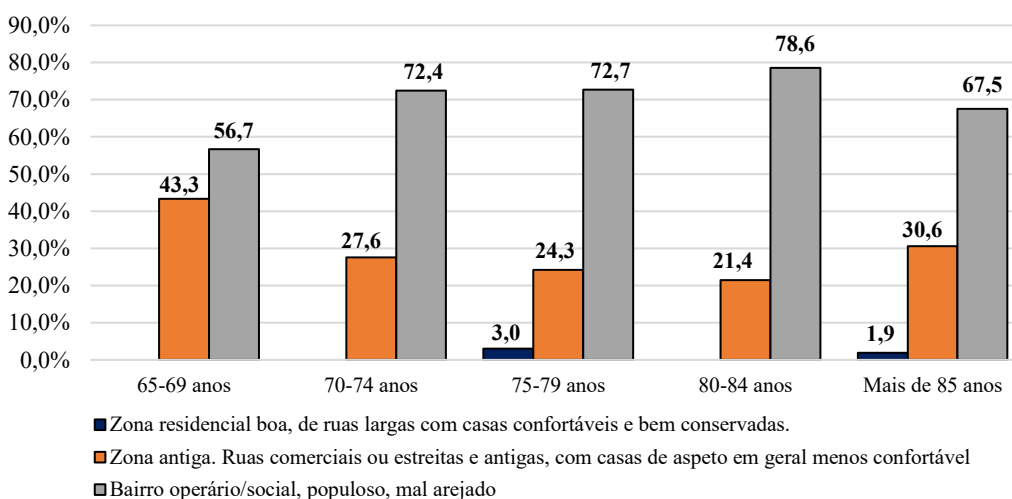


Em média, as mulheres ($20,51 \pm 1,84$) apresentam uma classe social inferior aos homens ($19,45 \pm 2,01$), o que é estatisticamente significativo ($t = -4,723$; $p < 0,001$). À semelhança dos achados anteriores, referentes aos *outliers*, e apesar do possível viés induzido pelo reduzido número de elementos que integra a classe média alta (1,3%), constata-se que neste grupo, em particular, predomina o género feminino (75,00%).

A classe social correlaciona-se, de forma negativa e estatisticamente significativa com a circunferência da perna ($R_p = -0,132$; $p = 0,019$), o risco de úlcera de pressão ($R_p = -0,180$; $p = 0,001$), o desempenho cognitivo ($R_p = -0,282$; $p < 0,001$), a dependência nas atividades básicas de vida diária ($R_p = -0,152$; $p = 0,007$). A mesma variável correlaciona-se, de forma positiva e estatisticamente significativa com a dependência nas atividades instrumentais de vida diária ($R_p = 0,203$; $p < 0,001$), o número de quedas nas pessoas com antecedentes de queda ($R_p = 0,153$; $p = 0,039$) e o número de serviços contratualizados ao apoio domiciliário ($R_p = 0,179$; $p = 0,001$). Estes achados sugerem que as pessoas que integram classes sociais mais baixas apresentam menor circunferência na perna, pior desempenho cognitivo e maior risco de desenvolver úlceras de pressão, evidenciando-se que também eram mais dependentes, que, após a primeira queda, caíram mais frequentemente, e que contratualizaram mais serviços ao SAD.

Os bairros operários e sociais, populosos e mal arejados constituíam o local de residência mais frequente (69,9%), destacando-se em todos os grupos etários, como demonstra o gráfico quatro. Seguiram-se as zonas antigas da cidade do Porto com ruas comerciais ou estreitas (28,8%), evidenciando-se ainda que, apenas 1,3% habitava em ruas largas, casas confortáveis e bem conservadas o que, uma vez mais, corresponde aos que completaram o ensino superior reforçando, uma vez mais, a ideia que devem ser entendidos como *outliers*.

Gráfico 4 - Distribuição percentual das características da residência, por grupo etário (N=320)



A maioria ocupava habitações com cozinha e casa de banho, mas degradadas e/ou exíguas e/ou sem eletrométricos essenciais (87,5%). De destacar que 23,13% residiam em ilhas pelo que a casa de banho, partilhada com outros moradores, encontrava-se no exterior do edifício dificultando a sua utilização autónoma. Somente 1,3% residia em casas ou andares espaçosos e confortáveis corroborando os achados sobre este grupo.

Como revela a tabela quatro, e em média, as pessoas com maior número de anos de escolaridade residiam em casas mais espaçosas e confortáveis enquanto as menos escolarizadas residiam em edifícios degradados e/ou sem eletrodomésticos essenciais, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($F=34,651$; $p<0,001$), o que poderá ocorrer pelo efeito *dos outliers* à amostra, mas sugere a influência do nível de escolaridade na definição das características da residência.

Tabela 4 – Relação entre o número de anos de escolaridade e o local de residência

		N	Número de anos de escolaridade		
			Média ± DP	One-Way ANOVA	
Local de Residência	Casa ou andar que sem ser tão luxuoso é espaçoso e confortável	4	10,25 ± 0,50	F=34,651	p<0,001
	Casa ou andar modesto, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminado, arejado, com cozinha e W.C	92	3,64 ± 2,41		
	Com cozinha e WC, mas degradado e/ou exíguo e/ou sem eletrodomésticos essenciais	223	2,86 ± 1,62		

No entanto, há que recordar os achados anteriores que sugerem a existência de um grupo de *outliers* (1,3%), constituído pelas pessoas mais idosas, mais escolarizadas, com profissões mais qualificadas que residem em contextos confortáveis e espaçosos ficando a dúvida se estas características resultam da influência da escolaridade ou advêm da capacidade económica e social da família de origem.

O coeficiente de correlação de *Spearman* revela que à medida que aumenta o conforto do domicílio aumenta o nível de independência nas AIVD ($Rho=0,178$; $p=0,001$), sendo a diferença estatisticamente significativa o que sugere a importância do ambiente na manutenção da capacidade funcional.

A ausência de cuidador informal foi identificada em 22,2% dos casos. A comparação entre médias, revela que as pessoas que não o tinham eram mais jovens ($79,73\pm 9,81$ anos) do que os que tinham este recurso ($83,81\pm 7,72$ anos), sendo a diferença estatística significativa ($t= -3,227$; $p=0,002$). Quando existia cuidador informal era

frequente que mantivesse uma relação de parentesco com a pessoa idosa cuidada constituindo a relação filial (37,8%) ou marital (30,6%) as mais prevalentes.

Como revela a tabela 5, dos 70 aos 84 anos prevalece o exercício do papel por parte do cônjuge, no entanto, após os 85 anos esse papel é assumido, na maioria dos casos, pelos filhos (45,9%). Neste sentido, o exercício do papel de cuidador informal tende a restringir-se, sobretudo, aos elementos que constituem a família nuclear, sendo pouco frequente a colaboração de outros familiares e/ou vizinhança enquanto redes de apoio comunitário outrora fundamentais.

Tabela 5 – Distribuição percentual e numérica segundo quem assume o papel de cuidador informal, por grupo etário

		Grupo Etário									
		65-69 anos		70-74 anos		75-79 anos		80-84 anos		Mais de 85	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quem assume o papel de prestador de cuidados	Não tem	16	51,6	9	31,0	8	24,2	5	7,1	33	21,0
	Cônjuge	3	9,7	11	37,9	15	45,5	29	41,4	40	25,5
	Filha/o	5	16,1	8	27,7	10	30,3	26	37,2	72	45,9
	Outros familiares	6	19,4	1	3,4	0	0	10	14,3	10	6,3
	Cuidador formal	1	3,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,3
Total		31	100,0	29	100,0	33	100,0	70	100,0	157	100,0

Em média, as pessoas idosas que tinham cuidador informal apresentavam maior comprometimento do desempenho cognitivo ($t=4,382$; $p<0,001$) e maior dependência nas atividades básicas ($t=9,072$; $p<0,001$) e instrumentais de vida diária ($t= -8,672$; $p<0,001$). Verifica-se, ainda, que ter cuidador informal associa-se, de forma estatisticamente significativa, à existência de alterações no estado de consciência ($\chi^2=11,465$; $p=0,001$) e na mobilidade ($\chi^2=22,230$; $p<0,001$) justificando a necessidade de assistência complementar aos cuidados assegurados pelo SAD.

Pelo teste *t student*, verifica-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre pessoas com e sem cuidador informal face ao número de patologias ($t= -0,836$; $p=0,404$) e à intensidade da dor ($t=0,172$; $p=0,864$) revelando que estas variáveis, isoladamente, não se associam à existência de suporte informal.

Identificaram-se situações de contratualização de cuidados privados diurnos (8,4%) para substituição do cuidador informal, sobretudo, em períodos de exercício profissional ou descanso do mesmo. Como expectável, a contratualização desta tipologia de cuidados associa-se, de forma estatisticamente significativa, à percepção de suficiência do rendimento familiar ($\chi^2=24,794$; $p<0,001$).

Ainda que menos frequente, em 3 situações (0,90%), a alteração do estado de consciência do inscrito coligada à ausência de cuidador informal levou a que instituição prestadora de cuidados sociais substituísse a família contratualizando cuidados formais privados por forma a complementar a assistência que disponibilizavam.

6.1.3. Políticas Sociais e de Saúde Coligadas ao Envelhecimento

Como exposto no modelo orientador, as políticas sociais e de saúde coligadas ao envelhecimento foram decompostas em três domínios: suporte económico, recursos de suporte social e recursos de saúde que, seguidamente, são analisados em pormenor.

A principal fonte de rendimento era, na totalidade dos casos, a pensão de reforma. Em nenhuma situação foi identificada a participação no mercado de trabalho, motivo pelo qual a variável não parece assumir um papel diferenciador.

A tabela seis esquematiza indicadores de estrutura relativos às respostas sociais na cidade do Porto, dirigidas à intervenção junto das pessoas idosas.

Tabela 6 - Indicadores de estrutura relativos às respostas sociais no Porto na área de intervenção das pessoas idosas, por freguesia e tipologia de resposta

	Número de serviços por tipologia								Indicadores por freguesia							
	Centro de Convívio		Centro de Dia		SAD		ERPI		Número de serviços		Capacidade total		Total de inscritos		Vagas	
	Total	IPSS	Total	IPSS	Total	IPSS	Total	IPSS	Total	IPSS	Total	IPSS	Total	IPSS	Total	IPSS
Bonfim	2	2	6	5	7	5	16	2	31	14	844	346	610	346	234	0
Campanhã	8	7	6	6	7	7	3	0	24	21	1093	780	851	780	242	0
Paranhos	4	4	8	6	12	7	11	4	35	20	1618	1168	1215	968	403	200
Ramalde	2	2	5	5	9	3	5	1	21	11	976	581	597	389	379	192
União das freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde	2	2	5	4	4	4	6	0	17	10	692	409	463	309	229	100
União das freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória	9	8	6	6	17	11	15	5	47	30	2118	1627	1615	1019	503	608
União das freguesias de Lordelo do Ouro e Massarelos	8	8	7	7	6	6	3	3	24	24	999	857	796	923	203	66
Indicadores por tipologia de resposta social									199	130	8340	5768	6147	4734	2193	1166
Número de serviços	35	33	43	39	62	43	59	15	Número total de serviços: 328, dos quais 130 são IPSS							
Capacidade total	1377	1168	2086	1757	3223	2170	1654	673	Capacidade Total: 14108, correspondendo 5768 à capacidade das IPSS							
Total de inscritos	905	840	1520	1407	2276	1883	1446	604	Total de inscritos: 6147, correspondendo 4734 a inscritos em IPSS							
Vagas	472	432	566	450	947	215	208	69	Total de vagas: 2193, correspondendo 1166 a vagas em IPSS							

A mesma demonstra que a rede de serviços e equipamentos era, na sua maioria, constituída por Instituições Particulares de Solidariedade Social, com especial destaque para as tipologias centro de convívio e centro de dia, nas quais, respetivamente, 94,3% e 90,7% integravam o cariz social. Esta percentagem diminui para 69,4% no caso dos serviços de apoio domiciliário e 25,4% nas estruturas residenciais para idosos revelando que, apenas nas últimas, o número de respostas com fins lucrativos era superior à oferta social.

À data da recolha, a rede sem fins lucrativos era composta por 130 serviços que, no seu conjunto, asseguravam diversas tipologias: 33 centros de convívio, 39 centros de dia, 43 serviços de apoio domiciliário e 15 estruturas residenciais para pessoas idosas.

Era na união das freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória que se registava o maior número de serviços (n=47) com destaque para o apoio domiciliário (n=11) e as estruturas residenciais (n=5) sem fins lucrativos que totalizavam uma ocupação de 1019 lugares dos 1627 disponibilizados.

Paranhos tinha 35 serviços, 20 disponibilizados em IPSS. À semelhança do que acontecia noutras freguesias da cidade, o apoio domiciliário tratava-se da resposta mais frequente (n=7), pese embora, o centro de dia fosse muito equiparado (n=6). Em Campanhã também eram disponibilizados serviços sociais (n=21), apesar de não existirem vagas (n=0) já que a capacidade total (n=780) igualava o número de inscritos (n=780).

Infere-se assim que o desenvolvimento de respostas sociais de apoio ao domicílio tem vindo a acompanhar, por um lado, o envelhecimento populacional mais marcado na zona histórica da cidade e, por outro, a capacidade de requerer serviços privados mais provável nas regiões económica e socialmente mais desenvolvidas. Já as respostas dirigidas às pessoas idosas mais dependentes, como é o caso das estruturas residenciais, são disponibilizadas em maior número pelas entidades lucrativas o que poderá ocorrer em virtude da ausência de vagas nas estruturas sociais.

Em suma, na cidade do Porto, eram disponibilizados 328 serviços perfazendo uma capacidade total de 14108 lugares, dos quais 6147 estavam preenchidos originando 2193 vagas. Destes, apenas 130 integravam respostas sociais perfazendo uma capacidade total de 5768 lugares, 4734 inscritos e, conseqüentemente, 1166 vagas.

Na análise dos recursos de saúde, importa recordar que a reforma dos cuidados de saúde primários favoreceu a reconfiguração dos centros de saúde originando os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

No Porto, da operacionalização deste ideal, surgem dois agrupamentos de centros de saúde, designados por Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto V – Porto Ocidental e Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VI - Porto Oriental.

O quadro três esquematiza as freguesias abrangidas por cada ACeS, a população inscrita e as unidades funcionais multidisciplinares à data da pesquisa.

Quadro 3 - Indicadores relativos aos Agrupamentos de Centros de Saúde do Porto: Porto Ocidental e Porto Oriental

Agrupamento de Centros de Saúde	Freguesias que constituem a área geográfica da ação	Utentes inscritos a 31/12/2014	Unidades funcionais multidisciplinares que compõem o ACeS
Porto Ocidental	Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde, santo Ildefonso, São Nicolau, Sé e Vitória	175477	<ul style="list-style-type: none"> • Conselho Executivo • Conselho Clínico e de Saúde • Unidade de Apoio à Gestão • Unidade de Saúde Pública • Centro de Diagnóstico Pneumológico • Centro de Aconselhamento e Detecção precoce VIH/SIDA • Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados • 13 Unidades de Saúde Familiares • 2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados • 3 Unidades de Cuidados na Comunidade
Porto Oriental	Bonfim, Campanhã e Paranhos	101222	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados • 1 Serviço de Atendimento Permanente • 2 Unidades de Cuidados na Comunidade • 8 Unidades de Saúde Familiar • 3 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados • 1 Unidade de Saúde Pública

No nosso estudo a maioria reside na área de influência do ACES Porto Ocidental (75,6%) usufruindo de três unidades de cuidados na comunidade, duas unidades de cuidados de saúde personalizados e treze unidades de saúde familiar.

Apesar da política de proximidade inerente aos cuidados de saúde primários 79,6% não conhece o enfermeiro família. Percentagem que decresce para 2,9% quando se trata do médico de família.

Menos de metade (39,1%) declara ter recebido, pelo menos uma visita domiciliária do enfermeiro do ACeS da área geográfica de influência, descrevendo como objetivo da mesma a prestação de cuidados, perçecionados pelas pessoas, como instrumentais: tratamento de feridas (59,7%); administração da vacina contra a gripe (51,9%);

administração de terapêutica subcutânea (7,0%); algaliação (10,9%) e entubação nasogástrica (5,4%). Somente 6,2% recebeu visita domiciliária após alta hospitalar.

O Qui Quadrado revela que não existe associação estatística significativa entre residir na zona de influência do ACeS Porto Oriental ou Ocidental e conhecer o enfermeiro de família ($\chi^2=0,000$; $p=0,985$), o que também ocorre com a variável conhecer o médico de família ($\chi^2=0,857$; $p=0,355$).

Em média, as pessoas que residem na área de influência do ACeS Porto Ocidental recorrem menos vezes à urgência ($1,64 \pm 1,90$) do que as que residem no Oriental ($2,49 \pm 4,78$), apesar da ausência de significado estatístico ($t=1,508$; $p=0,135$). O facto das pessoas que residem a ocidente recorrerem, também em média, mais vezes à unidade de saúde familiar ($1,59 \pm 2,54$), poderá contribuir para explicar o fenómeno ainda que a diferença continue a não apresentar significado estatístico ($t= -1,017$ $p=0,310$), como clarifica a tabela sete.

Tabela 7 – Relação entre a utilização dos recursos de saúde e a área de influência do ACeS

	Área de Influência do ACeS	N	Média ± Desvio-Padrão	Teste t student	
Número de vezes que recorreu à urgência	Ocidental	239	1,64 ± 1,90	t=1,508	p=0,135
	Oriental	76	2,49 ± 4,78		
Número de vezes que recorreu à USF	Ocidental	239	1,59 ± 2,54	t= -1,017	p=0,310
	Oriental	76	1,26 ± 2,11		

6.2. Determinantes Individuais de Vulnerabilidade

Neste capítulo, analisam-se os determinantes individuais de vulnerabilidade que, à luz da revisão da literatura, foram decompostos em 13 dimensões: *performance* cognitiva, estado de consciência, morbidade, perceção sensorial, capacidade funcional, mobilidade, queda accidental, *status* nutricional, sistema tegumentar, regime medicamentoso, perceção de saúde, padrão de sono e utilização dos recursos de saúde e sociais.

Com vista a organizar a apresentação dos resultados facilitando a sua compreensão, optou-se por expor, isoladamente, cada uma das dimensões embora seja clara a existência de relações. Optou-se também pelo cruzamento entre as variáveis que compõem as 13 dimensões, omitindo ao longo do capítulo as relações referenciadas em subcapítulos anteriores.

6.2.1. Performance Cognitiva

A prevalência de défice cognitivo segundo o Mini Mental State Examination é elevada alcançando 61,2%. Registou-se uma *performance* cognitiva média de $19,22 \pm 7,32$ pontos (mínimo de 0 e máximo de 30).

A tabela oito revela a amplitude, mínimo, máximo, média e desvio padrão dos dados recolhidos em cada domínio do instrumento. Pela análise constata-se que os domínios mais afetados foram, em média, a evocação e a habilidade construtiva já que registaram uma taxa de respostas corretas inferior à metade, pese embora, a reduzida escolaridade das pessoas possa constituir viés.

Tabela 8 – Amplitude, mínimo, máximo, média e desvio padrão dos dados recolhidos em cada domínio do Mini Mental State Examination

	n	Amplitude	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Orientação	280	10	0	10	6,81	3,10
Retenção	280	3	0	3	2,49	0,97
Atenção e Cálculo	280	5	0	5	2,61	2,06
Evocação	280	3	0	3	1,06	1,13
Linguagem	280	8	0	8	5,84	2,08
Habilidade Construtiva	280	1	0	1	0,29	0,45

A *performance* cognitiva diminui à medida que avança a idade ($R_p = -0,237$; $p < 0,001$) e que diminui a classe social ($R_p = -0,282$; $p < 0,001$), revelando que as pessoas com pior desempenho são mais idosas e integram classes sociais mais baixas.

Ter défice cognitivo associa-se a residir numa família alargada ($\chi^2=11,075$; $p=0,001$) sugerindo, como referido anteriormente, a integração das pessoas idosas com défice cognitivo nos agregados familiares dos filhos por forma a complementarem os cuidados sociais no domicílio.

Em média, apresenta melhor desempenho cognitivo, quem gere a pensão de reforma ($t= 8,103$; $p<0,001$), reside só ($t= 3,581$; $p<0,001$) e não tem cuidador informal ($t=4,382$; $p<0,001$), o que justifica a importância da cognição enquanto promotor da independência da pessoa idosa no contexto domiciliário.

Como espectável, a presença de défice cognitivo associa-se à existência de alterações no estado de consciência ($\chi^2=32,842$; $p<0,001$) limitando a capacidade de pensar, observar e interagir com o mundo exterior o que, naturalmente, amplia a vulnerabilidade individual. Não foi identificada correlação estatística significativa entre o desempenho cognitivo e a morbilidade avaliada, neste estudo, com recurso ao número de doenças ($R_p=0,029$; $p=0,632$) e ao número de internamentos em contexto hospitalar no último ano ($R_p=0,010$; $p=0,869$).

Na perceção sensorial evidencia-se que à medida que aumenta o comprometimento da visão ao perto ($R_p= -0,233$; $p<0,001$) diminui o desempenho cognitivo. Entre ter défice cognitivo e acuidade auditiva diminuída existe associação com significado estatístico ($\chi^2=6,955$; $p=0,008$) o que sugere que a diminuição da acuidade visual e auditiva poderá predispor a menor estimulação contribuindo para comprometer a *performance* cognitiva ou então que a existência de comprometimento nesta dimensão poderá dificultar a interpretação dos estímulos.

Os que mantinham o desempenho cognitivo referiram, em média, queixas algícas mais intensas ($6,35\pm 1,93$) do que os que tinham défice ($6,09\pm 2,02$), ainda que essa diferença não tenha significado estatístico ($t=0,828$; $p=0,412$). O mesmo teste, revela que os que mantinham a *performance* cognitiva sofreram, também em média, menos quedas, apesar da ausência de significado estatístico como demonstra a tabela nove.

Tabela 9 – Relação entre a suspeita de défice cognitivo e o número de quedas no último ano

	n	Número de quedas no último ano		
		Média ± Desvio Padrão	Teste t student	
Sem défice Cognitivo	112	1,46 ± 1,54	t= -0,634	p=0,527
Com défice Cognitivo	177	1,59 ± 1,89		

O coeficiente de correlação de *Pearson* revela que à medida que diminui a *performance* cognitiva aumenta a dependência nas atividades instrumentais ($R_p = -0,556$; $p < 0,001$) e básicas de vida diária ($R_p = 0,526$; $p < 0,001$). Uma análise mais pormenorizada, ao nível das AIVD revela associação entre défice cognitivo e dependência, especialmente, em usar o telefone ($\chi^2 = 45,916$; $p < 0,001$), gerir os medicamentos ($\chi^2 = 48,542$; $p < 0,001$), gerir o dinheiro ($\chi^2 = 36,220$; $p < 0,001$), usar os transportes ($\chi^2 = 16,179$; $p < 0,001$) e preparar a refeição ($\chi^2 = 9,727$; $p = 0,002$). Nas ABVD, analisando a associação da mesma variável com cada domínio da escala de Barthel verifica-se a existência de associação estatística significativa com todos os domínios atestando, mais uma vez, a importância da *performance* cognitiva na manutenção da capacidade funcional.

Na auto percepção de saúde, o *One-way* ANOVA demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F = 4,169$; $p = 0,017$) assim, em média, as pessoas que relataram uma auto percepção de saúde negativa apresentavam pior desempenho cognitivo, como é evidente pela análise da tabela 10.

Tabela 10 – Relação entre o desempenho cognitivo e a auto percepção de saúde

		n	Desempenho cognitivo		
			Média ± Desvio Padrão	<i>One-Way</i> ANOVA	
Auto percepção de Saúde	Negativa	176	19,64±5,98	F=4,169	p=0,017
	Regular	63	21,76± 6,32		
	Positiva	20	22,45±5,53		

No sistema tegumentar, evidencia-se que à medida que diminui a *performance* cognitiva aumenta o risco de desenvolver úlceras de pressão ($R_p = 0,528$; $p < 0,001$). Face ao supracitado comprova-se, tal como expectável, que nas pessoas idosas com défice cognitivo o número de feridas desta tipologia é, em média, superior ($t = -3,920$; $p < 0,001$).

Do cruzamento com as variáveis relativas ao *status* nutricional observa-se que o desempenho cognitivo diminui à medida que diminui a circunferência da perna ($R_p = 0,222$; $p < 0,001$) e o perímetro braquial ($R_p = 0,150$; $p = 0,013$).

Já o Qui Quadrado demonstra uma associação estatística significativa entre ter défice cognitivo e a deglutição comprometida ($\chi^2 = 12,504$; $p < 0,001$) revelando que as pessoas idosas com declínio têm maior probabilidade de apresentar disfagia.

Entre preservar a *performance* cognitiva e o consumo diário de fármacos não existe associação estatística significativa ($\chi^2 = 1,274$; $p = 0,259$), embora o Qui Quadrado

explícite a existência de associação, com significado estatístico, com algumas categorias farmacológicas em particular como os antipsicóticos ($\chi^2=12,074$; $p=0,001$) e, naturalmente, os estimulantes cognitivos ($\chi^2=22,390$; $p<0,001$) aos quais se associam os analgésicos, em SOS ($\chi^2=4,172$; $p=0,041$).

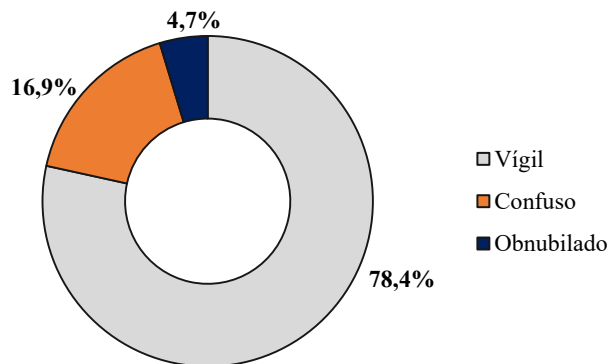
O teste *t student* revela que quem dorme mal apresenta, em média, melhor desempenho cognitivo ($19,40\pm 7,58$) do que aqueles que dormem bem ($19,22\pm 6,98$), pese embora a diferença não tenha significado estatístico ($t=0,196$; $p=0,845$), o que poderá ocorrer em virtude da associação entre ter défice cognitivo e tomar antipsicóticos ($\chi^2=12,074$; $p<0,001$).

À medida que diminui o desempenho cognitivo diminui a utilização da unidade de saúde familiar ($R_p=0,229$; $p<0,001$) aumentando o número de serviços contratualizados ao SAD ($R_p=-0,175$; $p=0,003$).

6.2.2. Estado de Consciência

A maioria encontrava-se vígil (78,4%), apesar da existência de pessoas confusas (16,9%) e obnubiladas (4,7%) como retratado no gráfico cinco.

Gráfico 5 - Distribuição percentual do estado de consciência (N=320)



Em média, as pessoas confusas ($85,50\pm 9,20$ anos) ou obnubiladas ($83,73\pm 4,95$ anos) eram mais idosas do que as que não tinham alterações nesta dimensão ($82,29\pm 8,28$ anos) apresentando essa diferença, segundo o teste *One-way ANOVA* ($F=3,375$; $p=0,035$) significado estatístico. O mesmo ocorre na classe social já que, também em média, as pessoas confusas ($20,76\pm 1,81$) ou obnubiladas ($20,87\pm 1,30$) integram classes sociais inferiores aos em estado vígil ($19,98\pm 2,00$), sendo essa diferença estatística significativa ($F=4,601$; $p=0,011$).

Pelo teste *t student* verifica-se que quem apresenta alterações no estado de consciência apresenta, em média, menor desempenho cognitivo, sendo a diferença estatística significativa ($t=12,631$; $p<0,001$). Pelo mesmo teste, verifica-se que este grupo (as pessoas com alterações no estado de consciência) também apresenta maior dependência nas AIVD ($t= -11,698$; $p<0,001$) e ABVD ($t=12,573$; $p<0,001$), um número total de feridas superior ($t= -2,589$; $p=0,011$) e, naturalmente, maior risco de desenvolver úlceras de pressão ($t=10,976$; $p<0,001$) sugerindo que o compromisso da consciência pode conferir estados de especial vulnerabilidade, como clarifica a tabela 11.

Tabela 11 – Relação entre o estado de consciência e variáveis que integram os domínios: capacidade funcional, cognição e sistema tegumentar

Alteração do estado de consciência	N	Média ± Desvio Padrão	Teste t	
			Dependência nas AIVD	
Não	250	22,72 ± 6,24	t= -11,698	p<0,001
Sim	69	28,90 ± 2,91		
			Dependência nas ABVD	
Não	250	66,42 ± 32,15	t=12,573	p<0,001
Sim	69	18,12 ± 27,08		
			Desempenho Cognitivo	
Não	242	20,94 ± 5,86	t= 12,631	p<0,001
Sim	37	7,92 ± 5,74		
			Número de feridas	
Não	250	0,27 ± 0,71	t= - 2,589	p=0,011
Sim	69	0,70 ± 1,32		
			Risco de úlcera de pressão	
Não	250	18,04 ± 4,00	t= 10,976	p<0,001
Sim	69	12,14 ± 3,77		

O mesmo teste revela que quem tem alterações no estado de consciência consome, em média, menos fármacos ($5,45\pm 2,87$) do que quem não tem ($6,64\pm 3,24$), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t=2,723$; $p=0,007$), o que poderá refletir a dificuldade do cuidador informal administrar a terapêutica prescrita às pessoas confusas ou a impossibilidade de o fazer junto das obnubiladas.

As pessoas em estado vígil recorrem, em média, mais vezes à urgência ($1,98\pm 3,14$) do que as confusas ($1,31\pm 1,50$) e as obnubiladas ($1,40\pm 1,18$), ainda que a diferença não apresente significado estatístico ($F=1,296$; $p=0,275$). Na mesma linha, e apesar da diferença continuar a não apresentar significado estatístico ($F=0,511$; $p=0,600$) verifica-

se que, em média, as pessoas em vigília ($0,59 \pm 0,87$) e as confusas ($0,50 \pm 0,82$) foram internadas mais vezes do que obnubiladas ($0,40 \pm 0,51$).

O coeficiente de correlação de *Spearman* demonstra que à medida que diminui o estado de consciência aumenta o compromisso da mobilidade ($Rho = -0,474$; $p < 0,001$). Na sequência, e como esperado, verificou-se que as pessoas com estado vígil ($1,58 \pm 1,80$) caíram, em média, mais vezes do que as confusas ($1,02 \pm 1,46$) que, por sua vez, caíram mais do que as obnubiladas ($0,67 \pm 0,98$) apresentando a diferença significado estatístico ($F=3,943$; $p=0,020$), como revela a tabela 12.

Tabela 12- Relação entre o estado de consciência e o número de quedas

		N	Número de quedas		
			Média ± Desvio Padrão	One-Way ANOVA	
Estado de Consciência	Vígil	251	1,58 ± 1,80	F=3,943	p=0,020
	Confuso	54	1,02 ± 1,46		
	Obnubilado	15	0,67 ± 0,98		

O Qui Quadrado revela que não existe associação entre a existência de alterações no estado de consciência e no padrão de sono ($\chi^2=0,432$; $p=0,511$). No entanto, a existência de alterações no estado de consciência associa-se à toma de estimulantes cognitivos ($\chi^2=25,030$; $p < 0,001$) e antipsicóticos ($\chi^2=5,942$; $p=0,015$), o que poderá contribuir para explicar o primeiro achado.

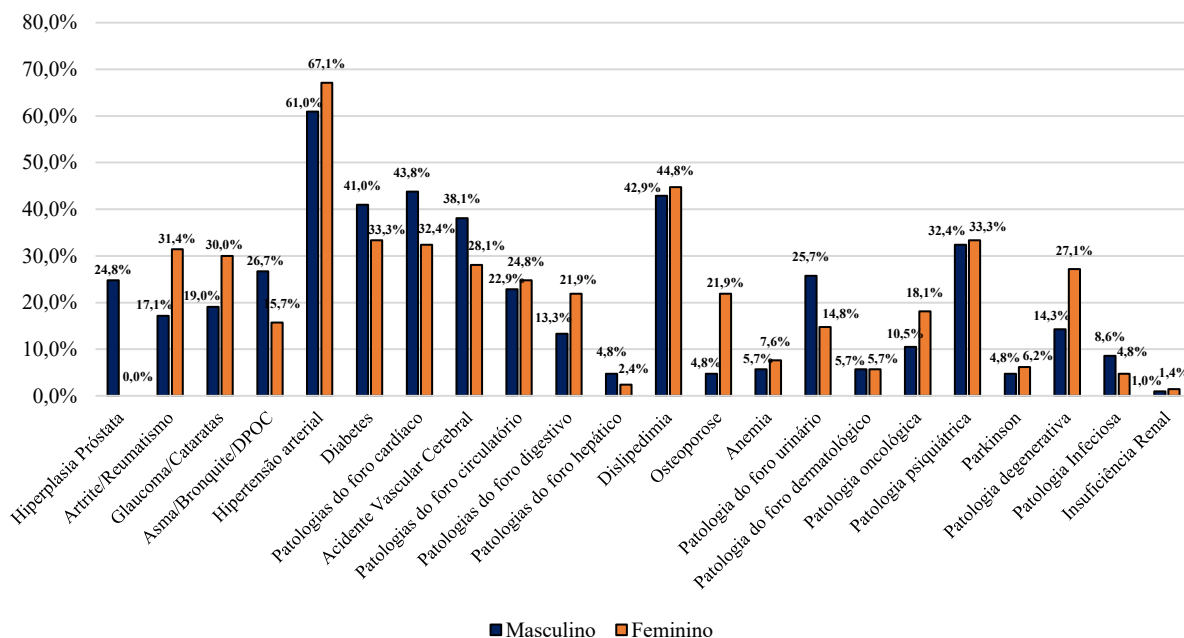
Não foram identificadas relações estatisticamente significativas entre o estado de consciência e o número de vezes que é utilizada a unidade de saúde familiar ($F=2,399$; $p=0,093$), sugerindo que o fenómeno não determina a sua utilização.

No entanto, o mesmo teste, revela com significado estatístico ($F=3,114$; $p=0,046$) que, em média, as pessoas que se encontravam obnubiladas usufruíam de mais serviços do SAD ($3,67 \pm 2,29$), do que as confusas ($2,78 \pm 1,70$) e as em estado vígil ($2,58 \pm 1,63$), o que poderá refletir a maior necessidade de assistência, inclusive, na substituição do cuidador informal.

6.2.3. Morbilidade

Três pessoas não referiram patologias (0,9%), nos restantes, registou-se, em média, $4,71 \pm 1,98$ patologias (mínimo de 1 e máximo de 12) com maior frequência das patologias de carácter crónico: hipertensão arterial (65,1%); dislipidemia (44,1%); diabetes (35,9%); patologias do foro cardíaco (36,2%); patologias psiquiátricas (33,0%); acidente vascular cerebral (31,4%); artrite/reumatismo (26,7%); glaucoma/cataratas (26,3%), patologias do foro circulatório (24,1%) e patologia degenerativa (22,9%). Identificou-se pluripatologia (quatro ou mais doenças) em 71,7% das pessoas.

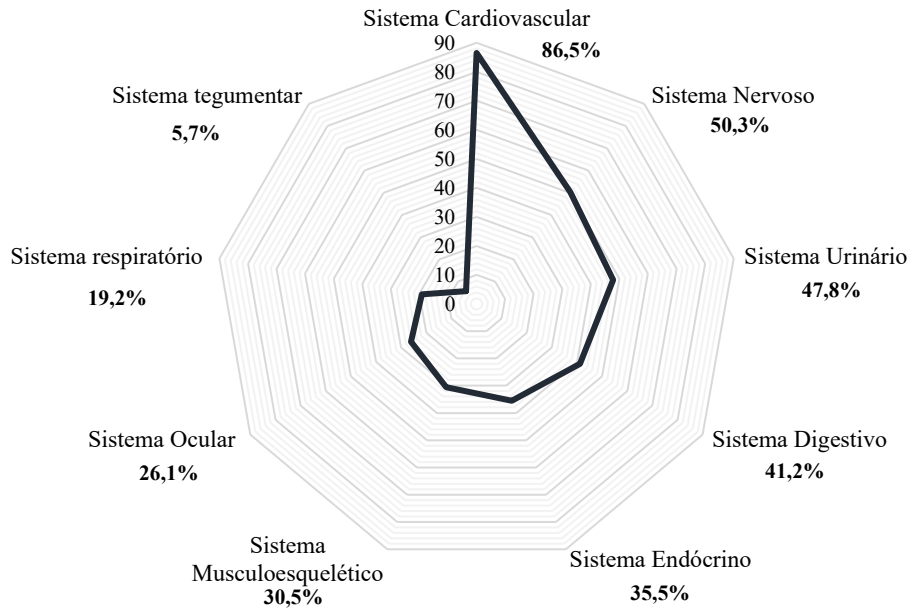
Gráfico 6 - Distribuição percentual das patologias, segundo o género (N=318)



Analisando o gráfico 6, e excluindo a hiperplasia prostática, conclui-se que as patologias potencialmente associadas a comportamentos de risco tendem a distribuir-se, como retrata a literatura, segundo o género: a diabetes (41,0%), as patologias do foro cardíaco (43,8%), o acidente vascular cerebral (38,1%) e os problemas respiratórios (26,7%) são mais prevalentes nos homens enquanto a osteoporose (21,9%), a patologia degenerativa (27,1%) e a artrite/reumatismo (31,4%) registaram maior prevalência nas mulheres.

O gráfico sete, que retrata a distribuição percentual das patologias percecionadas pelas pessoas, mediante o sistema corporal mais afetado, destaca o sistema cardiovascular (86,5%), nervoso (50,3%), urinário (47,8%), digestivo (41,2%) e endócrino (35,5%), corroborando a literatura.

Gráfico 7 - Distribuição percentual das patologias segundo o sistema corporal mais afetado (n=318)



Destaca-se a ausência de correlação estatística significativa entre a idade e o número de patologias ($R_p=0,001$; $p=0,990$), bem como, na distribuição do número de doenças segundo o género ($t= -0,176$; $p=0,860$). No entanto, há que considerar que a recolha de dados teve por base, apenas, as patologias que foram referenciadas admitindo-se a hipótese da mesma recolha junto de outras fontes poder retratar uma realidade distinta.

Do cruzamento entre o número de patologias e as variáveis que compõem a perceção sensorial, mais propriamente, a acuidade visual ao perto ($R_p=0,034$; $p= 0,582$) e ao longe ($R_p= -0,033$; $p=0,602$) e a intensidade da dor ($R_p=0,123$; $p=0,114$) não emergiram relações com significado estatístico contrariando o peso que a literatura atribui à pluripatologia enquanto causa de compromisso deste domínio.

Não foi identificada correlação estatística significativa entre o número de doenças e a dependência nas atividades instrumentais ($R_p=0,075$; $p=0,184$) e básicas de vida diária ($R_p= -0,013$; $p=0,815$). Porém, o teste *t student* demonstrou que, em média, as pessoas dependentes nas ABVD têm mais patologias ($4,86\pm 2,00$) do que as independentes ($4,14\pm 2,01$) sendo a diferença estatística significativa ($t= -2,847$; $p=0,005$). Ao nível das AIVD, constatou-se que as pessoas severamente dependentes ($4,81\pm 1,97$) também apresentam, em média, mais patologias do que os parcialmente dependentes ($4,34\pm 2,13$)

e os independentes ($4,33 \pm 0,58$), apesar da ausência de significado estatístico ($F=1,864$; $p=0,157$).

Entre o número de patologias e a mobilidade ($F=0,539$; $p=0,656$) não existe uma relação estatística significativa, apesar da análise exposta na tabela 13 clarificar que, em média, os que se encontravam completamente imobilizados ou limitados tinham mais patologias comparativamente aos que não apresentavam nenhuma limitação.

De ressaltar, que as pessoas completamente imobilizadas registaram, em média, menos patologias do que as limitadas apresentando, ainda, um valor próximo das pessoas sem nenhuma limitação. Daqui emerge como hipótese explicativa o facto de em muitas destas situações, por incapacidade do participante, a recolha ter sido operacionalizada junto do cuidador informal e/ou família que podendo não conhecer a totalidade da informação induziria viés.

Tabela 13 - Relação entre o número de patologias e a mobilidade

		n	Número de patologias		
			Média \pm Desvio Padrão	One-Way ANOVA	
Mobilidade	Completamente imobilizado	46	$4,50 \pm 2,29$	F=0,539	p=0,656
	Muito limitado	97	$4,79 \pm 2,09$		
	Ligeiramente limitado	84	$4,80 \pm 2,05$		
	Nenhuma limitação	91	$4,51 \pm 1,79$		

O coeficiente de correlação de *Pearson* revelou que não existe relação estatisticamente significativa entre o número de patologias e o número de feridas ($R_p=0,024$; $p=0,666$), tal como acontece com o risco de desenvolver úlceras de pressão ($R_p= -0,018$; $p=0,750$), o perímetro braquial ($R_p=0,084$; $p=0,139$) e a circunferência da perna ($R_p=0,076$; $p=0,182$), indicando a ausência de relação com variáveis chave do sistema tegumentar e do *status* nutricional.

Em média, as pessoas idosas com alterações no padrão de sono apresentavam mais patologias ($4,89 \pm 1,80$) do que as que não tinham tais queixas ($4,50 \pm 2,20$) embora essa diferença não seja estatisticamente significativa ($t=1,699$; $p=0,090$).

Já na autoperceção de saúde, o teste *One-way* ANOVA revela que, em média, os que apresentavam uma perceção de saúde negativa tinham mais patologias ($5,07 \pm 1,99$)

comparativamente aos que a classificaram como regular ($4,22 \pm 1,72$) ou positiva ($3,85 \pm 1,93$) como se constata pela análise da tabela 14.

Tabela 14- Relação entre o número de patologias e a auto percepção de saúde

		n	Número de patologias		
			Média ± Desvio Padrão	One-way ANOVA	
Auto percepção de Saúde	Negativa	174	5,07 ± 1,99	F=7,058	p=0,001
	Regular	63	4,22 ± 1,72		
	Positiva	20	3,85 ± 1,93		

A pluripatologia (quatro ou mais doenças) associa-se de forma estatisticamente significativa a ser internado ($\chi^2=14,939$; $p<0,001$). À medida que aumenta o número de patologias aumenta o número de fármacos ($R_p=0,565$; $p<0,001$), realidade que não acompanha, com significado estatístico, a frequência de consultas nos cuidados de saúde primários ($R_p=0,050$; $p=0,375$), mas sim um aumento do número de vezes que é utilizado o serviço de urgência ($R_p=0,344$; $p<0,001$) e do número de internamentos ($R_p=0,235$; $p<0,001$), sugerindo a necessidade de estudos que clarifiquem a influência da pluripatologia, do efeito adverso da polimedicação e do fraco acompanhamento em cuidados de saúde primários na utilização da assistência hospitalar. Entre o número de doenças e o número de serviços contratualizados ao SAD ($R_p=0,058$; $p=0,303$), não existe relação estatística significativa sugerindo que nas pessoas em estudo o número de doenças, *per si*, não impõe a necessidade de suporte social no domicílio – Consultar a tabela 15.

Tabela 15 – Relação entre o número de doenças e o número fármacos e a utilização de recursos

		Número de fármacos	Número de vezes que recorre à USF	Número de vezes que recorre à urgência	Número de internamentos em contexto hospitalar	Número de serviços contratualizados ao SAD
Número de doenças	Pearson Correlation	0,565	0,050	0,344	0,235	0,058
	Sig. (2-tailed)	$p<0,001$	$p=0,375$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,303$
	N	311	313	313	318	318

No último ano 40,3% das pessoas estiveram internadas (11,6% mais do que uma vez) perfazendo 180 episódios de internamento que totalizam 3117 dias (mediana de 15; mínimo de 1 e máximo de 180).

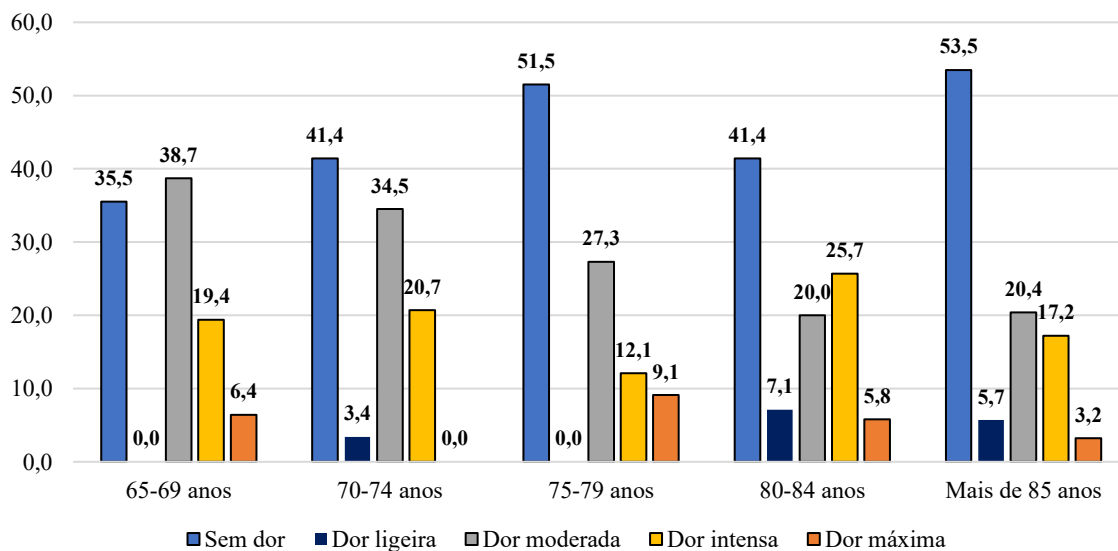
Contrariando a literatura, não foram identificadas diferenças no número de internamentos mediante a tipologia familiar ($t = -0,475$; $p = 0,635$) nem com a variável ter cuidador informal ($t = -0,148$; $p = 0,882$). No entanto, ser internado associa-se, de forma estatisticamente significativa a sofrer quedas ($\chi^2 = 37,024$; $p < 0,001$) e ter queixas álgicas ($\chi^2 = 8,366$; $p = 0,004$) sugerindo que poderá ocorrer na sequência da utilização do serviço de urgência.

6.2.4. Perceção Sensorial

Diagnosticou-se ausência de dor em 47,8% dos participantes. Nos restantes, a dor moderada (24,1%), seguida da intensa (19,1%), foram as categorias mais prevalentes. Nos que manifestaram dor, a análise da dor mais intensa segundo a escala numérica da dor, revela um valor médio de $6,20 \pm 1,98$ (mínimo de 2,00 e máximo de 10,00). Para 65,3% a dor permanecia há mais de seis meses permitindo inferir sobre a sua cronicidade.

Neste estudo, e contrariamente às crenças vigentes, a intensidade da dor não se correlaciona com a idade ($R_p = -0,009$; $p = 0,904$) sendo evidente, pela análise do gráfico oito, que é no grupo etário mais jovem (65-69 anos) que se encontra a maior percentagem de pessoas com dor (64,5%).

Gráfico 8 - Distribuição percentual da classificação da dor mais intensa, por grupo etário (n=302)



O teste *t student* revela que ainda que a intensidade da dor nas mulheres ($6,22 \pm 1,98$) seja, em média, superior à intensidade da dor nos homens ($6,16 \pm 1,99$), essa diferença não apresenta significado estatístico ($t = -0,171$; $p = 0,865$).

Também em média, as pessoas idosas que residem sós ou com o cônjuge relatam uma dor mais intensa ($6,27 \pm 1,99$) do que as que se encontram em famílias alargadas ($6,08 \pm 1,98$), apesar da ausência de significado estatístico ($t=0,586$; $p=0,559$).

Como revela a tabela 16, as pessoas que manifestaram dor tinham, em média, melhor desempenho cognitivo ($20,76 \pm 5,48$) do que as que não manifestaram ($16,95 \pm 8,94$), sendo a diferença estatística significativa ($t=4,044$; $p<0,001$). No entanto, a associação estatística significativa entre ter défice cognitivo e tomar analgésicos em SOS ($\chi^2=4,172$; $p=0,041$) convida a refletir na necessidade de estratégias de avaliação mais ajustadas, especificamente, nas pessoas com declínio cognitivo.

Tabela 16 – Relação entre manifestar queixas álgicas e o desempenho cognitivo

		n	Desempenho cognitivo		
			Média \pm Desvio Padrão	<i>t student</i>	
Queixas álgicas	Sim	166	20,76 \pm 5,48	t= 4,044	p<0,001
	Não	1113	16,95 \pm 8,94		

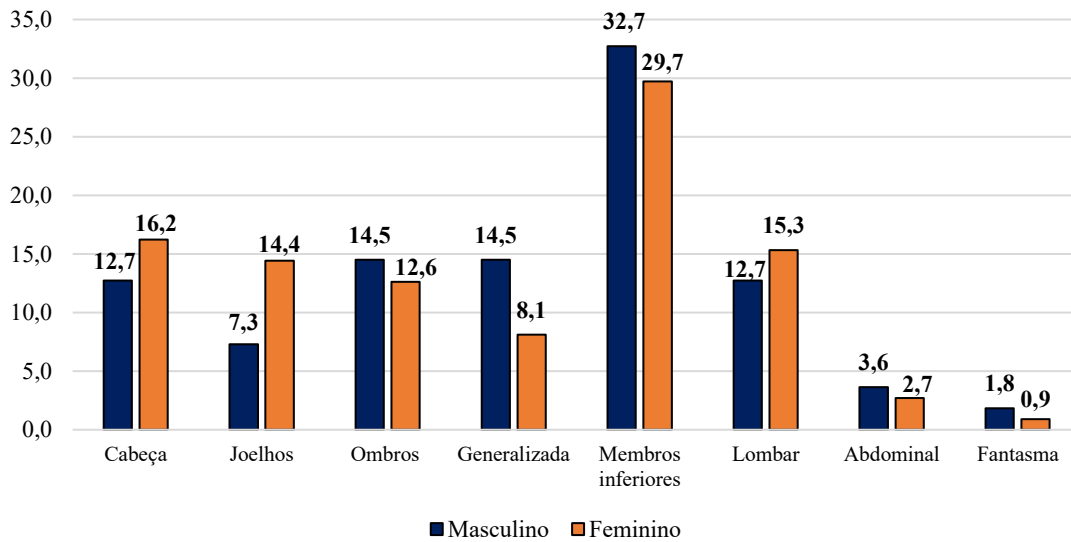
A presença de dor associa-se à toma de fármacos, particularmente, analgésicos ($\chi^2=30,739$; $p<0,001$) e anti-inflamatórios ($\chi^2=15,244$; $p<0,001$) bem como, à existência de alterações no padrão de sono ($\chi^2=20,329$; $p=0,001$). Na mesma linha, constata-se que à medida que aumenta a intensidade da dor aumenta a utilização do serviço de urgência ($R_p=0,198$; $p=0,010$) convidando a refletir na necessidade de estratégias promotoras do controlo mais eficaz do fenómeno.

Pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, não foi identificada relação com significado estatístico entre a intensidade da dor e o número de quedas ($R_p=0,115$; $p=0,139$) bem como, com fenómenos relacionados com o sistema tegumentar como o risco de úlcera de pressão ($R_p=0,057$; $p=0,464$). O mesmo teste revelou a ausência de relação estatística significativa entre a intensidade da dor e a dependência nas ABVD ($R_p=0,020$; $p=0,795$) e AIVD ($R_p=-0,007$; $p=0,933$). No entanto, ter dor associa-se a sofrer quedas ($\chi^2=31,344$; $p<0,001$) o que poderá ocorrer em virtude de a localização das queixas álgicas envolver, em muitos casos, o aparelho locomotor.

O *One-way ANOVA* demonstra que, em média, as pessoas com uma autoperceção de saúde negativa referem queixas álgicas mais intensas ($6,38 \pm 2,01$) do que as que a classificaram como regular ($5,91 \pm 1,88$) ou positiva ($5,00 \pm 1,58$), sendo a diferença estatística significativa ($F=3,298$; $p=0,039$).

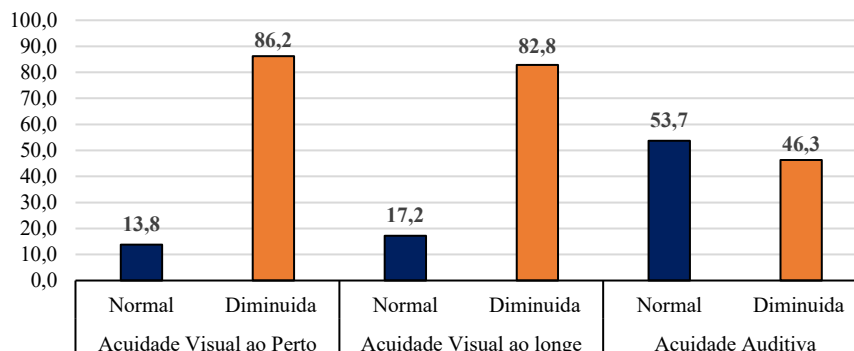
Na localização da dor, a diferença percentual segundo o género, representada no gráfico nove, destaca o feminino ao nível da cabeça (16,2%), joelhos (14,4%) e região lombar (15,3%) e o masculino na dor generalizada (14,5%) e ombros (14,5%). Em ambos os géneros a localização mais prevalente são os membros inferiores.

Gráfico 9 - Distribuição percentual da localização da dor mais intensa, segundo o género (n=302)



A acuidade auditiva encontrava-se diminuída em 46,3% das pessoas, embora, apenas 7,3% utilizasse aparelho auditivo. A acuidade visual ao longe encontrava-se comprometida em 82,8% valor que diminui, ligeiramente (86,2%) na acuidade visual ao perto, como esquematiza o gráfico 10. Somente 58,2% utilizava óculos.

Gráfico 10 - Distribuição percentual da existência de alterações na percepção sensorial: acuidade visual ao perto, acuidade visual ao longe e acuidade auditiva



O comprometimento da visão ao longe correlaciona-se com a longevidade, aumentando a primeira à medida que a segunda aumenta ($R_p = -0,267$; $p < 0,001$). Já o comprometimento da acuidade visual ao perto apesar de também aumentar com a idade

não apresenta significado estatístico ($R_p=0,021$; $p=0,738$), colocando-se a hipótese de correção. Em média, as pessoas que apresentam comprometimento na acuidade auditiva são mais idosas ($83,91\pm 8,20$ anos) do que as pessoas que não apresentam alterações nesta dimensão ($80,91\pm 8,46$ anos), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($t=2,949$; $p=0,003$).

Na mesma linha, o teste *t student* revela que quem apresenta comprometimento auditivo também é, em média, mais dependente nas atividades básicas ($t= -3,522$; $p=0,001$) e instrumentais de vida diária ($t=4,528$; $p<0,001$), o que ocorre, possivelmente, pelo declínio acompanhar o aumento da longevidade.

Contrariamente ao espectável, não existe associação entre a acuidade auditiva e sofrer quedas ($\chi^2=0,219$; $p=0,640$) no entanto, verifica-se, desde a primeira queda, e progressivamente, que à medida que aumenta o comprometimento visual ao longe aumenta o número de quedas ($R_p= -0,161$; $p=0,040$).

O comprometimento auditivo associa-se à substituição (pelos familiares) na gestão da terapêutica farmacológica ($\chi^2=5,118$; $p=0,024$), o que poderá ocorrer pela associação à dependência nas ABVD ($\chi^2=20,793$; $p<0,001$), bem como, pela dificuldade em compreender as mensagens também explicada pela associação estatística significativa com ter défice cognitivo ($\chi^2=6,955$; $p=0,008$).

No entanto, e contrariamente ao desejável, verifica-se que, em média, as pessoas que gerem autonomamente a terapêutica farmacológica apresentam maior comprometimento na visão ao perto ($6,79\pm 2,71$) do que as que não realizam esta tarefa ($7,94\pm 2,68$) como comprova o teste *t student* representado na tabela 17, ampliando os riscos associados à sua execução.

Tabela 17 – Relação entre gerir autonomamente a terapêutica e a acuidade visual ao perto

		n	Acuidade visual ao perto		
			Média ± Desvio Padrão	<i>t student</i>	
Gere a terapêutica autonomamente	Sim	108	6,79 ± 2,71	t= -3,411	p=0,001
	Não	151	7,94 ± 2,68		

O *One-way* ANOVA revela que, em média, as pessoas que relatam uma autoperceção de saúde negativa têm maior comprometimento da visão ao longe ($0,77 \pm 0,60$) do que as que a classificam como regular ($1,04 \pm 0,59$) ou positiva ($0,99 \pm 0,77$), o que é estatisticamente significativo ($F=5,175$; $p=0,006$). A mesma análise com a acuidade visual ao perto ($F=0,556$; $p=0,574$) não apresenta significado estatístico significativo.

Constata-se, ainda, que entre a autoperceção de saúde e o comprometimento auditivo também não existe associação estatística significativa ($\chi^2=4,751$; $p=0,093$).

6.2.5. Capacidade Funcional

Nas atividades instrumentais de vida diária 99,1% é dependente (69,7% severa e 29,4% parcialmente) o que permite atestar a importância dos cuidados de substituição contratualizados ao SAD. A tabela 18, em infra, espelha a distribuição segundo as pontuações parciais do Índice de Lawton & Brody.

Tabela 18- Distribuição percentual e numérica segundo as pontuações parciais do Índice de Lawton & Brody

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	16	5,0
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	20	6,2
	Só faz tarefas leves	78	24,4
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	29	9,1
	Incapaz de realizar qualquer tarefa	177	55,3
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	34	10,6
	Só lava pequenas peças	47	14,7
	É incapaz de lavar a roupa	239	74,7
Preparar a comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	29	9,0
	Prepara se lhe derem os ingredientes	14	4,4
	Prepara pratos pré-cozinhados	36	11,3
	Incapaz de preparar refeições	241	75,3
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	19	5,9
	Só faz pequenas compras	33	10,3
	Faz as compras acompanhado	32	10,0
	É incapaz de ir às compras	236	73,8
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	99	30,9
	Só liga para lugares familiares	54	16,9
	Necessita de ajuda para o utilizar	29	9,1
	Incapaz de usar o telefone	138	43,1
Uso de transporte	Viaja em transportes públicos ou conduz	48	15,0
	Só anda de táxi	16	5,0
	Necessita de acompanhamento	71	22,2
	Incapaz de usar o transporte	185	57,8
Uso de dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc.	67	20,9
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	66	20,6
	Incapaz de utilizar o dinheiro	187	58,5
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	104	32,5
	Necessita que lhe preparem a medicação	38	11,9
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	178	55,6

A pontuação obtida no Índice de Lawton and Brody revela um score médio de $24,08 \pm 6,23$ (mínimo de 8 e máximo de 30) colocando a descoberto a elevada dependência nas AIVD.

A análise da tabela demonstra que mais de dois terços é incapaz de preparar as refeições (75,3%), de lavar a roupa (74,7%), de ir às compras (83,8%) e de gerir o dinheiro (79,1%) autonomamente enquanto mais de metade é incapaz de cuidar da casa sem apoio (64,4%) e de se responsabilizar pela própria medicação (67,5%). Neste cenário, prevê-se que a ausência de cuidados de substituição e/ou complementaridade nas AIVD contribuiria para colocar em causa a permanência no domicílio.

É de ressaltar, ainda, a elevada percentagem de pessoas dependentes na utilização dos transportes (80,0%) e do telefone (52,2%) o que poderá contribuir para agravar a problemática da solidão.

O coeficiente de correlação de *Pearson* revela que a dependência nas AIVD aumenta à medida que aumenta a idade ($R_p=0,348$; $p<0,001$) e que diminui a classe social ($R_p=0,203$; $p<0,001$) o que, neste caso, também poderá relacionar-se com as características do domicílio, como referido anteriormente.

As mulheres são, em média, mais dependentes nas AIVD ($24,33 \pm 6,26$) do que os homens ($23,57 \pm 6,16$), apesar da ausência de significado estatístico ($t= -1,034$; $p=0,302$). Uma análise mais pormenorizada denota associação estatística significativa entre o género feminino e a dependência em ir às compras ($\chi^2=5,429$; $p=0,020$), utilizar o transporte ($\chi^2=10,902$; $p=0,001$) e utilizar o telefone ($\chi^2=5,202$; $p=0,023$), o que poderá contribuir para explicar as diferenças entre géneros na tipologia de serviços mais contratualizados ao apoio domiciliário.

No sistema tegumentar denota-se, pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, que à medida que aumenta a dependência nas AIVD aumenta o risco de úlcera de pressão ($R_p= -0,647$; $p<0,001$), bem como, o número total de feridas ($R_p=0,284$; $p<0,001$). Na mobilidade, o coeficiente de correlação de *Spearman* revela, com significado estatístico ($Rho= -0,462$; $p<0,001$), que à medida que aumenta o nível de dependência diminui a mobilidade, como é natural.

O teste *One-way* ANOVA revela, também com significado estatístico ($F=9,936$; $p<0,001$) que, em média, as pessoas com autoperceção de saúde negativa são mais dependentes ($23,89 \pm 5,79$) do que aquelas que manifestam uma perceção regular ($20,41 \pm 6,02$) ou positiva ($20,15 \pm 7,32$), como demonstra a tabela 19.

Tabela 19 - Relação entre as AIVD e a autoperceção de saúde

		n	Atividades instrumentais de vida diária		
			Média ± Desvio Padrão	One-way ANOVA	
Autoperceção de Saúde	Negativa	176	23,89 ± 5,79	F=9,936	p<0,001
	Regular	63	20,41 ± 6,02		
	Positiva	20	20,15 ± 7,32		

A dependência nas AIVD aumenta à medida que diminui o perímetro braquial ($R_p = -0,271$; $p < 0,001$) e da circunferência da perna ($R_p = -0,374$; $p < 0,001$), o que é acompanhado pela diminuição do número de consultas na USF ($R_p = -0,303$; $p < 0,001$), sugerindo menor acompanhamento por parte dos cuidados de saúde primários nas pessoas mais dependentes.

Tabela 20 – Relação entre as AIVD e a utilização da USF

		Número de vezes que recorre à USF
Atividades Instrumentais de Vida Diária	Pearson Correlation	-0,303
	Sig. (2-tailed)	p<0,001
	n	315

Não existe relação estatisticamente significativa entre a dependência nas AIVD e o número de vezes que é utilizado o serviço de urgência ($R_p = 0,084$; $p = 0,135$). Ainda que também não exista relação estatística significativa entre a dependência nas AIVD e o número de fármacos ingeridos diariamente ($R_p = 0,040$; $p = 0,480$), o *One-way ANOVA* demonstra que, em média, os severamente dependentes ($1,52 \pm 0,68$), tal como, os parcialmente dependentes ($1,49 \pm 0,78$) tinham um número de prescritores inferior aos independentes ($2,67 \pm 1,16$), apresentando a diferença significado estatístico ($F = 3,936$; $p = 0,021$) e sugerindo que as pessoas dependentes utilizam menos recursos. Pese embora, a ínfima percentagem de pessoas independentes nas AIVD possa constituir viés.

Não foi identificada associação estatística significativa entre a dependência nas AIVD e a presença de alterações no padrão de sono ($\chi^2 = 4,538$; $p = 0,103$).

Nas atividades básicas de vida diária 73,4% era dependente sendo as categorias mais prevalentes a dependência ligeira (29,1%) ou total (26,6%). Apenas 26,6% era independente neste domínio.

O score médio na Escala de Barthel foi de $55,80 \pm 36,99$ (mínimo 0 e máximo 100) permitindo concluir acerca da elevada dependência das pessoas em estudo, ainda que em menor percentagem do que a registada ao nível das AIVD.

A tabela 21 reflete a distribuição segundo as pontuações parciais revelando que mais de metade apresenta algum nível de dependência na higiene pessoal (54,1%), na continência urinária (66,0%), em subir/descer escadas (69,1%), vestir/despir-se (59,4%), nas transferências (53,1%) e tomar banho (75,0%); cerca de metade apresenta algum nível de dependência na mobilidade (50,6%) e mais de um quarto na continência intestinal (37,9%), usar o WC (49,4%) e alimentar-se (34,4%).

Tabela 21 - Distribuição numérica e percentual das pontuações parciais do Índice de Barthel

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Higiene Pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	173	54,1
	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelos (utensílios fornecidos)	147	45,9
Evacuar	Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)	77	24,1
	Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)	44	13,8
	Continente (não apresenta episódios de incontinência)	199	62,1
Urinar	Incontinente ou algaliado	127	39,7
	Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24h)	84	26,3
	Continente (por mais de 7 dias)	109	34,0
Ir à casa de banho	Dependente	120	37,5
	Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho	38	11,9
	Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	162	50,6
Alimentar-se	Incapaz	66	20,6
	Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.	44	13,8
	Independente (a comida é providenciada)	210	65,6
Transferências	Incapaz, não tem equilíbrio ao sentar-se	92	28,7
	Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se	34	10,6
	Pequena ajuda (verbal ou física)	44	13,8
	Independente (não necessita de qualquer ajuda, mesmo com cadeira de rodas)	150	46,9
Mobilidade	Imobilizado	83	25,9
	Independente na cadeira de rodas, incluindo cantos, etc.	22	6,9
	Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)	57	17,8
	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar)	158	49,4
Vestir-se	Dependente	134	41,9
	Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda	56	17,5
	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	130	40,6
Escadas	Incapaz	168	52,5
	Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão	53	16,6
	Independente (Subir/descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos)	99	30,9
Banho	Dependente	240	75,0
	Independente (lava-se/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	80	25,0

A dependência nas ABVD mantinha-se, em média, há $44,28 \pm 42,04$ meses (mínimo 1; máximo de 240 e mediana 24), ou seja, 3,5 anos sendo percecionadas como principais

causas a doença aguda (21,6%), a doença crónica (43,4%) e o processo de envelhecimento (15,0%). A análise de outros motivos, ainda que em menor escala, revela que a ocorrência de eventos críticos como quedas (15,3%) e cirurgias (4,1%) também concorreram para o fenómeno.

No género feminino, independentemente do grupo etário, a doença crónica é a causa maior de dependência, enquanto no masculino, também se destaca a doença aguda, como revela a tabela 22, ainda que possa existir um viés resultante da possibilidade de algumas situações percecionadas como agudas advirem de patologias crónicas. A percentagem de pessoas que refere ter ficado dependente na sequência de uma queda acidental aumenta progressivamente ao longo dos anos, adquirindo especial relevo no grupo etário “Mais de 80 anos”, tal como ocorre com o envelhecimento.

Tabela 22 – Distribuição numérica e percentual da causa de dependência, segundo o grupo etário e o género

	Grupo Etário											
	65-69 anos				70-79 anos				Mais de 80 anos			
	Género				Género				Género			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doença Aguda	3	17,6	1	7,1	6	25,0	8	21,1	20	30,3	31	19,3
Queda	0	0,0	1	7,1	2	8,3	4	10,5	9	13,6	33	20,5
Cirurgia	2	11,8	1	7,1	2	8,3	1	2,6	0	0,0	7	4,3
Doença Crónica	11	64,7	8	57,3	9	37,5	18	47,4	28	42,4	65	40,4
Acidente de Viação	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,6	1	1,5	0	0,0
Envelhecimento	1	5,9	3	21,4	5	20,9	6	15,8	8	12,2	25	15,5

O aumento da dependência acompanha a diminuição do perímetro braquial ($R_p=0,341$; $p<0,001$) e da circunferência da perna ($R_p=0,539$; $p<0,001$).

Em média, as pessoas com perda da dentição eram mais dependentes ($55,25\pm 36,98$) do que as que não apresentavam o problema ($59,11\pm 37,30$), apesar da ausência de significado estatístico ($t= -0,648$; $p=0,518$).

Também em média, as pessoas idosas com perda de dentes e sem prótese dentária eram mais dependentes ($49,67\pm 37,96$) do que as que utilizavam este recurso ($66,54\pm 32,29$), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t=3,840$; $p<0,001$), o que sugere que a perda da dentição, aliada à ausência do uso de prótese dentária, poderá predispor à desnutrição e esta à dependência, como revela a tabela 23.

Tabela 23 - Relação entre a dependência nas ABVD e domínios do *status* nutricional

		n	Dependência nas ABVD		
			Média ± Desvio Padrão	Teste t <i>student</i>	
Perda da dentição	Sim	275	55,25 ± 36,98	t= -0,648	p=0,518
	Não	45	59,11 ± 37,30		
Com perda da dentição, uso de prótese dentária	Sim	91	66,54 ± 32,29	t=3,840	p<0,001
	Não	184	49,67±37,96		

Entre a dependência nas ABVD e a mobilidade constata-se uma correlação negativa estatisticamente significativa (Rho= -0,814; p<0,001) que revela que o aumento da dependência acompanha a diminuição da mobilidade. Na mesma linha, verifica-se que desde a primeira queda, e progressivamente, o aumento da dependência acompanha o aumento do número de quedas (Rp= -0,179; p=0,015).

No sistema tegumentar, o coeficiente de correlação de *Pearson* demonstra que à medida que aumenta a dependência nas ABVD aumenta o risco de desenvolver úlceras de pressão (Rp=0,885; p<0,001) e o número de feridas (Rp= -0,381; p<0,001) o que contribui para ressaltar a importância dos cuidados de enfermagem.

Não existe relação estatística significativa entre a dependência nas ABVD e o número de fármacos/dia (RP= -0,018; p=0,756). No entanto, pelo Qui Quadrado constata-se a existência de associação estatística significativa entre a dependência nas ABVD e a toma de estimulantes cognitivos ($\chi^2=4,318$; p=0,038), laxantes ($\chi^2=5,633$; p=0,018), anticoagulantes ($\chi^2=15,198$; p<0,001), diuréticos ($\chi^2=4,872$; p=0,027) e antipsicóticos ($\chi^2=4,367$; p=0,037).

O *One-way* ANOVA revela uma relação estatística significativa (F=9,595; p<0,001) entre a dependência nas ABVD e a autoperceção de saúde evidenciando-se que, em média, os que apresentavam uma autoperceção negativa eram mais dependentes (61,28±31,84) do que aqueles que a classificaram como regular (79,84±27,42) ou boa (75,75±24,94).

No que concerne ao uso de recursos, denota-se que à medida que aumenta a dependência nas ABVD aumenta o número de serviços contratualizados ao SAD (Rp= -0,223; p<0,001) e diminui a utilização da unidade de saúde familiar (Rp=0,226; p<0,001). Por outro lado, a dependência associa-se a ter estado internado no contexto hospitalar no último ano ($\chi^2=8,450$; p=0,004) levando a crer, a análise conjunta destes achados, que a dependência favorece o afastamento dos cuidados de saúde primários, a utilização de cuidados diferenciados e a contratualização de mais cuidados sociais.

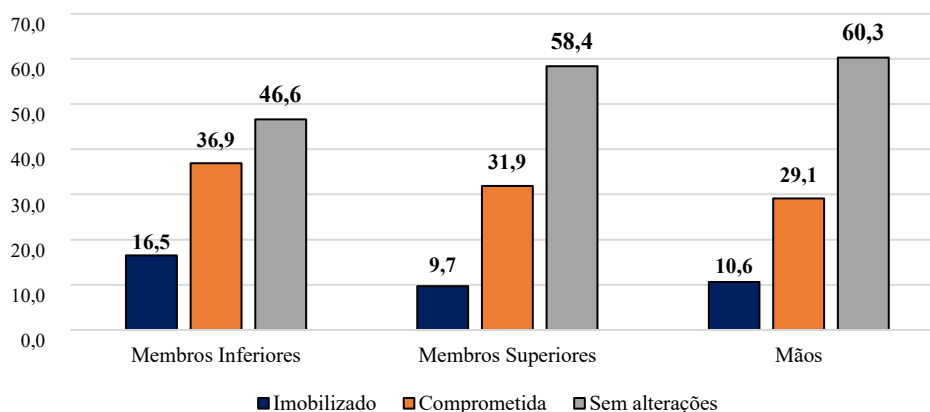
6.2.6. Mobilidade

O compromisso da mobilidade é uma problemática para 71,6% das pessoas já que 26,9% encontrava-se ligeiramente limitada; 30,3% muito limitada e 14,4% completamente imobilizada.

A análise da atividade diária permitiu concluir que apenas 27,8% andava frequentemente dos quais 17,8% necessitava da ajuda de outra pessoa para o fazer. Os restantes, andavam ocasionalmente (28,4%) ou permaneciam o dia sentados (21,3%) ou deitados (22,5%).

A incapacidade total para mobilizar todos os membros e mãos foi identificada em 7,8% das pessoas, valor que duplica quando se considera apenas os membros inferiores (16,5%) mantendo-se aproximado nos superiores (9,7%). A incapacidade total para mobilizar as mãos, altamente condicionante do exercício das atividades básicas e instrumentais de vida diária, foi identificada em 10,6% das pessoas idosas.

Gráfico 11 – Distribuição percentual da capacidade para mobilizar os membros e as mãos (N=320)



O teste *t student* revela que, em média, as pessoas com comprometimento da mobilidade eram mais idosas ($83,60 \pm 8,14$) comparativamente aos que não manifestaram esta alteração ($81,15 \pm 8,76$), sendo essa diferença estatística significativa ($t=2,370$; $p=0,018$). Ao nível do género, verifica-se que o masculino associasse a preservar a mobilidade ($\chi^2=6,321$; $p=0,012$), o que poderá ser condicionante da autoperceção de saúde.

Também em média, os que apresentavam tal comprometimento tinham maior risco de desenvolver úlceras de pressão ($t= -25,022$; $p<0,001$), menor perímetro braquial ($t= -4,822$; $p<0,001$) e da circunferência da perna ($t= -8,642$; $p<0,001$) e naturalmente um

número de úlceras de pressão superior ($t=5,052$; $p<0,001$), sugerindo que a mobilidade se relaciona com o sistema tegumentar e o *status* nutricional predizendo situações de especial vulnerabilidade.

Na utilização dos serviços de saúde, ainda que não exista diferença estatística significativa entre a mobilidade e o número de vezes que foi utilizada a unidade de saúde familiar ($t= -0,381$; $p=0,703$) e a urgência ($t= 0,553$; $p=0,581$) ressalva-se que as pessoas que têm a mobilidade comprometida recorrem, em média, mais vezes à urgência ($1,90\pm 3,11$) do que à USF ($1,48\pm 2,45$).

Quem apresenta alterações na mobilidade apresenta, em média, internamentos mais prolongados ($t=3,198$; $p=0,002$) sugerindo que a imobilidade pode resultar de situações pós-internamento. A tabela infra permite facilitar a compreensão do supracitado ao esquematizar os resultados obtidos pela aplicação do teste *t student*.

Tabela 24- Relação entre a mobilidade e variáveis dos domínios: sistema tegumentar, *status* nutricional e utilização dos recursos de saúde

		Número de úlceras de pressão		
Mobilidade	N	Média \pm Desvio Padrão	Teste <i>t student</i>	
Comprometida	229	0,32 \pm 0,86	$t=5,052$	$p<0,001$
Sem alterações	91	0,02 \pm 0,15		
		Risco de úlcera de pressão		
Comprometida	229	14,73 \pm 3,97	$t= -25,022$	$p<0,001$
Sem alterações	91	21,79 \pm 0,10		
		Perímetro da circunferência da perna		
Comprometida	225	28,10 \pm 5,52	$t= -8,642$	$p<0,001$
Sem alterações	90	32,97 \pm 4,06		
		Perímetro braquial		
Comprometida	226	24,83 \pm 5,00	$t= -4,822$	$p<0,001$
Sem alterações	90	27,42 \pm 4,02		
		Número de vezes que utiliza a USF		
Comprometida	224	1,48 \pm 2,45	$t= -0,381$	$p=0,703$
Sem alterações	91	1,59 \pm 2,42		
		Número de vezes que utiliza o serviço de urgência		
Comprometida	224	1,90 \pm 3,11	$t= 0,553$	$p=0,581$
Sem alterações	91	1,70 \pm 2,25		
		Número de dias de internamento		
Comprometida	95	27,24 \pm 28,49	$t= 3,198$	$p=0,002$
Sem alterações	32	16,53 \pm 9,25		

Como expectável, constata-se pelo teste *One-way* ANOVA, que existe relação estatística significativa ($F=5,729$; $p=0,001$) entre a mobilidade e o número de quedas evidenciando-se que, em média, os completamente imobilizados ($0,65\pm 1,18$) caíram menos do que os muito limitados ($1,71\pm 2,12$) e os ligeiramente limitados ($1,78\pm 1,79$)

que, generalizando, caíram menos vezes do que as pessoas sem limitações neste domínio ($1,23 \pm 1,27$).

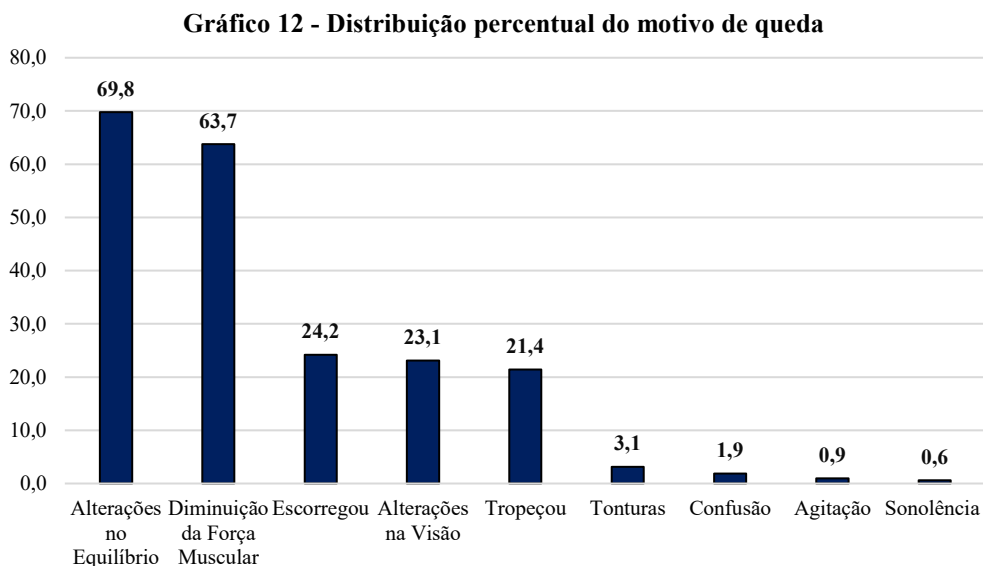
Não existe associação estatística significativa entre a mobilidade e o padrão de sono ($\chi^2=0,320$; $p=0,571$). O mesmo acontece entre a mobilidade e a utilização de fármacos apesar do Qui Quadrado revelar associação estatística significativa entre o compromisso da mobilidade e a toma de antiparkinsonianos ($\chi^2=6,762$; $p=0,009$) e laxantes ($\chi^2=4,173$; $p=0,041$).

O compromisso da mobilidade associa-se, de forma estatisticamente significativa à autoperceção de saúde negativa ($\chi^2=22,396$; $p<0,001$).

6.2.7. Queda

No último ano, mais de metade sofreu pelo menos uma queda acidental (57,1%) registando-se, nas pessoas que caíram, um valor médio de $2,53 \pm 1,59$ quedas/ano (mínimo de 1 e máximo de 10).

A distribuição percentual segundo o principal motivo de queda, apresentada no gráfico 12, destaca a influência dos fatores de risco intrínsecos como as alterações no equilíbrio (69,8%), a diminuição da força muscular (63,7%) e as alterações na visão (23,1%).



Registou-se um total de 461 quedas: 409 no interior do domicílio com destaque, para a casa de banho (43,4%), o quarto (22,9%) e a cozinha (15,6%) e 52 no espaço

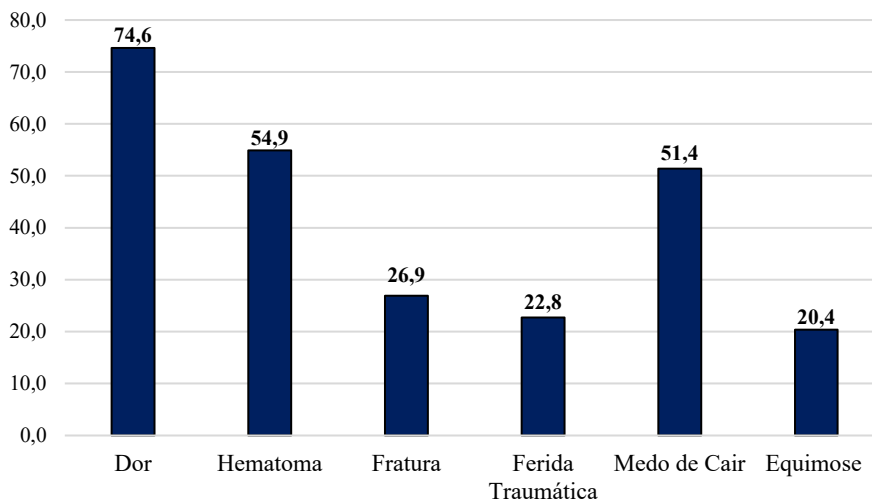
exterior no decurso de atividades como subir/descer o passeio (55,2%) e deambular em pisos irregulares (17,3%).

O teste *t student* revela que, em média, as mulheres ($1,60 \pm 1,87$) caem mais do que os homens ($1,12 \pm 1,39$), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($t = -2,582$; $p = 0,010$). Também em média, e com significado estatístico ($t = -3,152$; $p = 0,002$), as mulheres registam mais quedas no interior do domicílio ($2,45 \pm 1,71$) do que os homens ($1,75 \pm 1,21$). Estes, por sua vez, caem em média mais vezes no exterior, ainda que a diferença ao nível do género não tenha significado estatístico ($t = 1,163$; $p = 0,246$).

O número de quedas não se relaciona com a idade ($R_p = 0,009$; $p = 0,870$). Também não existe relação entre o número de quedas e o local de residência ($F = 1,240$; $p = 0,291$). No entanto, e apesar da ausência de significado estatístico ($F = 1,539$; $p = 0,217$), verifica-se, ao considerar apenas as pessoas que caíram no interior do domicílio, que os que residiam em casas ou andares espaçosos e confortáveis caíram, em média, menos vezes ($1,25 \pm 0,96$), do que os que residiam em casas ou andares modestos, em bom estado de conservação ($1,86 \pm 1,25$) que, por sua vez, também em média, caíram menos vezes do que os que residiam em casas ou andares degradados ($2,31 \pm 1,65$) sugerindo que as condições domiciliárias podem contribuir para determinar a ocorrência do fenómeno.

Foram identificadas diversas consequências associadas à queda: dor (74,6%), hematoma (54,9%), medo de cair (51,4%), fratura (26,9%) ferida traumática (22,8%) e equimose (20,4%), como demonstra o gráfico 13. Quase um terço das pessoas que caiu (31,9%) necessitou recorrer a cuidados de saúde diferenciados.

Gráfico 13 - Distribuição percentual das consequências associadas à queda



O coeficiente de correlação de *Pearson* revela uma relação positiva e estatisticamente significativa entre o número de quedas e o número de doenças (Rp=0,179; p=0,001) e de fármacos (Rp=0,565; p<0,001), demonstrando que à medida que aumenta o número de doenças e de fármacos aumenta o número de quedas. Neste âmbito, o Qui Quadrado permite aprofundar a análise demonstrando associação estatística significativa entre a existência de quedas e o consumo de broncodilatadores ($\chi^2=5,828$; p=0,016); anti-hiperuricêmicos ($\chi^2=4,697$; p=0,030); antiulcerosos ($\chi^2=4,150$; p=0,042); antilipídicos ($\chi^2=10,416$; p=0,001); anti-inflamatórios ($\chi^2=4,886$; p=0,027); analgésicos ($\chi^2=4,626$; p=0,031) e benzodiazepinas ($\chi^2=9,707$; p=0,002). Destaca-se ainda, a existência de correlação positiva com significado estatístico entre o número de quedas e o número de prescritores (Rp=0,164; p=0,003). Simplificando, poder-se-á referir que as pessoas idosas que caem mais, tomam mais fármacos/dia e têm mais prescritores.

Na mesma linha verifica-se associação entre sofrer quedas e ter artrite/reumatismo ($\chi^2=11,203$; p=0,001) como também ocorre com patologias do foro urinário ($\chi^2=6,769$; p=0,009) e manifestar queixas álgicas ($\chi^2=31,344$; p<0,001).

Considerando, somente, as pessoas que caíram, verifica-se que não existe relação entre o número de quedas e o perímetro braquial (Rp=0,004; p=0,953) o que também ocorre com a circunferência da perna (Rp= -0,131; p=0,080) ainda que seja evidente o inverso com o risco de úlcera de pressão (Rp= -0,186; p=0,012) já que à medida que aumenta o número de quedas, nas pessoas com antecedentes de queda, aumenta o risco.

Nas pessoas sem dentes e sem prótese dentária, o número de quedas é, em média, superior às que não têm dentes e utilizam este recurso, sendo a diferença estatisticamente significativa (t=2,126; p=0,034), o que sugere a influência do *status* nutricional no fenómeno – Consultar Tabela 25.

Tabela 25 - Relação entre o número de quedas e a dentição/uso de prótese dentária

		n	Número de quedas		
			Média ± Desvio Padrão	Teste t <i>student</i>	
Com perda da dentição, uso de prótese dentária	Não	91	1,78 ± 2,00	t=2,126	p=0,034
	Sim	184	1,30 ± 1,64		

A fratura por queda associa-se à dependência nas atividades básicas de vida diária, em particular, à dependência em usar o WC ($\chi^2=7,983$; p=0,018), cuidar da higiene pessoal ($\chi^2=4,196$; p=0,041), tomar banho ($\chi^2=5,612$; p=0,018) e vestir/despir ($\chi^2=4,166$; p=0,041), demonstrando a necessidade de apoio ao nível do autocuidado.

Na autoperceção de saúde o teste *One-way* ANOVA revela uma relação positiva e estatisticamente significativa ($F=11,172$; $p<0,001$) que indica que, em média, as pessoas que apresentavam uma autoperceção negativa sofreram mais quedas ($1,94\pm 1,93$) do que os que a classificaram como regular ($0,92\pm 1,10$) ou positiva ($0,70\pm 1,30$).

Identifica-se associação estatística significativa entre cair e apresentar alterações no padrão de sono ($\chi^2=15,550$; $p<0,001$), corroborando a literatura. De facto, em média, quem dorme mal cai mais frequentemente ($1,87\pm 1,84$) do que quem dorme bem ($1,11\pm 1,58$), sendo a diferença estatística significativa ($t=3,899$; $p<0,001$).

Ter quedas associa-se, de forma estatisticamente significativa, a ser internado em contexto hospitalar ($\chi^2=33,731$; $p<0,001$). À medida que aumenta o número de quedas aumenta a utilização do serviço de urgência ($R_p=0,175$; $p=0,002$) e o número de internamentos ($R_p=0,227$; $p<0,001$), bem como, o número de serviços contratualizados ao SAD ($R_p=0,173$; $p=0,002$), o que associado à ausência de relação entre o número de quedas e a utilização da USF ($R_p=0,076$; $p=0,178$) sugere que a procura de cuidados diferenciados e a contratualização de cuidados sociais são as respostas adotadas perante o fenómeno.

6.2.8. Status Nutricional

Diagnosticou-se a ausência de cuidados de higiene oral em 75,5% o que poderá contribuir para explicar a elevada prevalência de pessoas com perda de mais de 20 dentes (85,9%), cáries dentárias (21,6%), dor (5,6%), xerostomia (1,9%) e candidíase oral (1,6%).

Apesar de 85,9% apresentar uma perda de mais de 20 dentes, colocando em causa a funcionalidade da mastigação, menos de metade (39,9%) utilizava prótese dentária. No entanto, para 34,2% este recurso encontrava-se desadaptado o que impõe a seleção e confeção dos alimentos ajustando a sua consistência. Pela análise do domínio Nutrição da Escala de Braden, conclui-se que esta não satisfaz as necessidades da pessoa idosa em 26,0% dos casos sendo classificada como inadequada (24,1%) ou muito pobre (1,9%).

A deglutição estava comprometida em 19,1%, revelando o teste do Qui Quadrado associação com a variável receber visitas domiciliárias de enfermagem ($\chi^2=7,158$; $p=0,007$), particularmente, para o tratamento de feridas ($\chi^2=11,665$; $p<0,001$) e à perda de massa magra braquial ($\chi^2=6,634$; $p<0,001$) e da circunferência da perna ($\chi^2=21,900$; $p<0,001$).

O perímetro braquial médio era 25,56±4,88 centímetros (mínimo de 15 e máximo de 47) enquanto o perímetro médio da circunferência da perna era 29,49±5,59 centímetros (mínimo de 16 e máximo de 47,5). No entanto, 15,5% apresenta um perímetro braquial inferior a 21 centímetros; valor que aumenta para 54,6% quando são considerados valores inferiores a 31 centímetros na circunferência da perna, sugerindo diminuição da massa magra, especialmente, nos membros inferiores.

Distribuindo os achados relativos ao perímetro braquial constata-se que 4,7% encontra-se abaixo do percentil 5% o que indica desnutrição.

Pelo Qui Quadrado existe associação estatística significativa entre a circunferência da perna inferior a 31 centímetros e a toma de laxantes ($\chi^2=5,088$; $p=0,024$), o que poderá relacionar-se com maior compromisso da mobilidade em virtude da influência major da massa muscular ao nível dos membros inferiores nesta dimensão.

Não existe associação entre o perímetro braquial e a presença de alterações no padrão de sono, ocorrendo o mesmo com a variável perímetro da circunferência da perna.

O teste *One-way* ANOVA revela que não existe relação estatística significativa entre o perímetro braquial e a autoperceção de saúde ($F=2,592$; $p=0,077$). O mesmo teste demonstra que as pessoas com uma autoperceção de saúde negativa têm, em média, um perímetro na circunferência da perna inferior (29,89±5,62) às que referem uma autoperceção regular (31,86±4,93) ou positiva (30,55±4,18), sendo a diferença estatisticamente significativa ($F=3,103$; $p=0,047$), como atesta a tabela infra.

Tabela 26- Relação entre o perímetro da circunferência da perna e a autoperceção de saúde

		n	Circunferência da perna		
			Média ± Desvio Padrão	<i>One-way</i> ANOVA	
Autoperceção de Saúde	Negativa	173	29,89±5,62	F=3,103	p=0,047
	Regular	63	31,86±4,93		
	Positiva	20	30,55±4,18		

Pelo coeficiente de correlação de *Pearson*, constata-se que não existe relação estatística significativa entre o perímetro braquial e a utilização dos serviços de saúde e sociais.

No entanto, o mesmo teste revela que à medida que diminui a circunferência da perna, diminui o número de vezes que é utilizada a unidade de saúde familiar ($R_p=0,142$; $p=0,012$), aumentando o número de serviços contratualizados no SAD ($R_p= -0,154$;

$p=0,006$) o que sugere que a perda de massa magra nos membros inferiores influencia a utilização dos recursos de saúde e sociais.

6.2.9. Sistema Tegumentar

Diagnosticou-se alto risco de úlcera de pressão em 43,1% o que é explicado pela tabela 27 que revela que mais de metade das pessoas apresenta algum nível de comprometimento nos domínios: percepção sensorial (55,9%), atividade (72,2%) e mobilidade (71,6%). A humidade (50,4%) seguida das forças de fricção e cisalhamento (45,9%) e da nutrição (26,0%) são os problemas menos prevalentes.

O score médio na Escala de Braden foi de $16,74 \pm 4,66$ (mínimo de 5 e máximo de 23), atestando a eleva prevalência do fenómeno.

Tabela 27 – Distribuição percentual e numérica das pontuações parciais da Escala de Braden

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Percepção sensorial	Completamente limitada	29	9,1
	Muito limitada	67	20,9
	Ligeiramente limitada	83	25,9
	Nenhuma limitação	141	44,1
Humidade	Pele constantemente húmida	22	6,9
	Pele muito húmida	36	11,3
	Pelo ocasionalmente húmida	103	32,2
	Pele raramente húmida	159	49,6
Atividade	Acamado	72	22,5
	Sentado	68	21,3
	Anda ocasionalmente	91	28,4
	Anda frequentemente	89	27,8
Mobilidade	Imobilizado	46	14,4
	Independente na cadeira de rodas	97	30,3
	Anda com ajuda de uma pessoa	86	26,9
	Independente (mas pode usar qualquer auxiliar de marcha)	91	28,4
Nutrição	Muito pobre	6	1,9
	Provavelmente inadequada	77	24,1
	Adequada	208	65,2
	Excelente	28	8,8
Forças de fricção e cisalhamento	Problema	71	22,2
	Problema potencial	76	23,7
	Nenhum problema	173	54,1

O teste *t student* demonstra com significado estatístico ($t= -8,935$; $p<0,001$) que, em média, as pessoas com deglutição comprometida têm maior risco de desenvolver

úlceras de pressão ($12,44 \pm 4,35$) do que as que não têm alterações neste domínio ($17,75 \pm 4,13$). As pessoas sem dentes e sem prótese dentária também apresentam, em média, maior risco de desenvolver úlceras de pressão ($15,82 \pm 4,89$), comparativamente às que utilizam este recurso ($18,02 \pm 4,04$) sendo a diferença estatisticamente significativa ($t=3,969$; $p<0,001$) e sugerindo a conhecida relação entre o *status* nutricional e o sistema tegumentar. Achado que vai de encontro ao facto da diminuição do perímetro da circunferência da perna ($R_p = -0,329$; $p<0,001$) e do perímetro braquial ($R_p = -0,287$ $p<0,001$) acompanhar o aumento do número de úlceras de pressão.

No regime medicamentoso, não foi identificada relação estatística significativa entre o risco de úlcera de pressão e o número de fármacos ingerido diariamente ($R_p=0,001$; $p=0,993$). No entanto o Qui Quadrado revela uma associação estatística significativa entre o alto risco de desenvolver úlceras de pressão e a toma de estimulantes cognitivos ($\chi^2=11,149$; $p=0,001$), antiparkinsonianos ($\chi^2=13,349$; $p<0,001$) e antipsicóticos ($\chi^2=13,613$; $p<0,001$).

O *One-way* ANOVA revela, também com significado estatístico ($F=15,527$; $p<0,001$) que nas pessoas idosas com autoperceção de saúde negativa o risco de úlcera de pressão é superior ($17,35 \pm 3,78$) comparativamente aos que relatam uma autoperceção regular ($20,00 \pm 3,05$) ou positiva ($19,90 \pm 2,73$).

Como demonstra a tabela 28, verifica-se que as pessoas que receberam visitas domiciliárias de enfermagem, apresentavam, em média, maior risco de desenvolver úlceras de pressão. Testemunha-se, ainda, associação estatística significativa entre receber visita domiciliária de enfermagem e apresentar feridas ($\chi^2=45,209$; $p<0,001$).

Tabela 28 – Relação entre o risco de úlcera de pressão e receber visita domiciliária de enfermagem

		n	Risco de úlcera de pressão		
			Média \pm Desvio Padrão	Teste t <i>student</i>	
Visita domiciliária de enfermagem	Sim	125	14,56 \pm 4,98	t= -6,817	p <0,001
	Não	195	18,13 \pm 3,85		

Nos que apresentavam feridas (20,3%), prevaleciam as úlceras de pressão (11,8%), seguidas das úlceras varicosas (3,4%), da maceração (2,8%), das feridas traumáticas (2,2%), malignas (1,3%) e úlceras de pé diabético (0,9%). No caso da úlcera de pressão, 6,5% apresentava mais do que uma, como demonstra a tabela 29.

Tabela 29 – Distribuição percentual e numérica segundo o número de úlceras de pressão

		Frequência (N)	Percentagem (%)
Número de úlceras de pressão	0	282	88,1
	1	17	5,3
	2	10	3,1
	3	7	2,2
	4	3	0,9
	5	1	0,3

Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ao nível do risco de úlcera de pressão entre quem dorme bem e quem dorme mal ($t=1,608$; $p=0,109$), sugerindo que o padrão de sono não determina o risco de desenvolver feridas desta tipologia.

O coeficiente de correlação de *Pearson* revela que à medida que aumenta o risco de úlcera de pressão aumenta o número de serviços contratualizados ao apoio domiciliário ($R_p = -0,300$; $p < 0,001$). Contrariamente ao que era desejável, verifica-se que à medida que aumenta o risco de desenvolver úlcera de pressão diminui a utilização da unidade de saúde familiar ($R_p = 0,169$; $p = 0,003$), o que aliado aos motivos, percecionados pelas pessoas, que justificam a realização da visita domiciliária de enfermagem (em nenhuma situação foi percecionada a intervenção face ao risco), parece ficar a descoberto maior dificuldade em implementar cuidados preventivos de continuidade.

Tabela 30 – Relação entre o risco de desenvolver úlcera de pressão e a utilização de recursos

		Número de vezes que recorre à USF	Número de serviços contratualizados ao SAD
Risco de desenvolver úlcera de pressão	Pearson Correlation	0,169	-0,300
	Sig. (2-tailed)	$p=0,003$	$p < 0,001$
	n	315	315

Ter úlcera de pressão associa-se a receber visita domiciliária de enfermagem ($\chi^2=50,967$; $p < 0,001$) e ser internado ($\chi^2=4,006$; $p=0,045$), o que poderá sugerir que no decurso dos cuidados de enfermagem os enfermeiros detetam situações que carecem de assistência hospitalar encaminhando os utentes.

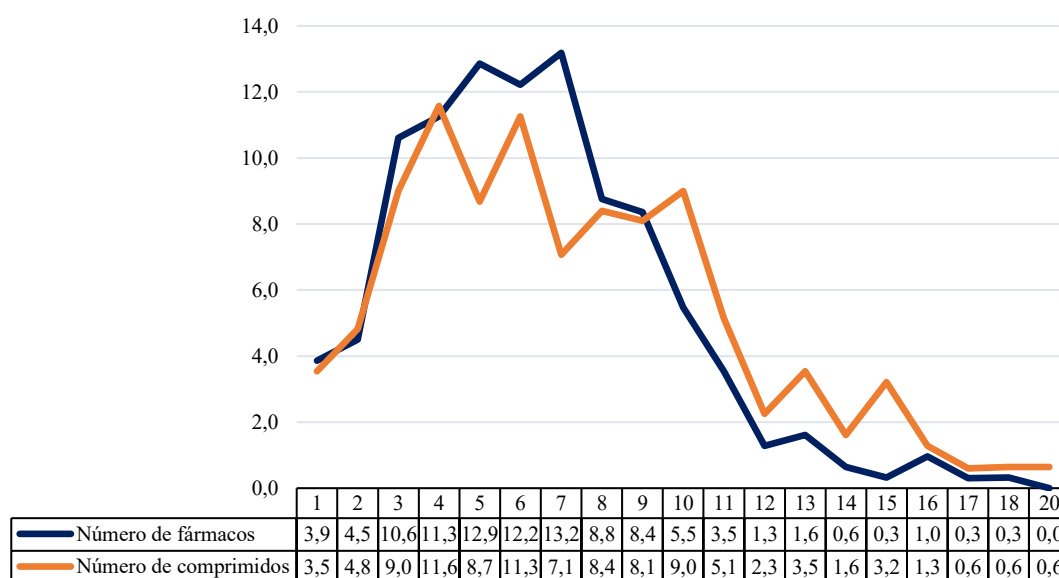
6.2.10. Regime Medicamentoso

A prescrição medicamentosa é uma realidade para 99,4% das pessoas que tomam, em média, $6,38 \pm 3,20$ fármacos/dia (mínimo de 1 e máximo de 18) e $7,27 \pm 3,92$ comprimidos/dia (mínimo de 1 e máximo de 20).

Mais de dois terços toma 5 ou mais fármacos/dia (69,5%), valor que decresce para 14,9% se considerarmos a toma de mais de 10 fármacos/dia, sugerindo uma percentagem elevada de pessoas polimedicadas.

No gráfico 14, que apresenta a distribuição percentual do número de fármacos e comprimidos/dia constata-se, até aos 9 fármacos, que este valor excede o número de comprimidos o que poderá ser explicado pelo uso das vias inalatória (7,7%)/subcutânea (6,7%), bem como, pela percentagem de pessoas com terapêutica em SOS (38,1%).

Gráfico 14 - Distribuição percentual do número de fármacos/dia e comprimidos/dia (n=311)



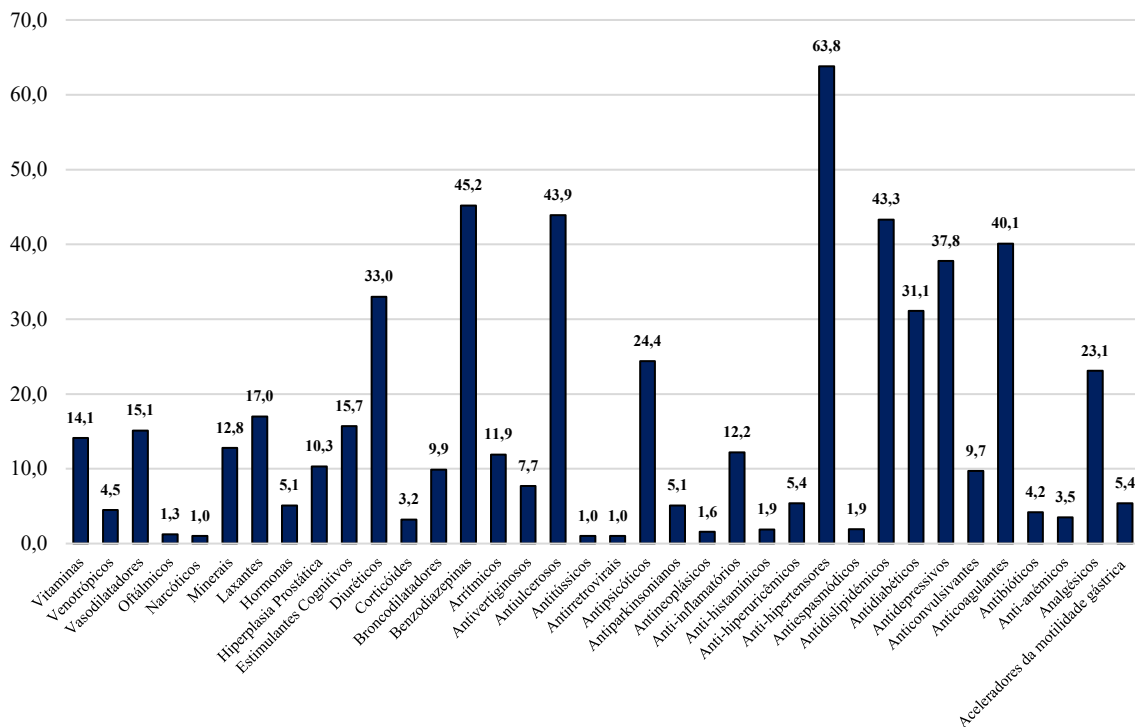
A gestão do regime medicamentoso encontrava-se ao cuidado dos familiares em 58,5% das situações. O SAD assumia este cuidado em 12,6% das situações devido à incapacidade do próprio associada à ausência de familiares/cuidadores informais.

Apenas 34,3% das pessoas idosas executava autonomamente esta tarefa. O teste *t student* permite constatar que as pessoas que não geriam o seu regime medicamentoso eram, em média, mais idosas ($t= -3,462$; $p=0,001$) e integravam classes sociais mais baixas ($t= -3,256$; $p=0,001$) apresentando menor *performance* cognitiva ($t=9,217$; $p<0,001$), maior dependência nas atividades básicas ($t=15,880$; $p<0,001$) e instrumentais

de vida diária ($t = -14,883$; $p < 0,001$) e menor comprometimento na acuidade visual ao perto ($t = -3,411$; $p = 0,001$), possivelmente por correção.

Como comprova o gráfico 15, as categorias farmacológicas mais prevalentes eram os antihipertensores (63,8%), as benzodiazepinas (45,2%), os antiulcerosos (43,9%), os antidiabéticos (43,3%), os anticoagulantes (40,1%), os antidepressivos (37,8%), os diuréticos (33,0%), os antidiabéticos (31,1%), os antipsicóticos (24,4%) e os analgésicos (23,1%). Destacando-se a prescrição de categorias farmacológicas dirigidas, sobretudo, aos sistemas cardiovascular, nervoso, digestivo e endócrino.

Gráfico 15 – Distribuição percentual das categorias farmacológicas prescritas



O número de prescritores era, em média, $1,52 \pm 0,72$ (mínimo de 1 e máximo de 5) enumerando, mais frequentemente, o médico de família (89,3%), o médico do centro hospitalar da área geográfica de referência (39,6%), o psiquiatra (8,2%), o médico privado (7,9%) e o especialista da área de medicina interna (4,7%). Apenas quatro pessoas (1,3%) referiram o farmacêutico como prescritor.

Mais de metade identifica apenas um prescritor (58,8%) enquanto 32,4% identificaram dois; 6,9% três; 1,6% quatro e 0,3% cinco. À medida que aumenta o número de prescritores aumenta o número de fármacos ($R_p = 0,431$; $p < 0,001$) e comprimidos ($R_p = 0,376$; $p < 0,001$) ingeridos diariamente.

O teste *One-way* ANOVA revela que as pessoas que apresentavam uma autoperceção de saúde negativa ingeriam, em média, mais fármacos ($7,29 \pm 3,31$) comparativamente com as que a classificavam como regular ($5,06 \pm 2,41$) ou positiva ($6,17 \pm 3,26$), sendo a diferença estatisticamente significativa, como comprova a tabela 31.

Tabela 31- Relação entre o número de fármacos ingeridos/dia e a autoperceção de saúde

		n	Número de fármacos/dia	
			Média ± Desvio Padrão	<i>One-way</i> ANOVA
Autoperceção de Saúde	Negativa	170	$7,29 \pm 3,31$	F=11,916 p<0,001
	Regular	62	$5,06 \pm 2,41$	
	Positiva	18	$6,17 \pm 3,26$	

Mais de metade não conhecia a indicação dos fármacos (69,7%) o que se associa a ter défice cognitivo ($\chi^2=35,321$; $p<0,001$). Em média, as pessoas idosas que não conheciam esta indicação frequentaram a escola durante menos anos ($2,69 \pm 1,76$) do que os restantes ($3,51 \pm 1,59$), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t=3,928$; $p<0,001$) e sugerindo a influência da literacia no conhecimento sobre o regime medicamentoso.

Numa relação estatística significativa ($t= 4,351$; $p<0,001$), o teste *t student* revela que as pessoas com alterações no padrão de sono ingeriam em média um número de fármacos superior ($7,19 \pm 3,26$) às que não referiram estas queixas ($5,63 \pm 2,99$). Apresentar alterações neste padrão associa-se, particularmente, à toma de benzodiazepinas ($\chi^2=13,401$; $p=0,001$) e analgésicos ($\chi^2=3,917$; $p=0,048$).

Não foi identificada relação estatística significativa entre o número de fármacos e o número de serviços contratualizados ao apoio domiciliário ($R_p=0,092$; $p=0,106$).

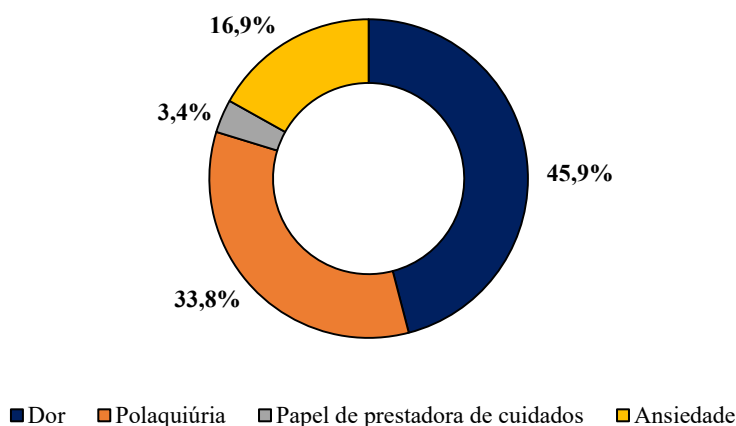
No que respeita aos recursos de saúde, o coeficiente de correlação de *Pearson* demonstra que à medida que aumenta o número de fármacos aumenta a frequência de utilização do serviço de urgência ($R_p=0,278$; $p<0,001$) e o número de internamentos ($R_p=0,138$; $p=0,001$). De facto, em média, e com significado estatístico ($t=4,384$; $p<0,001$), as pessoas que foram internadas em contexto hospitalar ingeriam mais fármacos ($7,35 \pm 3,50$) do que quem não foi ($5,71 \pm 2,80$), sugerindo o aumento dos custos em saúde no grupo mais medicado farmacologicamente.

Não existe relação entre o número de fármacos e o número de consultas na unidade de saúde familiar ($R_p=0,072$; $p=0,211$), o que associado ao facto da maioria ter o médico de família como prescriptor sugere o conceito de terapêutica dirigida à doença crónica.

6.2.11. Padrão de sono

A existência de alterações no padrão de sono foi relatada por 45,9% das pessoas sendo mais frequente a insónia (55,4%), o despertar frequente durante a noite (35,8%) e, ainda que menos prevalente, a sonolência diurna (8,8%) que ocorrem, sobretudo, devido à dor (45,9%) e polaquiúria (33,8%) como clarifica o gráfico 16.

Gráfico 16 – Distribuição percentual da causa de comprometimento do sono (n=158)



De facto, e corroborando estes achados, dormir mal associa-se a apresentar artrite/reumatismo ($\chi^2=5,477$; $p=0,019$), incontinência urinária ($\chi^2=11,073$; $p=0,001$) e manifestar queixas algicas ($\chi^2=20,329$; $p<0,001$), achado que muito particularmente poderá contribuir para explicar a associação entre dormir mal e utilizar o serviço de urgência ($\chi^2=4,284$; $p=0,038$).

Entre apresentar alterações no padrão de sono e o género não existe associação estatística significativa ($\chi^2=0,001$; $p=0,971$). Ao nível da idade, evidencia-se que, em média, quem dorme mal é mais jovem ($82,60\pm 7,98$) do que quem dorme bem ($83,08\pm 8,79$), apesar da ausência de significado estatístico ($t=-0,495$; $p=0,621$), possivelmente por influência da dor.

O Qui Quadrado revela que a autoperceção de saúde negativa se associa de forma estatisticamente significativa à presença de alterações no padrão de sono ($\chi^2=11,890$; $p=0,003$), sugerindo que a qualidade do sono contribui para determinar a perceção de saúde.

Como demonstra a tabela 32, quem dorme mal refere, em média, um número de prescritores superior ($1,67\pm 0,84$) do que quem dorme bem ($1,39\pm 0,59$), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t=3,378$; $p=0,001$). Consequentemente quem dorme bem

também consome mais fármacos/dia ($t=4,351$; $p<0,001$), sugerindo o aumento da utilização dos recursos de saúde.

Tabela 32 – Relação entre a existência de alterações no padrão de sono e o número de prescritores e fármacos consumidos diariamente

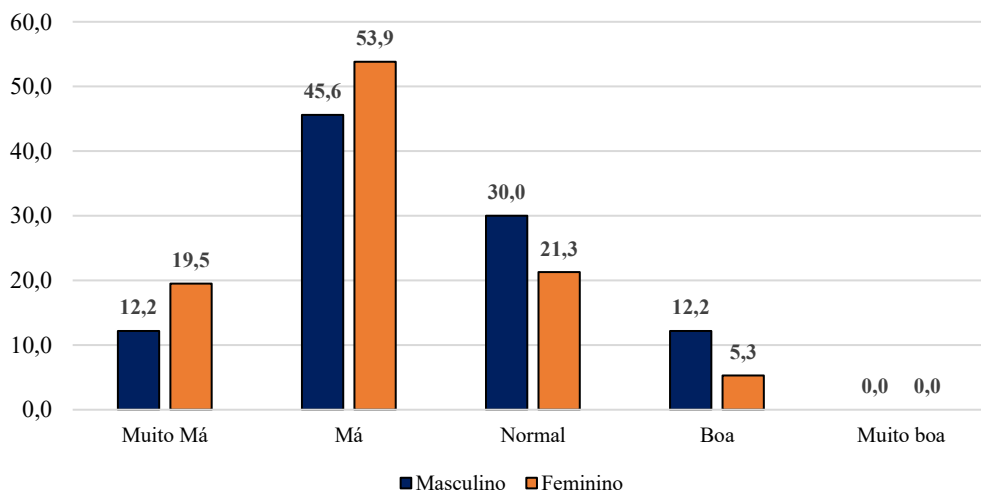
		n	Número de Prescritores		
			Média ± Desvio Padrão	Teste t student	
Alterações no padrão de sono	Dorme mal	144	1,67±0,84	t= 3,378	p =0,001
	Dorme bem	168	1,39±0,59		
			Número de fármacos		
Alterações no padrão de sono	Dorme mal	142	7,19±3,26	t= 4,351	p <0,001
	Dorme bem	163	5,63±2,99		

Retratando o supracitado observa-se que dormir mal associa-se à prescrição de fármacos pelo médico de medicina interna ($\chi^2=4,684$; $p=0,030$) e médico do centro hospitalar ($\chi^2=6,867$; $p=0,009$). Este dado aliado à ausência de associação estatística significativa entre apresentar alterações no padrão de sono e recorrer à USF ($\chi^2=2,824$; $p=0,093$), sugere que as pessoas que dormem mal não recorrem ao médico de família para solucionar o problema.

6.2.12. Perceção de saúde

No género masculino (57,8%) e feminino (73,4%) a perceção de saúde era, na sua maioria, negativa (muito má ou má), como demonstra o gráfico 17. No entanto, e aprofundando pelo Qui Quadrado, constata-se a associação estatisticamente significativa ($\chi^2=7,546$; $p=0,023$) entre o género masculino e a autoperceção de saúde positiva.

Gráfico 17 – Distribuição percentual da perceção de saúde, por género (n=259)



Entre a percepção de saúde e a idade não foi identificada relação estatística significativa ($F=1,716$; $p=0,182$), ainda que as pessoas que a classificam como negativa sejam, em média, mais idosas ($82,85\pm 8,08$) do que as que a consideram regular ($81,22\pm 9,30$) ou positiva ($79,85\pm 8,65$).

Na classe social o cenário é semelhante ($F=0,881$; $p=0,415$), sugerindo, apesar da ausência de significado estatístico, que os que referem uma autopercepção de saúde negativa, integram, em média classes sociais inferiores.

Comparando a percepção de saúde nos 5 anos transatos, constata-se que a maioria (87,2%) descreve uma evolução negativa. Apenas 3,5% relatou uma mudança positiva o que poderá ser explicado pela redução de défices associados à doença aguda, em particular ao acidente vascular cerebral, ou a eventos críticos como cirurgias. Para 9,3% a percepção de saúde manteve-se inalterada – Gráfico 18. Apesar de, na generalidade, as pessoas descreverem uma percepção de saúde negativa, acrescentando que esta tem vindo a piorar nos últimos 5 anos, 34,4% refere não necessitar de mais cuidados de saúde inferindo-se, por um lado, acerca da consciencialização dificultadora dos próprios e, por outro, acerca da ausência de expectativas face à ação profissional junto de processos de vida inerentes ao envelhecimento e à pluripatologia crónica – Gráfico 19.

Gráfico 18 – Distribuição percentual da percepção de saúde em comparação com há 5 anos (n=259)

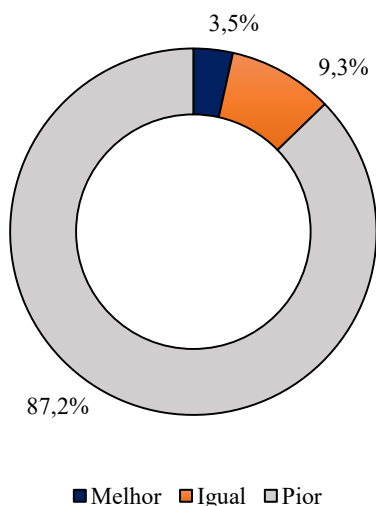
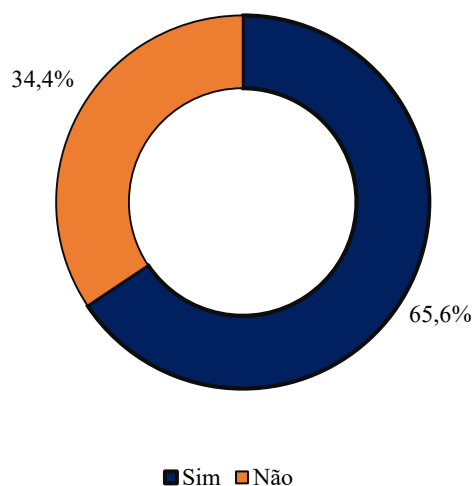


Gráfico 19 – Distribuição percentual da percepção da necessidade de cuidados de saúde (n=259)



Ter prestador de cuidados informal associa-se à autopercepção de saúde negativa ($\chi^2=6,103$; $p=0,047$), o que seria expectável ao recordarmos que quem tem este recurso

apresenta, em média, menor desempenho cognitivo ($t=4,382$; $p<0,001$) e maior dependência nas atividades básicas ($t=9,072$; $p<0,001$) e instrumentais de vida diária ($t=-8,672$; $p<0,001$).

Observa-se que não existe relação estatística significativa entre a percepção de saúde e o número de serviços contratualizados ao apoio domiciliário ($F=2,811$, $p=0,062$), tal como acontece com o número de vezes que é utilizada a unidade de saúde familiar ($F=1,556$; $p=0,213$). No entanto, em média, as pessoas que apresentam uma percepção negativa recorrem mais vezes à urgência ($2,21\pm 3,52$) do que as que têm uma percepção regular ($1,49\pm 2,04$) ou positiva ($0,75\pm 0,91$), o que apesar da ausência de diferença estatisticamente significativa ($F=2,791$; $p=0,063$), pode sugerir que para as pessoas com uma autopercepção de saúde negativa a USF não é considerada opção de resposta.

6.2.13. Utilização de recursos

Constituindo, neste estudo, a contratualização de serviços sociais no domicílio critério de inclusão naturalmente que estava patente em todos os participantes. Em média, foram contratualizados $2,67\pm 1,69$ serviços (mínimo de 1 e máximo de 8) sendo o banho (75,9%), a confeção e transporte da refeição (63,1%) e a lavandaria (40,0%) as atividades básicas e instrumentais de vida diária mais contratualizadas.

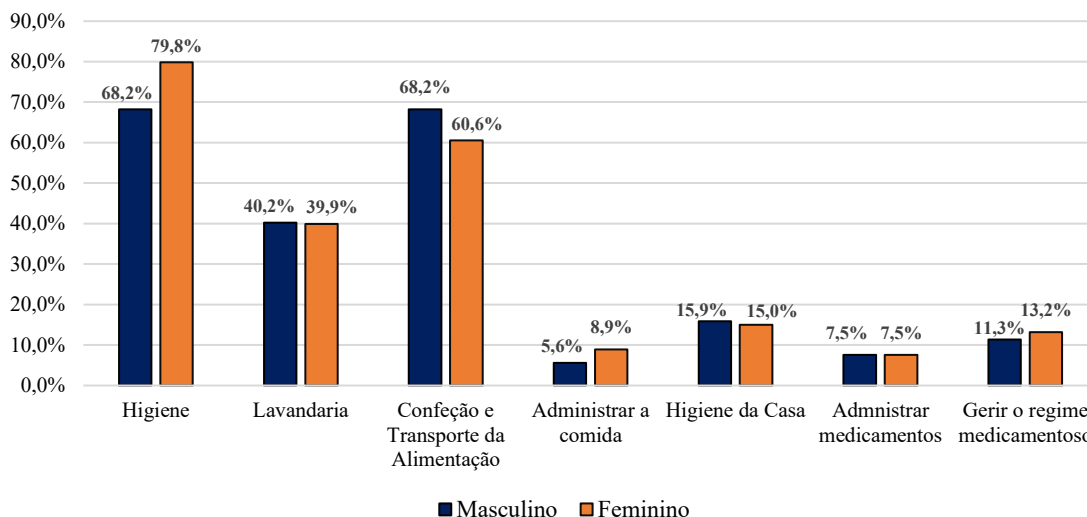
Noutro extremo, como atividades menos solicitadas, encontrava-se a administração de medicamentos (7,5%), a administração da refeição (7,8%) e a gestão do regime medicamentoso (12,6%), incluindo ações relacionadas com a terapêutica para as quais o SAD não foi constituído nem preparado.

O número de serviços contratualizados ao SAD não se correlaciona com a idade ($R_p=0,069$; $p=0,219$), o número de doenças ($R_p=0,058$; $p=0,303$), o número de meses de dependência no autocuidado ($R_p=0,000$; $p=0,997$) nem com o número de internamentos ($R_p=0,094$; $p=0,092$). No entanto, a mesma variável, correlaciona-se, com significado estatístico, com o desempenho cognitivo ($R_p=-0,175$; $p=0,003$) e a dependência nas atividades básicas ($R_p=-0,223$; $p<0,001$) e instrumentais de vida diária ($R_p=0,224$; $p<0,001$) indicando que à medida que diminui o desempenho cognitivo e aumenta a dependência, aumenta o número de serviços contratualizados ao SAD.

O teste *t student* revela que, em média, as mulheres ($2,73\pm 1,73$) contratualizavam mais serviços do que os homens ($2,53\pm 1,60$) apesar da ausência de significado estatístico ($t=-0,999$; $p=0,318$). Somente nos serviços lavandaria, confeção/transporte da refeição e

higiene habitacional a percentagem de homens é superior, como revela o gráfico 20, o que poderá justificar-se pelos achados relativos à dependência nas ABVD e AIVD em associação ao papel de género.

Gráfico 20 – Distribuição percentual dos serviços contratualizados ao SAD, por género (n=320)



No último ano, a média de utilização do serviço de urgência foi $1,84 \pm 2,88$ (mínimo de 0, máximo de 30 e mediana 1,00) perfazendo 581 episódios de urgência o que excede, em média, a utilização da unidade de saúde familiar que registou um valor de $1,51 \pm 2,44$ utilizações (mínimo de 0 e máximo de 20), ainda que a mediana seja a mesma (1,00).

Entre o género e utilizar o serviço de urgência não existe associação estatística significativa ($\chi^2=0,453$; $p=0,501$).

À medida que aumenta a intensidade da dor ($R_p=0,198$; $p=0,010$), o número de doenças ($R_p=0,344$; $p<0,001$), o número de fármacos prescritos ($R_p=0,278$; $p<0,001$), o número de prescritores ($R_p=0,172$; $p=0,002$) e o número de quedas ($R_p=0,175$; $p=0,002$) aumenta a utilização do serviço de urgência.

Não foi identificada relação estatística significativa entre o número de vezes que é utilizado o serviço de urgência e a idade ($R_p= -0,064$; $p=0,260$), a classe social ($R_p= 0,006$; $p=0,918$), o número de feridas ($R_p= -0,022$; $p=0,695$), a *performance* cognitiva ($R_p= -0,017$; $p=0,783$), a dependência nas atividades básicas de vida diárias ($R_p= -0,025$; $p=0,653$) e a dependência nas atividades instrumentais de vida diária ($R_p= 0,084$; $p=0,135$).

A intensidade da dor, a pluripatologia, a polimedicação e a queda parecem assumir um papel preponderante na utilização do serviço de urgência. No entanto, os dados levam

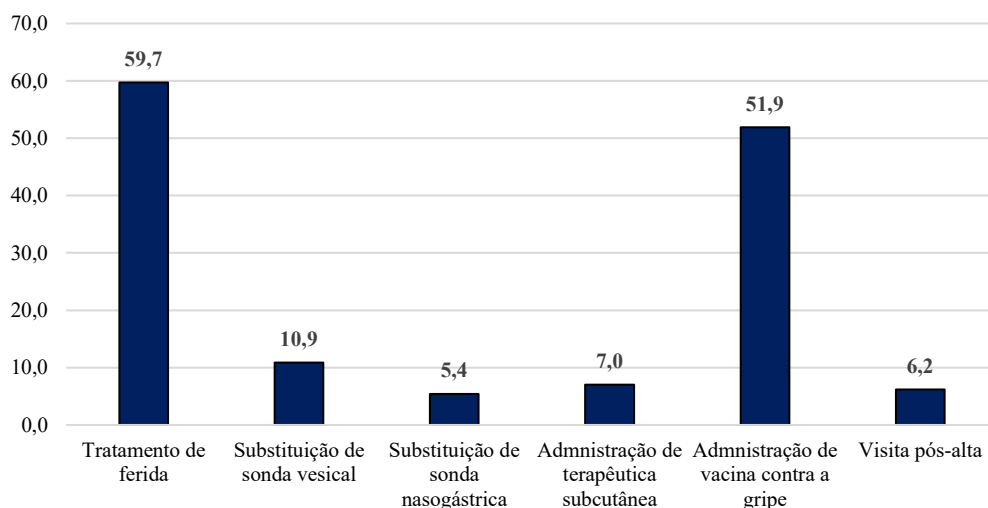
a inferir acerca da possível desadequação das respostas de saúde utilizadas já que as pessoas idosas com maior número de doenças que tomam mais fármacos tendem a recorrer, mais vezes, a respostas de saúde descontinuadas e esporádicas, como a urgência, dificultando a continuidade dos cuidados.

Na utilização da unidade de saúde familiar, o coeficiente de correlação de *Pearson* revela que a mesma diminui à medida que aumenta a idade ($R_p = -0,142$; $p = 0,011$) e que diminui o perímetro da circunferência da perna ($R_p = 0,142$; $P = 0,012$) o desempenho cognitivo ($R_p = 0,229$; $p < 0,001$) e a dependência nas AIVD ($R_p = -0,303$; $p < 0,001$) e ABVD ($R_p = 0,226$; $p = 0,001$), registando uma relação contrária ao desejável que sugere que as pessoas mais idosas, mais dependentes e com menor *performance* cognitiva encontram-se mais afastadas dos cuidados de saúde primários.

Mais de um quarto (39,1%) declara ter recebido pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem, mas a grande maioria (79,6%) não conhece o seu enfermeiro de família. No recurso médico de família o cenário inverte-se, pois, a maioria conhece este profissional (97,1%), ainda que mais de metade não tenha recebido nenhuma visita domiciliária (56,6%).

Como revela o gráfico 21, o tratamento de feridas (59,7%) e a administração da vacina contra a gripe (51,9%) justificam a grande maioria das visitas domiciliárias de enfermagem; somente 6,2 % recebeu visita domiciliária após alta hospitalar.

Gráfico 21 – Distribuição percentual do motivo da visita domiciliária de enfermagem



Nas consultas médicas ao domicílio, a vigilância de situações de saúde crónicas (46,8%) e a avaliação de patologias agudas (67,7%) são os motivos mais referenciados.

O Qui Quadrado demonstra associação entre receber visita domiciliária de enfermagem e apresentar feridas ($\chi^2=45,209$; $p<0,001$), comprometimento da deglutição ($\chi^2=7,158$; $p=0,007$), alto risco de desenvolver úlcera de pressão ($\chi^2=26,127$; $p<0,001$), dependência nas ABVD ($\chi^2=22,300$; $p<0,001$) e perda de massa magra na circunferência da perna ($\chi^2=12,547$; $p<0,001$), ainda que a análise do motivo da visita, representado no gráfico 21, leve a crer que sejam resultados consequentes à maior prevalência destes fenómenos nas pessoas com úlceras de pressão.

Não existe associação entre a performance cognitiva e receber visita domiciliária de enfermagem ($\chi^2=3,146$; $p=0,076$).

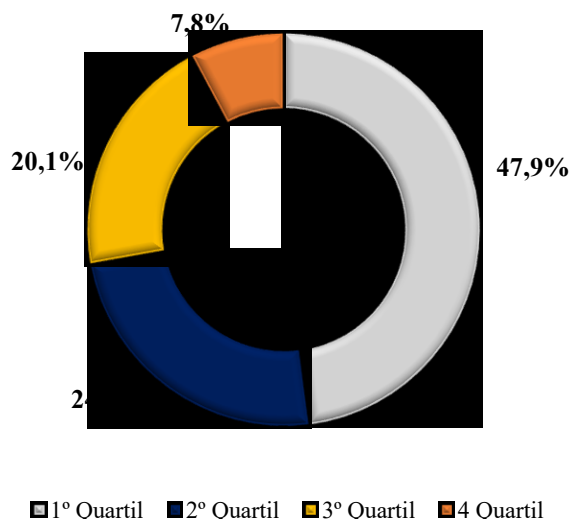
6.3. Vulnerabilidade das pessoas idosas com apoio domiciliário

Finalizada a abordagem das partes (determinantes comunitários e individuais) progride-se para a análise do todo, a vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio no domicílio que, à luz do modelo proposto, é resultado do somatório da vulnerabilidade comunitária com a vulnerabilidade individual.

O cálculo da vulnerabilidade comunitária, operacionalizado pelo somatório dos domínios: políticas de saúde e sociais no envelhecimento; contexto social e económico e características demográficas registou um score médio de $5,51\pm 1,47$ (mínimo de 1 e máximo de 8) com mediana 6.

A distribuição por quartil, retratada no gráfico 22, reflete que 7,8% das pessoas encontram-se no quarto quartil, representativo dos mais vulneráveis.

Gráfico 22 – Distribuição percentual do score da vulnerabilidade comunitária, por quartil (n=309)



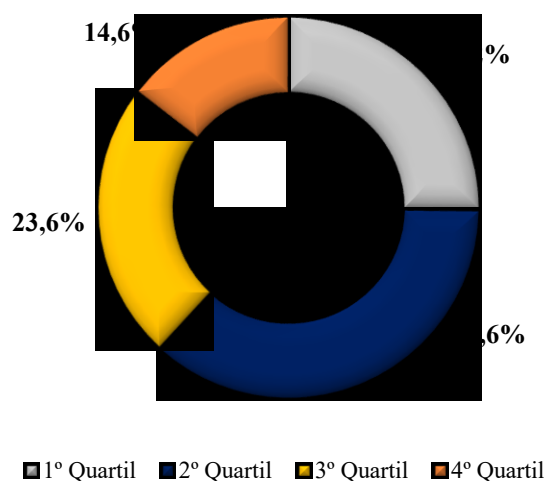
À luz do modelo proposto (aprofundado no anexo III) as pessoas mais vulneráveis são mulheres, com idade superior a 83 anos, reduzida escolaridade, que não têm prestador de cuidados informal, que percecionam o rendimento mensal como insuficiente para responder às suas necessidades e que usufruem de mais de três serviços junto do SAD, em virtude da presença de fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem que predispõem a maior vulnerabilidade individual.

Para quantificar a vulnerabilidade individual, e seguindo o mesmo raciocínio, optou-se pelo somatório das dimensões que, tendo por base o modelo norteador, a compõem: cognição; estado de consciência; morbilidade, perceção sensorial; capacidade funcional; mobilidade; queda acidental; *status* nutricional, sistema tegumentar; regime medicamentoso, padrão de sono, autoperceção de saúde e utilização de recursos de saúde e sociais.

Aplicada a sintaxe registou-se um score médio de $9,45 \pm 2,85$ (mínimo de 3 e máximo de 16) com mediana 10.

O gráfico 23, relativo à distribuição por quartil demonstra que 14,6% encontram-se no quarto quartil, representativo dos mais vulneráveis deixando antever, à luz do modelo de análise proposto, que a vulnerabilidade das pessoas idosas com apoio social no domicílio resulta, também, de fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Gráfico 23 – Distribuição percentual do score da vulnerabilidade individual, por quartil (n=254)



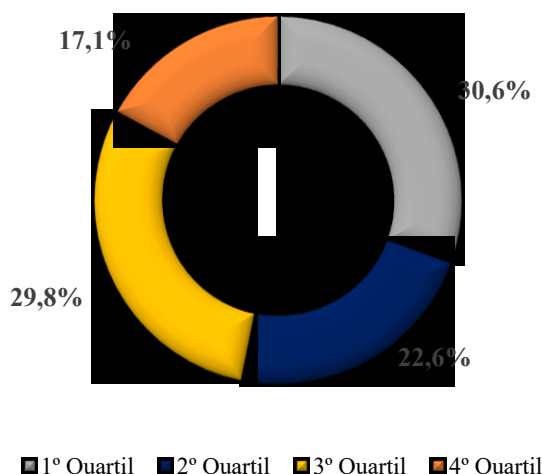
Na análise do 4º Quartil é evidente a prevalência de pessoas com compromisso da mobilidade, dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, défice cognitivo, dor, autoperceção de saúde negativa, polimedicadas, afastadas dos cuidados de saúde primários, mas que recorrem ao serviço de urgência e estiveram internadas no último ano, retratando o aumento dos custos em saúde, particularmente, neste grupo.

O coeficiente de correlação de *Pearson* revela que a vulnerabilidade comunitária e a vulnerabilidade individual se relacionam entre si, de forma positiva e estatisticamente significativa ($R_p=0,364$; $p<0,001$) testemunhando que à medida que aumenta o score de uma aumenta o score de outra.

O resultado do somatório da vulnerabilidade comunitária com a vulnerabilidade individual, entendido no estudo como a vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no domicílio registou um score médio de $11,23 \pm 3,29$ pontos (mínimo de 4 e máximo de 19), com mediana de 11.

A distribuição das pessoas idosas com apoio social no domicílio segundo o score de vulnerabilidade por quartil, apresentada no gráfico 24, indica que 17,1% integra o quarto quartil, representativo das pessoas muito vulneráveis.

Gráfico 24 – Distribuição percentual do score da vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no domicílio, por quartil (n=252)



Da análise, evidencia-se que à medida que aumenta o número de feridas ($R_p=0,366$; $p<0,001$), o risco de desenvolver úlceras de pressão ($R_p= -0,500$; $p<0,001$), o número de quedas ($R_p=0,481$; $p<0,001$), o número de fármacos ingeridos diariamente ($R_p=0,444$; $p<0,001$) e a dependência nas atividades básicas ($R_p= -0,470$; $p<0,001$) e instrumentais

de vida diária ($R_p=0,492$; $p<0,001$) aumenta a vulnerabilidade. Mantendo significado estatístico, constata-se que à medida que diminui o desempenho cognitivo ($R_p= -0,353$; $p<0,001$), a circunferência da perna ($R_p= -0,365$; $p<0,001$), o perímetro braquial ($R_p= -0,277$; $p<0,001$) e a mobilidade também aumenta a vulnerabilidade ($Rho= -0,449$; $p<0,001$). No entanto, e contrariamente ao desejável, o aumento da vulnerabilidade acompanha o aumento do número de serviços contratualizados ao SAD ($R_p=0,347$; $p<0,001$), o aumento da utilização do serviço de urgência ($R_p=0,281$; $p<0,001$) e do número de internamentos ($R_p=0,316$; $p<0,001$), pese embora, não exista relação estatisticamente significativa entre a vulnerabilidade e a utilização da unidade de saúde familiar ($R_p=0,036$; $p=0,565$) deixando antever que o fenómeno não condiciona a utilização deste recurso.

Capítulo 7- Discussão

Na tentativa de enquadrar o capítulo, recorda-se primeiramente, que alicerçados na bibliografia definiu-se a vulnerabilidade como estado de abertura dinâmica que permite às pessoas responderem às barreiras experienciadas através dos recursos internos e externos de forma positiva (resiliente/adaptativa) ou negativa (percursora de maior vulnerabilidade) ao longo do *continuum* saúde/doença (93) (100).

Na pessoa idosa, a vulnerabilidade, que resulta do somatório dos determinantes comunitários com os determinantes individuais, remete para um estado de maior suscetibilidade ao dano enquanto juízo pessoal acerca do autocontrolo que o próprio exerce sobre a sua vida (89) (91) (92) (93).

Conscientes do supracitado, partiu-se para este estudo, com o intuito de conhecer a prevalência dos fenómenos determinantes da vulnerabilidade, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, bem como, as relações que entre eles se estabelecem nas pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto.

Concluída a análise dos resultados foca-se, presentemente, a sua discussão, mantendo, como fio condutor, o modelo orientador que norteou todo o percurso. Opta-se assim, por iniciar o capítulo com os determinantes comunitários, prosseguindo para os individuais e culminando com a discussão em torno do fenómeno central, pese embora, a parca bibliografia sobre a temática dificulte o enriquecimento da confrontação entre achados.

Determinantes Comunitários

Os inscritos no SAD retratam um nicho populacional constituído, na sua maioria, por mulheres (66,6%), atestando a tão conhecida feminização do envelhecimento (5) (14), muito idosas, como valida a idade média superior a 82 anos, viúvas (56,3%), com reduzida escolaridade sendo a mais prevalente o ensino primário completo (45,0%). Os homens apresentam, em média, maior literacia o que sugere a desigualdade de oportunidades entre géneros característica da época (20).

Os achados deste estudo corroboram a literatura quando demonstram que as mulheres, são mais vulneráveis, o que é explicado pela menor literacia, maior longevidade e problemáticas que a ela se associam (97) (102) (231).

Na sequência da reduzida literacia, à qual a literatura atribui relevo (102), prevalecem, especialmente no género feminino, as profissões menos qualificadas como operários especializados com ensino primário completo (51,9%) e trabalhadores manuais não especializados e indiferenciados (41,3%). Possivelmente, ainda a residir no Porto em virtude do desenvolvimento industrial que ampliou, à data, a procura de mão de obra pouco qualificada contribuindo para a melhoria das condições de vida dos que se fixavam na cidade, que acabaram por lá continuar a residir, mesmo após o êxodo dos mais jovens para regiões limítrofes na década de 40 (20).

O estado civil casado, mais predominante nos homens (63,6%), ou viúvo, mais predominante nas mulheres (56,3%), representou a grande maioria (84,7%) das pessoas idosas, corroborando outros trabalhos (102) (230), e contribuindo para explicar a elevada prevalência de famílias compostas por duas pessoas idosas que integram faixas etárias muito semelhantes (30,6%).

Na amostra estudada, esta tipologia familiar apresenta-se como preocupante já que o avanço da idade é acompanhado da diminuição da *permonfarce* cognitiva e aumento da dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária sugerindo a possibilidade de agregados constituídos, unicamente, por duas pessoas idosas vulneráveis. O supracitado que vem sendo descrito na literatura (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) retrata pessoas idosas menos dependentes a cuidarem pessoas idosas mais dependentes (36) (41) (45) (46) (47) que, apesar de vulneráveis, encontram no suporte social no domicílio a possibilidade de nele permanecerem.

Constatou-se, que os casados e os viúvos eram, em média, mais velhos do que os solteiros ou divorciados o que poderá sugerir mudanças nas relações sociais que, particularmente nos segundos (solteiros ou divorciados), quando associadas ao enfraquecimento das relações intergeracionais, à ausência de suporte familiar e de cuidados informais tende a induzir maior vulnerabilidade (230). Contrariando outro trabalho (230), que descreve a viuvez como fator de risco, por favorecer a ausência de cuidados informais, verificou-se que, nesta amostra, se associa a residir numa família alargada e ter o filho(a) como cuidador informal, sugerindo que assume um papel protetor.

Receber cuidados informais associa-se à existência de alterações no estado de consciência, dependência no autocuidado, declínio cognitivo e comprometimento da mobilidade. Achado que vai ao encontro do facto dos mais idosos, mais dependentes e com menor desempenho cognitivo tenderem a residir numa família alargada o que retrata,

possivelmente, uma estratégia familiar de integração destas pessoas nos agregados dos filhos complementando, como refere a literatura (232), o suporte social.

De facto, quando existia cuidador informal era frequente que mantivesse uma relação de parentesco com a pessoa cuidada constituindo a filial (37,8%) ou marital (30,6%) as mais prevalentes, tal como ocorre noutros achados (21) (32) (38) (57). Neste sentido, o exercício do papel de cuidador informal tende a restringir-se, sobretudo, aos elementos que constituem a família nuclear, sendo pouco frequente a colaboração de outros familiares e/ou vizinhança enquanto redes de apoio comunitário outrora fundamentais.

Os bairros operários e sociais constituem o local de residência mais prevalente (69,9%), associando-se à ocupação de espaços degradados e/ou exíguos e ou sem eletrodomésticos essenciais (87,5%). Tal como descreve a literatura (102), o nível de escolaridade parece contribuir para determinar o conforto da residência já que, em média, os mais escolarizados habitam em casas mais confortáveis e bem conservadas, pese embora, o reduzido número de pessoas que completou o ensino superior possa constituir neste estudo um viés.

À medida que aumenta o conforto do contexto domiciliário aumenta a independência nas atividades instrumentais de vida diária, o que leva a inferir que mais do que o local onde se reside importa o contributo da estrutura e o conforto da habitação para preservar a capacidade funcional, como também ressalvam outros trabalhos (4) (102), ainda que, no nosso estudo, o reduzido número de pessoas que habita em casas ou andares espaçosos e confortáveis aliado à infima percentagem de pessoas independentes nas AIVD possa constituir viés.

O rendimento provinha, na totalidade dos casos, de subsídios da segurança social, sendo percecionado, por mais de metade das pessoas (56,6%), como insuficiente para responder às necessidades quotidianas contribuindo, como bem revelam outros estudos, para maior suscetibilidade à pobreza (239) (240).

A autonomia para gerir a pensão de reforma (30,6%), ocorre nos mais jovens e associa-se à preservação do desempenho cognitivo e à independência no autocuidado colocando a descoberto a importância da cognição e da capacidade funcional para a manutenção de uma vida autónoma em contexto domiciliário. Por outro lado, não gerir autonomamente este rendimento associa-se à perceção de insuficiência do mesmo, o que poderá ser explicado pela associação a ter défice cognitivo e dependência nas ABVD, por via do acréscimo de gastos coligados à contratualização do SAD e/ou pela associação a

residirem em famílias alargadas, facto que poderá contribuir para a utilização do rendimento da pessoa idosa na suplementação de necessidades do agregado.

Como expectável, pela justaposição dos dados expostos, a classe social mais prevalente é a baixa (29,7%) ou média baixa (63,7%) constatando-se, na análise segundo o género, que as mulheres integram classes sociais inferiores aos homens o que poderá decorrer da menor literacia e conseqüente atividade profissional menos qualificada. No entanto, há que ressaltar os achados que sugerem a existência de um grupo de *outliers* à amostra (1,3%) constituído, na sua maioria, por mulheres, mais idosas, mais escolarizadas, com profissões mais qualificadas que residem em contextos bem conservados/confortáveis e integram a classe média alta permanecendo a dúvida se estas características resultam da influência da escolaridade ou advêm da capacidade económica e social da família de origem.

Apesar das políticas públicas incentivarem a integração das pessoas idosas no mercado de trabalho (240) (242) a operacionalização da medida, nas pessoas em estudo, foi ausente. Nas políticas sociais, destacou-se a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais, composta, na sua maioria, por Instituições Particulares de Solidariedade Social que perfaziam 130 respostas sociais, dispersas pela cidade, com uma capacidade total de 5768 lugares, 4734 inscritos e 1166 vagas das quais cerca de 75% correspondiam a centros de convívio e centros de dia; restando 18% das vagas em serviços de apoio domiciliário e 6% em estruturas residenciais para idosos.

Os dados sugerem que o desenvolvimento de respostas sociais sem fins lucrativos de apoio ao domicílio tem vindo a acompanhar o envelhecimento populacional, mais marcado na zona histórica da cidade, região onde também se encontram mais serviços e menos vagas. A capacidade para requerer serviços privados também parece modelar o mercado, sobretudo na institucionalização, justificando maior oferta nas freguesias económica e socialmente mais desenvolvidas.

Tendo como suporte a elevada prevalência de fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem que determinam a vulnerabilidade individual, experienciada em circunstâncias que atestam a vulnerabilidade comunitária, acredita-se na existência de pessoas idosas com critérios para ingressarem em estruturas residenciais para idosos que, em prol da ausência de recursos económicos, não têm a oportunidade de aceder a serviços privados, nem vaga para os públicos, acabando por permanecer no domicílio, com cuidados de substituição assegurados pelo SAD ficando, eventualmente, a descoberto a resposta às suas reais necessidades. Realidade preocupante se considerarmos que o

suporte social inadequado associa-se ao aumento da mortalidade, morbidade e problemas de saúde (240).

Foi normalmente nestas situações, onde não existiam outras alternativas, que o SAD substituiu a família acabando por assegurar serviços como a administração de medicamentos (7,5%) e a gestão do regime medicamentoso (12,6%), incluindo ações relacionadas com a terapêutica para as quais não foi constituído nem preparado (23) (26) (71).

Apesar das políticas de saúde de proximidade (242) e das características da amostra, recorde-se que somente 20,4% das pessoas conhece o enfermeiro de família enquanto menos de metade (39,1%) declara ter recebido pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem para execução de cuidados instrumentais: tratamento de feridas (59,7%), administração da vacina contra a gripe (51,9%), algaliação (10,9%) administração de terapêutica (7,0%) e entubação nasogástrica (5,4%). Somente 6,2% das pessoas relatou visitas domiciliárias após alta hospitalar, colocando a descoberto, o já referido (29) (57) (52) caráter instrumental desta tipologia de cuidados.

Os que recebiam cuidados de enfermagem no domicílio apresentavam necessidades que exigiam a prestação de cuidados instrumentais não sendo identificadas visitas centradas na promoção da saúde, prevenção de complicações e readaptação funcional, caindo por terra todo o potencial que ainda pudesse existir. A realidade aqui exposta é retratada noutros trabalhos (278), colocando a descoberto o relevo da problemática.

As políticas de saúde voltadas para os cuidados de proximidade clarificam que o futuro da enfermagem passará pela assistência no domicílio por se tratar de uma alternativa ao internamento que reduz os custos e as complicações em saúde, mas também, pelo reconhecimento do caráter inovador e personalizado que a opção *ageing in place* sugere (79) (80) (82) (85) (87).

Pese embora a obtenção de ganhos em saúde careça de um cuidado que exige a mobilização das competências específicas do enfermeiro em articulação com a equipa multiprofissional, na qual os cuidados sociais são parte integrante, os resultados deste estudo sugerem um desfasamento entre o espectável e a realidade. Mudar este paradigma também implica ajustar a formação dos enfermeiros preparando-os para responderem as necessidades complexas de uma população crescente que permanece no domicílio sem que, por vezes, estejam reunidas as condições necessárias para tal (279) (280).

Determinantes Individuais

A percentagem de pessoas idosas com défice cognitivo, segundo o Mini Mental State Examination, é elevada alcançado 61,2%. Em média, e corroborando a literatura (157), os domínios mais afetados foram a evocação e a habilidade construtiva o que poderá ocorrer devido à reduzida escolaridade aliada à dificuldade em aceder à informação armazenada recentemente, característica do processo de senescência. Neste trabalho, e contrariamente a outros (160) (195), quem dorme mal apresenta melhor desempenho cognitivo o que poderá ser explicado pela associação entre ter défice cognitivo e tomar antipsicóticos e/ou, apesar da ausência de significado estatístico, pela dor já que quem dorme mal manifesta queixas álgicas, em média, mais intensas.

Testemunhando a bibliografia (4), evidenciou-se que com o avançar da idade, diminui a *performance* cognitiva e a mobilidade, aumentando a dependência nas AIVD e ABVD, o que ao associar-se a residir numa família alargada, sugere à integração das pessoas mais idosas nos agregados familiares dos filhos, provavelmente com o intuito de complementarem o apoio social, que se torna insuficiente (281). Em consonância, verifica-se que quem apresenta melhor desempenho cognitivo, reside só, gere a pensão de reforma e não tem cuidador informal sugerindo a influência da *performance* cognitiva na manutenção de uma vida autónoma em contexto domiciliário (281).

Ainda que ter défice cognitivo se associe à toma de analgésicos em SOS, evidencia-se que, em média, quem o apresenta relata queixas álgicas menos intensas convidando a refletir na necessidade de metodologias de avaliação mais ajustadas à população em estudo, inclusive, porque à medida que diminui o desempenho cognitivo aumenta o compromisso da audição e da visão ao perto. Daqui, alicerçados noutros estudos (146) (147), emergem algumas hipóteses: ou o comprometimento da perceção sensorial influencia a compreensão da mensagem e visualização do instrumento de medida ou o declínio cognitivo dificulta a interpretação dos estímulos colocando em causa o resultado ou coexistem ambos os fenómenos. No entanto a relação aqui referenciada convida a refletir na existência de um ciclo vicioso que carece de ação profissional.

Na literatura, e focando a comunidade, ressalva-se a importância do diagnóstico precoce do comprometimento cognitivo, aliado a intervenções que permitam atrasar a progressão e limitar défices indutores de maior vulnerabilidade (163) (164). No entanto, os achados deste trabalho, sugerem que à medida que diminui o desempenho cognitivo diminui a utilização dos cuidados de saúde primários o que associado ao aumento do

número de serviços contratualizados ao SAD (que também acompanha a diminuição da performance cognitiva), leva a crer que para os cuidadores informais o SAD poderá ser encarado como opção de resposta às limitações induzidas pelo declínio cognitivo.

Na dimensão estado de consciência, verificou-se que a maioria das pessoas estava vígil (78,4%) apesar da existência de pessoas confusas (16,9%) e obnubiladas (4,7%).

Quem apresenta alterações no estado de consciência apresenta menor desempenho cognitivo, compromisso da mobilidade, maior dependência nas AIVD e ABVD, maior risco de desenvolver úlceras de pressão e maior número de feridas, o que justifica a associação à existência de cuidados informais. Em média, é nas pessoas obnubiladas que se regista a contratualização de mais serviços ao SAD, o que à luz do parágrafo anterior, poderá ocorrer face à maior dependência e conseqüente necessidade de substituir e/ou complementar os cuidados informais retratando situações que podem constituir sobrecarga para o cuidador informal.

Contrariando a literatura (212) (213), quem tem alterações no estado de consciência consome menos comprimidos do que quem não tem o que poderá ser explicado pela dificuldade experimentada pelo cuidador informal em administrar a terapêutica prescrita às pessoas confusas ou a impossibilidade de o fazer junto das obnubiladas. Sendo este o caso, fica a descoberto a necessidade de cuidados de proximidade que capacitem os cuidadores informais para o exercício do seu papel e/ou a prescrição de fármacos, com uma apresentação/via que se ajuste às necessidades, atendendo à reconciliação terapêutica (215) (217).

A ausência de relação entre a existência de alterações no estado de consciência e a utilização da unidade de saúde familiar indica, contrariamente ao que era desejável, que estar confuso ou obnubilado não induz mudanças na procura de cuidados de saúde primários, o que também poderá contribuir para explicar as dificuldades que, hipoteticamente, se associam ao exercício do papel de cuidador informal.

Na morbidade, verificou-se que apenas três pessoas não referiram patologias. Nos restantes, registou-se um valor médio de $4,71 \pm 1,98$ (mínimo de 1 e máximo de 12), sendo evidente a elevada prevalência de pessoas com pluripatologia, aqui definida como, quatro ou mais doenças em simultâneo (71,7%).

Noutros trabalhos (226) (227), que definem pluripatologia utilizando como ponto de corte duas ou mais patologias e três ou mais patologias a percentagem de pessoas que apresentava esta condição foi, respetivamente, 81,3% e 64,0%, valores que, utilizando o mesmo método, claramente se excedeu neste estudo, ao registar na primeira situação

95,3% e na segunda 86,9%. Evidencia-se assim, uma prevalência elevada de pessoas com multimorbilidade sugerindo que, nesta amostra em particular, este é um indicador de vulnerabilidade (224) (225), a ser considerado.

Outros trabalhos corroboram os achados do estudo no que se refere às patologias mais frequentes destacando a hipertensão (65,1%), a dislipidemia (44,1%); a diabetes (35,9%); as patologias do foro cardíaco (36,2%), psiquiátricas (33,00%) e o acidente vascular cerebral (31,4%) o que coloca a descoberto maior afetação dos sistemas cardiovascular (86,5%), nervoso (50,3%), urinário (47,8%), digestivo (41,2%) e endócrino (35,5%).

Constatam-se, como retrata a literatura (140) (286), diferenças na distribuição das patologias segundo o género: a diabetes (41,0%), o acidente vascular cerebral (38,1%) e os problemas do sistema respiratório (26,7%) foram mais prevalentes nos homens, enquanto a osteoporose (21,9%), a patologia degenerativa (27,1%) e a artrite/reumatismo (31,4%) registaram maior prevalência nas mulheres sugerindo a hipótese, especialmente no género masculino, de associação a comportamentos de risco modificáveis.

A maior prevalência de doenças nas mulheres e a relação entre o número de doenças e a idade, bem como, com a classe social, tão referenciada na bibliografia (144) (146) (227), não foi evidente neste trabalho o que poderá ocorrer em virtude da recolha de dados ter por base, unicamente, as patologias que foram referenciados admitindo-se a hipótese da utilização de outras fontes poder apresentar outra realidade.

Neste estudo, a carga de doença associada às doenças crónicas é notória relembrando a transição epidemiológica característica dos países ocidentais (5) (10) (11) (12) (287). Quem tem mais doenças apresenta limitações na mobilidade e maior dependência nas ABVD indicando, como ressaltam outros autores, que a incapacidade nas pessoas idosas tende a associar-se à morbilidade (227) (287). De ressaltar, porém, que nas pessoas completamente imobilizadas registaram-se, em média, menos patologias do que nas pessoas limitadas evidenciando-se, ainda, um valor próximo ao das pessoas sem qualquer limitação. Para o facto, pode constituir explicação a associação a outros fenómenos de enfermagem que, particularmente no grupo das pessoas completamente imobilizadas, impossibilitaram a recolha de dados ao próprio tendo-se optado, nestas situações, pela recolha junto do cuidador informal/família que podendo não deter o conhecimento total da situação de doença induziria viés.

A prescrição medicamentosa é uma realidade para 99,4% das pessoas idosas que ingeriam, em média, $6,38 \pm 3,20$ fármacos/dia. Mais de dois terços (69,5%) utiliza 5 ou

mais fármacos/dia, valor que decresce para 14,9% quando se considera a percentagem dos que tomam mais de 10 fármacos/dia, sugerindo uma elevada percentagem de pessoas polimedicadas. Realidade muito semelhante é encontrada noutros estudos que também retratam uma ingestão média de 6 fármacos/dia (308) (309) (310).

Nas pessoas idosas estudadas, as categorias farmacológicas mais prevalentes foram os antihipertensores (63,8%), as benzodiazepinas (45,2%), os antiulcerosos (49,9%), os antidislipídicos (43,3%), os anticoagulantes (40,01%), os antidepressivos (37,8%) os diuréticos (33,0%), os antidiabéticos (31,1%), os antipsicóticos (24,4%) e os analgésicos (23,1%) destacando a prescrição farmacológica dirigida, especialmente, aos sistemas cardiovascular, nervoso, digestivo e endócrino o que vai de encontro aos sistemas corporais mais afetados pelas patologias referenciadas.

A pluripatologia (quatro ou mais doenças) associa-se ao internamento hospitalar e, consequentemente, ao aumento dos custos em saúde (210) (212) (213). Achado de relevo quando se verifica que à medida que aumenta o número de doenças aumenta o consumo de fármacos, realidade que não acompanha a utilização dos cuidados de saúde primários, mas sim do serviço de urgência e do número de internamentos em contexto hospitalar. Neste sentido, sugere-se a necessidade de mais estudos que contribuam para clarificar a influência da pluripatologia, da prescrição inapropriada, do efeito adverso da polimedicação e do fraco acompanhamento em cuidados de saúde primários nesta população em particular.

Estes achados vão de encontro a outros que revelam que a polimedicação e a prescrição de fármacos potencialmente inapropriados constituem um problema de saúde pública que amplia o risco de efeitos adversos como é exemplo a cascata iatrogénica, a interação medicamentosa e a existência de reações adversas que tendem a originar quedas, *delirium*, síndromes geriátricas, hospitalização e morte (208) (209) (210) (212) (308) (310). Estas reações adversas são responsáveis por internamentos hospitalares evitáveis que, além de ampliarem os custos em saúde, diminuem a qualidade de vida (213). De facto, segundo a *Royal Pharmaceutical Society*, entre 2008 e 2009 mais de meio milhão de internamentos foi resultado das reações adversas à polimedicação (311).

Articulando os achados do estudo com a literatura, testemunha-se a relação entre o regime medicamentoso e a vulnerabilidade das pessoas idosas com apoio social no domicílio, convidando a refletir na necessidade de abordagens personalizadas que favoreçam a reconciliação terapêutica (210) (212) (213) em associação a intervenções de

enfermagem no domínio da gestão e adesão ao regime enquanto componentes do autocuidado (312).

Identificaram-se, em média, $1,52 \pm 0,72$ (mínimo de 1 e máximo de 5) prescritores sendo mais frequente o médico de família (89,3%) ainda que outros, como o médico do centro hospitalar da área geográfica de referência (39,6%), o psiquiatra (8,2%), o médico privado (7,9%) e o especialista de medicina interna (4,7%) também fossem referenciados. O aumento do número de prescritores relaciona-se com o aumento do número de fármacos prescritos realidade que, além de sugerir o aumento da utilização dos recursos de saúde, poderá dificultar a adesão e gestão eficaz em virtude da maior complexidade potenciando complicações diversas que ampliam a vulnerabilidade.

Mais de metade não conhece a indicação dos fármacos que ingere (69,7%) o que se associa a ter défice cognitivo e, conseqüentemente, a ser substituído na gestão do regime medicamentoso. Por outro lado, quem a conhece é mais escolarizado sugerindo a influência positiva do nível de literacia no conhecimento acerca do regime medicamentoso.

Na maioria dos casos (58,5%), a gestão do regime medicamentoso encontrava-se a cargo dos familiares o que seria expectável face à elevada percentagem de pessoas dependentes nas atividades instrumentais de vida diária e/ou com declínio cognitivo. Destacam-se, contudo, algumas situações (12,6%), nas quais a incapacidade dos familiares ou mesmo a sua inexistência levou a que o SAD assumisse a gestão da terapêutica medicamentosa, substituindo a família e assumindo tarefas para as quais não foi constituído nem preparado.

Ao nível do sono, verificou-se que o comprometimento desta dimensão é prevalente (45,9%) constituindo as alterações mais frequentes a insónia (55,4%), o despertar frequente durante a noite (35,8%) e, ainda que menos prevalente, a sonolência diurna (8,8%) explicados, sobretudo, pelas queixas álgicas (45,9%) e os problemas do foro urinário (33,8%). As alterações no padrão de sono noturno, como a insónia e a fragmentação causada pelo despertar frequente, são descritos na literatura (196), como promotores de sonolência diurna, realidade que admitimos pode retratar as pessoas em estudo.

Quem dorme mal apresenta, em média, um número de prescritores e fármacos superior, sendo notória a associação a recursos como o médico do centro hospitalar e o médico da especialidade de medicina interna. Na mesma linha, constatou-se que quem dorme mal, apresenta, em média, um número de quedas superior, sugerindo a relação já

referenciada (213) (214), que demonstra que o aumento do número de prescritores e consequentemente do número de fármacos, aliado ao comprometimento do sono, potencia condições favoráveis à ocorrência de quedas induzindo maior vulnerabilidade individual.

Contrariamente ao desejável, a análise do tipo de prescritor coligada à ausência de relação entre o padrão de sono e recorrer à unidade de saúde familiar sugere que as pessoas que manifestam este compromisso procuram solucioná-lo junto de outros recursos (aos quais previamente ao problema, provavelmente, já teriam acesso) que não o médico de família o que poderá sugerir a crença que dormir mal é um sinal inerente e natural do processo de senescência (197).

As queixas aqui descritas são igualmente prevalentes noutros estudos (190) (191) (192) (307) mas deixam a descoberto a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários, particularmente dos enfermeiros, para com esta problemática tradicionalmente negligenciada na pessoa idosa (197) ainda que altamente sensível às intervenções autónomas da profissão (195) (198).

No último ano, mais de metade sofreu pelo menos um episódio de queda accidental (57,05%), totalizando 461 quedas, das quais, 409 ocorreram no interior do domicílio mais propriamente na casa de banho (43,4%), no quarto (22,9%) e na cozinha (15,6%).

Além das mulheres caírem, em média, mais do que os homens, cair no interior do domicílio associa-se ao género feminino, emergindo como hipótese explicativa a associação deste género à dependência em determinadas AIVD como ir às compras e utilizar os transportes o que faz com as mulheres permaneçam mais tempo em casa, provavelmente mais envolvidas nas atividades domésticas, o que aliado à possibilidade de deficits internos, comportamentos inadequados e/ou riscos ambientais amplia, em muito, a probabilidade de cair (203).

No que toca aos riscos ambientais, e apesar da ausência de significado estatístico, os achados demonstram que as pessoas que residiam em casas ou andares espaçosos e confortáveis caíram menos vezes do que os que residiam em casas ou andares modestos, em bom estado de conservação que, por sua vez, ainda caíram menos do que os que residiam em casas ou andares degradados. Daqui poderá emergir que as condições domiciliárias influenciam a ocorrência de quedas deixando antever a necessidade de mais estudos que possam produzir conhecimento essencial à definição de programas multifatoriais de prevenção que visem a combinação de intervenções, nomeadamente, a gestão participativa do ambiente domiciliário (205) (206) (207).

À semelhança dos achados de Verma e colaboradores (200), a dor (74,6%), o hematoma (54,9%), o medo de cair (51,4%) e a fratura (26,9%), foram as repercussões físicas e emocionais mais prevalentes que, segundo a bibliografia, influenciam a qualidade de vida da pessoa idosa (202) (298), ampliam a vulnerabilidade e predispõem à institucionalização (203). No caso do medo de cair, os autores descrevem-no como fator de risco e protetor pois poderá induzir à adoção de comportamentos extremos como restringir as atividades quotidianas influenciando a capacidade funcional e predispondo à queda (299) (300); mas também, quando intervencionado, atuar como protetor favorecendo comportamentos preventivos (298); variável que não sendo alvo de um estudo tão aprofundado neste trabalho motiva a futuros percursos de investigação.

Quase um terço das pessoas que sofreram quedas (31,9%) necessitou recorrer a cuidados de saúde diferenciados o que retrata o tão conhecido aumento dos custos em saúde consequente ao fenómeno (199) (201).

Desde a primeira queda, e progressivamente, regista-se o aumento do risco de úlcera de pressão, o que aliado ao facto das pessoas sem dentes e sem prótese dentária caírem mais frequentemente, sugere a influência do *status* nutricional na queda acidental - provavelmente por via da qualidade nutricional desajustada - atestando a vulnerabilidade das pessoas idosas que caem com mais frequência (202).

O aumento do número de quedas acompanha o aumento do número de prescritores e de fármacos associando-se, especialmente, a toma de broncodilatadores, anti-hiperuricêmicos, antiulcerosos, antidislipidémicos, anti-inflamatórios, analgésicos e benzodiazepinas sugerindo o aumento da utilização dos recursos de saúde que, no nosso estudo são, especificamente, o serviço de urgência e o internamento hospitalar deixando antever o papel de risco associado à polimedicação tal como espelham tantos outros trabalhos internacionais (145) (203) (297) (290), que já anteriormente foram referenciados.

No entanto, a ausência de relação entre o número de quedas e a utilização dos cuidados de saúde primários aliada ao aumento do número de serviços contratualizados junto do SAD sugere que este grupo poderá utilizar os serviços sociais como resposta às consequências inerentes à queda, como também sugere a literatura (76) (202).

Estes dados, colocam a descoberto, a elevada prevalência de quedas, de pessoas que caem recorrentemente e das consequências a elas associadas testemunhando que este é um problema de saúde pública que deve usufruir da evidência que atesta a eficácia e eficiência de programas multifatoriais de prevenção que, envolvendo o cuidador informal,

visam a combinação de intervenções, sensíveis aos cuidados de enfermagem, e focadas na consciencialização, na avaliação multidimensional após a primeira queda, na gestão participativa do ambiente domiciliário e no envolvimento em programas de exercício personalizados (205) (206) (207).

A dor é uma problemática com revelo (52,2%) classificada na maioria das situações como moderada (24,1%) ou intensa (19,1%). Dos que a manifestaram, 65,3% declararam que permanecia há mais de 6 meses, inferindo-se sobre a sua cronicidade.

Na bibliografia descreve-se que a dor favorece alterações no padrão de sono (290), o consumo de fármacos (154) e a utilização do serviço de urgência (155) (291), achados igualmente evidentes neste trabalho, que convidam a refletir na necessidade de estratégias promotoras do controlo mais eficaz do fenómeno. Destaca-se ainda a necessidade de outros estudos que ampliando a compreensão favoreçam a prescrição farmacológica e não farmacológica mais ajustadas, bem como, o envolvimento das famílias que, diariamente lidam com os idosos com dor, capacitando-as para gerirem o fenómeno de forma mais eficaz (292).

Nas pessoas que referem dor a sua localização envolve, frequentemente, o aparelho locomotor, com claro destaque para os membros inferiores o que contribui para a explicar a associação entre ter dor e sofrer quedas, perspetivando-se que, a longo prazo, a dor não controlada (ao se associar a sofrer quedas, como evidenciam os dados) poderá favorecer o compromisso da mobilidade e a dependência nas atividades básicas de vida diária predizendo situações que limitam a capacidade funcional e induzem maior vulnerabilidade (153) (154) (155).

O comprometimento da visão ao longe, presente em 82,8% das pessoas, acompanha o aumento da longevidade. O mesmo ocorre com o comprometimento da visão ao perto, identificada em 86,2%, ainda que neste caso a ausência de significado estatístico possa sugerir correção.

O comprometimento da audição (46,30%) também aumenta com a longevidade, como retratado na literatura (144) (146), relacionando-se com a substituição na gestão do regime medicamentoso, o que é explicado pela associação entre esta variável (comprometimento auditivo) e ter défice cognitivo e dependência nas AIVD retratando, provavelmente, o declínio funcional associado à longevidade.

No entanto, e contrariamente ao desejável, verifica-se que, em média, quem gere a medicação autonomamente apresenta maior comprometimento da visão ao perto ampliando o risco associado à execução desta tarefa. Daqui emerge, a necessidade de

maior atenção por parte dos profissionais de saúde face ao fenómeno já que o deturpar dos dados recolhidos pelos défices sensoriais (147) predispõem à não adesão e/ou gestão ineficaz da terapêutica farmacológica (293) emergindo a necessidade de correção visual e/ou apoio ou substituição na execução desta tarefa.

Na capacidade funcional, especificamente, nas AIVD 99,1% é dependente, espelhando a análise das pontuações parciais da escala de Lawton and Brody que mais de dois terços é incapaz de preparar as refeições (75,3%), de lavar a roupa (74,7%), de ir às compras (83,8%) e de gerir o dinheiro (79,1%) autonomamente enquanto mais de metade é incapaz de cuidar da casa sem apoio (64,4%) e de se responsabilizar pela própria medicação (67,5%) colocando a descoberto a importância dos cuidados sociais, sem os quais, as pessoas certamente teriam maior dificuldade em permanecer no domicílio. É ainda de ressaltar a elevada percentagem de dependentes na utilização dos transportes (80,0%) e do telefone (52,2%) dificultando a interação.

Apesar da ausência de significado estatístico, as mulheres são, em média, mais dependentes do que os homens, associando-se o género feminino à dependência em ir às compras, utilizar os transportes e utilizar o telefone o que poderá contribuir, como refere a bibliografia (137) (141) (142) (143), para agravar a solidão e as problemáticas que a ela se associam.

Ao analisar os serviços contratualizados pelo SAD verifica-se que a percentagem de homens que contratualiza a confeção e transporte da refeição é superior, ainda que não exista qualquer associação entre este género e os domínios que compõem a escala de Lawton and Brody que o explique. Estes dados, que corroboram outros (57) (21), parecem indicar a influência do papel de género na aquisição de aprendizagens ao longo do ciclo vital, modelando a perceção de dependência e, conseqüentemente, a contratualização de serviços sociais no domicílio. Assim, coloca-se a hipótese da necessidade de contratualizar a refeição associar-se mais à ausência de conhecimento/habilidades para o fazer do que propriamente ao declínio da capacidade funcional.

Nas ABVD, a percentagem de dependentes permanece elevada (73,4%), ainda que inferior à registada nas AIVD, emergindo como causas da dependência: a doença crónica (43,4%), a doença aguda (21,6%), o processo de senescência (15,00%) e a ocorrência de eventos críticos com destaque para a queda acidental (15,3%), retratando assim o Modelo de Saúde Pública proposto pela OMS (4). Daqui decorre que a passagem à dependência resulta, maioritariamente, de percursos de transição saúde/doença e/ou desenvolvimentais sensíveis aos cuidados de enfermagem (4) (17) (21) (27) (136).

No estudo, foi evidente maior dependência nas atividades que exigem maior coordenação motora, motricidade fina, destreza manual e força muscular nos membros inferiores convidando os enfermeiros a ampliarem a produção de conhecimento que concorra para a prescrição de intervenções favorecedoras da preservação da independência em contexto domiciliário, tornando mais significativas as suas ações (294).

O compromisso da mobilidade é uma problemática muito prevalente, afetando 71,6% das pessoas, das quais 14,4% encontravam-se completamente imobilizadas. Somente 27,8% andava frequentemente (17,8% com ajuda de outra pessoa) os restantes andavam ocasionalmente (28,4%) ou permaneciam o dia sentados (21,3%) ou deitados (22,5%).

A mobilidade nos membros inferiores, comprometida em mais de metade das pessoas (53,4%), limita a deambulação predispondo à dependência. Nos membros superiores, essa percentagem diminui (41,6%), à semelhança do que acontece com as mãos (39,7%) achados que além de corroborarem a literatura (17) (21), sugerem a existência de uma hierarquia de perda de competências característica do processo de declínio funcional que, ao originar previsibilidade, impele à ação precoce.

De facto, os primeiros sinais de compromisso na mobilidade tendem a ser observados nas tarefas mais exigentes, que envolvem os membros inferiores, como é o caso de caminhar longas distâncias ainda que a perceção dessas dificuldades induza mudanças no desempenho que permitem manter a função sem consciência das limitações. Nesta fase destaca-se a importância da identificação precoce, altamente sensível a intervenções de cariz preventivo (295).

Os que apresentam compromisso da mobilidade são mais idosos, mais dependentes, têm uma autoperceção de saúde negativa, maior perda de massa magra braquial e na circunferência da perna, maior risco de úlcera de pressão e mais feridas desta tipologia, o que à luz da bibliografia (91) (96) (99) (102) (103) (105) (104) (188), descreve pessoas muito vulneráveis. Quem tem a mobilidade comprometida, recorre menos à unidade de saúde familiar e mais à urgência registando internamentos mais prolongados, o que além de aumentar os custos em saúde, sugere que a imobilidade pode resultar de situações pós-internamento, como referido noutros trabalhos (137) (140).

A dependência nas ABVD associa-se a ter estado internado, acompanhando o seu aumento (da dependência nas ABVD) o aumento do número de serviços prestados pelo SAD e a diminuição na utilização da unidade de saúde familiar o que sugere que o fenómeno favorece a contratualização de mais cuidados sociais, o afastamento dos

cuidados de saúde primários, mas associa-se à utilização dos cuidados de saúde diferenciados. Estes achados, semelhantes a outros (17) (294), levam a refletir na elevada probabilidade destas pessoas apresentarem necessidades em cuidados de saúde continuados que, ao não existirem, potenciam a procura do serviço de urgência e consequentemente o internamento. Ainda nesta linha, os dados sugerem que o SAD é visto como opção de resposta face às limitações induzidas pelo compromisso da mobilidade e da dependência.

No status nutricional, e apesar do diagnóstico de desnutrição em 4,7% das pessoas, 15,5% tinha perda de massa magra braquial, valor que aumenta para mais do triplo (54,6%) na circunferência da perna, sugerindo um risco aumentado de desnutrição.

Este achado é explicado por variados fatores, desde logo, a ausência de cuidados de higiene oral (75,5%), que muito contribui para a elevada prevalência da perda de mais de 20 dentes (85,9%), cáries (21,6%) e dor (5,6%), bem como, pela utilização de próteses dentárias desajustadas (34,2%) que dificultando a mastigação tornam mais difícil a ingestão nutricional adequada (165).

A deglutição comprometida, presente em 19,1%, associa-se à perda de massa magra na circunferência da perna e braquial, corroborando a literatura (165), que também a conceptualiza como fator de risco de desnutrição.

O mesmo ocorre com a presença de défice cognitivo e o compromisso da mobilidade, que predispondo à dependência, associam-se à perda de massa magra, possivelmente pelo ajuste da consistência e seleção dos alimentos que apesar de tornar mais fácil alimentar favorece a desnutrição (165) (167) (282) (283) (284), obrigando a intervenções holísticas sensíveis aos cuidados de enfermagem (105).

Provavelmente, também por via da desnutrição, verificou-se que nas pessoas com deglutição comprometida, tal como ocorre nas que não têm dentes nem prótese dentária, o risco de úlcera de pressão é superior, sugerindo que a disfagia e o compromisso da mastigação são fatores a considerar na avaliação do fenómeno, como retratam outros achados (183) (184) (187) (301). Outros fatores de risco de úlcera de pressão que o estudo coloca a descoberto prendem-se com o aumento da idade e a diminuição da classe social e do desempenho cognitivo, bem como, com o compromisso da mobilidade e da atividade que se associam à perda de massa magra (105) (183) (184) (187) (301).

Simplificando, os dados sugerem uma relação entre o défice nutricional, que amplia o risco de desnutrição, o compromisso da mobilidade e a dependência que, atuando interligados, predispõem ao aumento do risco de úlcera de pressão e naturalmente, ao

aparecimento de feridas desta tipologia, reforçando o que outros trabalhos já têm descrito (183) (184) (187), mas igualmente recordando um ciclo vicioso no qual o compromisso de um fenómeno afeta outros, e assim consecutivamente, ampliando a vulnerabilidade individual.

A conjugação destes fatores contribui para justificar a elevada prevalência de pessoas com alto risco de desenvolver úlceras de pressão (43,1%) ou que já apresentam úlceras de pressão (11,9%), das quais 6,5% apresentava mais do que uma ferida desta tipologia.

Ao nível da utilização de recursos verifica-se que a diminuição da circunferência da perna acompanha a diminuição do número de vezes que é utilizada a USF, bem como, o aumento do número de serviços contratualizados ao SAD, sugerindo que a perda de massa magra influencia a utilização dos recursos (possivelmente por via do compromisso da mobilidade e da dependência já que os achados aqui identificados são semelhantes aos retratados nessa dimensão).

As pessoas que receberam, pelo menos uma visita domiciliária de enfermagem, apresentavam maior risco de desenvolver úlceras de pressão, associando-se o acesso a este recurso a ter feridas, ao comprometimento da deglutição, à dependência nas ABVD, ao compromisso da mobilidade e à perda de massa magra na circunferência da perna, ainda que a análise destes achados em associação ao motivo que justifica a realização da visita domiciliária, leve a crer que sejam resultados consequentes à maior prevalência destes fenómenos nas pessoas com úlceras de pressão.

Na literatura, o acesso a cuidados de enfermagem no domicílio surge como fator protetor (189) (302) (303) (304), mas valerá a pena recordar os achados do nosso estudo que revelam o cariz, marcadamente instrumental, da assistência assegurada pelos enfermeiros. Propõe-se assim, que além destes cuidados, se invista na aquisição de recursos que permitam equipar os cuidados de saúde primários por forma a assegurar ações preventivas mais eficientes e eficazes. Por outro lado, torna-se relevante, o envolvimento e capacitação do cuidador informal (303), o que deve operacionalizar-se na primeira etapa de transição para o exercício deste papel.

Na perceção de saúde, a distribuição segundo o género, revela que, quer no masculino (57,8%) quer no feminino (73,4%) tem destaque a autoperceção negativa. No entanto, o género masculino associa-se à autoperceção de saúde positiva sugerindo, com alicerce na literatura (76) (220), maior qualidade de vida nos homens o que poderá ocorrer

em virtude de, em média, serem mais jovens, integrarem uma classe social mais elevada e, ainda, pela associação a preservarem a mobilidade.

Residir numa família alargada associa-se à autoperceção de saúde negativa, contrariando a literatura (110) (221) (222), o que é explicado pelo facto de, nas pessoas em estudo, integrar esta tipologia familiar significar, em média, pior *performance* cognitiva, maior dependência nas ABVD e AIVD e perceção de insuficiência da pensão de reforma para responder às necessidades quotidianas. Daqui emerge, concretamente sobre esta perceção, que poderá ocorrer pela influência do declínio cognitivo e/ou pelo acréscimo de gastos coligados à dependência e/ou pelo rendimento da pessoa idosa contribuir para complementar as necessidades do agregado familiar alargado, abrindo horizontes para futuros percursos investigativos.

Ao comparar a perceção de saúde atual com os cinco anos transatos ficou clara, para a maioria (87,2%), uma evolução negativa. Apenas 3,5% das pessoas relataram uma mudança positiva que parece associar-se à recuperação de sequelas consequentes a eventos críticos, como cirurgias, ou patologias agudas, particularmente, o acidente vascular cerebral. Apesar da generalidade apresentar uma perceção de saúde negativa e da sua evolução igualmente negativa, 34,4% refere não necessitar de mais cuidados de saúde, o que corrobora outros trabalhos (17). Este achado poderá refletir a consciencialização dificultadora face às respostas humanas aos processos de vida/doença ou a crença na normalidade de alguns fenómenos, associada à ausência de expectativas na ação profissional junto de processos de vida coligados à senescência e à pluripatologia crónica.

As pessoas que manifestam uma perceção de saúde negativa relatam tendencialmente mais doenças, ingerem mais fármacos, dormem pior, têm maior comprometimento na acuidade visual, queixas álgicas mais intensas, maior perda de massa magra nos membros inferiores, maior risco de desenvolver úlcera de pressão, pior *performance* cognitiva, comprometimento da mobilidade e, naturalmente, maior dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Apesar da ausência de significado estatístico, quem classifica a perceção de saúde como negativa recorre mais vezes ao serviço de urgência. O supracitado, aliado à ausência de relação entre a perceção de saúde e a utilização da USF parece sugerir que, nas pessoas com uma autoperceção de saúde negativa, este recurso não é considerado opção de resposta.

Focando a utilização dos recursos de saúde, evidencia-se que, no último ano, a utilização do serviço de urgência excedeu, em média, a utilização da unidade de saúde familiar relacionando-se com a pluripatologia, a polimedicação, a existência de queixas álgicas e a queda accidental.

Contrariamente ao idealizado, a utilização da unidade de saúde diminui à medida que aumenta a idade, o compromisso da mobilidade e que diminui a circunferência da perna, o desempenho cognitivo e a independência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, o que poderá associar-se à maior dificuldade em transportar as pessoas dependentes até à unidade, mas revela que os mais idosos, mais vulneráveis, estão mais afastados dos cuidados de saúde primários. Estes dados são congruentes com outros estudos que clarificam que, após o controlo dos fatores socioeconómicos e riscos comportamentais, a utilização dos serviços de saúde é explicada pela influência do declínio funcional em associação à pluripatologia (4) (215) (217) (219).

Vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio domiciliário

O envelhecimento acarreta vulnerabilidade, no entanto, e particularmente nas pessoas idosas com apoio domiciliário, verificou-se que o efeito isolado dos determinantes comunitários e individuais, bem como, das interações que entre eles se estabelecem (95) (97) (101) predispõe a que o seu limiar de vulnerabilidade possa ser ultrapassado comprometendo a saúde (91) (96) (99) (102) (103).

Neste trabalho, que manteve como fio condutor o modelo de análise proposto, verificou-se que 17,1% das pessoas é muito vulnerável o que é explicado pela elevada prevalência de determinantes comunitários e individuais de vulnerabilidade, que se relacionam uns com os outros e entre si, demonstrando que à medida que aumenta a vulnerabilidade comunitária aumenta a vulnerabilidade individual e, particularmente no domínio do contexto social e económico envolvente, vice-versa.

Analisando os determinantes comunitários, verifica-se que as mulheres, mais idosas, que não gerem a reforma, que a percebem como insuficiente para responder às necessidades quotidianas, que têm reduzida escolaridade e que usufruem de mais do que três serviços sociais de apoio ao domicílio são mais vulneráveis, corroborando a literatura (91) (94) (96) (102) (103) (106). Receber cuidados informais, ainda que atue como fator protetor na análise isolada dos determinantes comunitários, ocorre nas pessoas mais vulneráveis já que quem os recebe apresenta uma vulnerabilidade individual aumentada

o que poderá justificar a insuficiência dos cuidados assegurados pelo SAD na resposta às suas necessidades. A viuvez também sugere maior vulnerabilidade comunitária, no entanto quando associada a fenômenos que ampliam a vulnerabilidade individual, predisõem à integração nos agregados familiares dos filhos retratando estratégias familiares de suplementação da dependência.

Nos determinantes individuais atesta-se a elevada prevalência de fenômenos, sensíveis aos cuidados de enfermagem, que se encontram altamente afetados, como: declínio cognitivo, compromisso do estado de consciência, polimedicação, comprometimento do sono, queda acidental, dor, compromisso da mobilidade, dependência nas AIVD e ABVD, défice nutricional, perda de massa magra, alto risco de desenvolver úlceras de pressão, presença de úlceras de pressão e autoperceção de saúde negativa, bem como, a existência de relações estatisticamente significativas entre esses mesmos fenômenos, ampliando a vulnerabilidade e convidando a refletir na adequação dos cuidados de saúde e sociais disponibilizados a estas pessoas.

Apesar da individualidade da experiência, que torna a vulnerabilidade situacional num contínuo dinâmico (93) (97) (103) (107) (98), os estudos descrevem fatores de risco que corroboram os achados deste trabalho, a saber-se a percepção sensorial, a mobilidade, o risco de queda, o desempenho cognitivo, a complexidade do regime medicamentoso, a dependência funcional, a pluripatologia (104), o risco de úlcera de pressão e o comprometimento do *status* nutricional (105). Noutro estudo, verifica-se que a reduzida escolaridade tende a comprometer a literacia e o acesso aos serviços (102) ampliando a vulnerabilidade e acarretando, a longo prazo, necessidades em saúde que carecem de intervenções complexas, deixando clara a influência das políticas públicas de saúde e sociais (98).

Note-se, que à medida que aumenta o número de feridas, o risco de desenvolver úlceras de pressão, o número de quedas, o número de fármacos ingeridos diariamente e a dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, e que diminui o desempenho cognitivo, a circunferência da perna e a mobilidade aumenta a vulnerabilidade. Constata-se, ainda, e contrariamente ao desejável, que à medida que aumenta a vulnerabilidade aumenta o número de serviços contratualizados ao SAD, a utilização do serviço de urgência e o número de internamentos, pese embora, não exista relação estatisticamente significativa entre a vulnerabilidade e a utilização da unidade de saúde familiar.

Daqui poder-se-á inferir que as pessoas idosas e as suas famílias lidam com o aumento da vulnerabilidade, conseqüente ao efeito conjunto dos determinantes comunitários e individuais que, por sua vez, também dizem respeito aos fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem, contratualizando mais serviços de substituição junto do SAD e utilizando cuidados de saúde diferenciados o que, naturalmente, poderá representar um ciclo vicioso de aumento dos custos para o próprio, a família e a sociedade em geral.

Perspetiva-se que a adoção indiscriminada de cuidados de substituição (244) junto de pessoas idosas com capacidade e/ou potencial para se autocuidarem contribui para a mudança da identidade integradora fluída (27) precursora da adoção do papel de dependente que colide com a filosofia *Ageing in Place* (82). Por outro lado, responder às necessidades das pessoas idosas que apresentam maior vulnerabilidade individual, com recursos meramente sociais também carece de reflexão já que a ausência de respostas continuadas parece potenciar a utilização de cuidados de saúde diferenciados o que também coloca em causa esta filosofia.

No estudo, a falta de estratégias para lidar com a vulnerabilidade que, quando não podem ser internas pela elevada prevalência de determinantes comunitários e individuais, devem ser emanadas pelas organizações governamentais, ficou aquém das problemáticas apresentadas, convidando à necessidade de reflexão neste domínio.

É perante esta realidade, e imbuídos na literatura, que se acredita que a prescrição de terapêuticas de enfermagem dirigidas às necessidades reais das pessoas idosas que se encontram em casa com apoio social, poderá contribuir, de forma muito significativa, assegurando a permanência no domicílio, com qualidade, prevenindo o declínio funcional e cognitivo e, naturalmente, a admissão hospitalar e institucionalização (313).

Ao centrar o cuidado na pessoa, destaca-se o diálogo permanente entre qualidade de vida e *ageing in place*, alicerçado no processo multidisciplinar de diagnóstico interdisciplinar dos determinantes individuais e comunitários de vulnerabilidade com vista ao desenvolvimento de planos de preservação, prevenção e reabilitação integrados, coordenados e de acompanhamento continuado (117) (118) (119) (120) (121).

Neste sentido, acredita-se que respostas mais ajustadas centrar-se-ão no apoio domiciliário integrado constituído por equipas multidisciplinares que, após a avaliação geriátrica multidimensional, encaminham as pessoas idosas para os cuidados sociais mais ajustados às suas necessidades, norteados os profissionais das instituições em articulação com os cuidados de saúde primários.

Capítulo 8 – Considerações finais

O estudo revela a vulnerabilidade das pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto, mas também, a importância desta tipologia de cuidados sociais enquanto resposta de proximidade dirigida à satisfação das necessidades inerentes à dependência nas atividades instrumentais e básicas de vida diária.

Apesar de estarmos convictos que na ausência do SAD estas pessoas estariam, provavelmente, piores, constata-se que as transições demográfica e epidemiológica, coligadas a alterações na estrutura e dinâmica das famílias têm acrescentado complexidade às situações de saúde e sociais exigindo respostas assistências para as quais estes serviços não foram constituídos ou preparados.

Fica a descoberto, com os resultados do estudo, a elevada prevalência de fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem, que se encontram altamente afetados, como: declínio cognitivo, compromisso do estado de consciência, polimedicação, comprometimento do sono, queda acidental, dor, compromisso da mobilidade, dependência nas AIVD e ABVD, perda de massa magra, alto risco de desenvolver úlceras de pressão, presença de úlceras de pressão e autoperceção de saúde negativa, que atestam a vulnerabilidade individual, num contexto onde está claramente presente uma vulnerabilidade comunitária. No entanto, à medida que aumenta a vulnerabilidade aumenta a utilização do serviço de urgência e o número de internamentos o que aliado à ausência de relação estatística com o número de vezes que é utilizada a unidade de saúde familiar sugere que para as pessoas idosas e suas famílias os cuidados sociais e de saúde diferenciados são as respostas adotadas. Face a esta realidade, o apoio social no domicílio responde com cuidados que complementam ou substituem o próprio e, se existir, o cuidador informal/família sugerindo que estes serviços não estão preparados para o desafio de promover um envelhecimento saudável, mas sim para perpetuar o *ageing in place*, atrasando a institucionalização, mesmo em situações de vulnerabilidade extrema.

Acredita-se que este estudo retrata o primeiro passo para que seja possível a prescrição de terapêuticas de enfermagem, fundamentadas em evidência científica que contribuam para a permanência das pessoas idosas naquele que é o seu contexto assegurando respostas ajustadas às suas necessidades que predisõem a que as transições experienciadas decorram no sentido de maior resiliência/adaptação.

Entende-se que perante a conjuntura atual, os resultados apresentados constituem forte evidência da necessidade de cuidados de saúde na comunidade com o contributo

indiscutível dos enfermeiros. Perspetiva-se que a sua ação profissional possa concorrer para a implementação de estratégias que favoreçam uma correta avaliação multidimensional precursora do desenvolvimento de intervenções focadas nas necessidades reais destas pessoas e suas famílias com vista à preservação da saúde, prevenção de complicações e reabilitação, assente numa perspetiva transicional, continuada e mediada pela multidisciplinariedade integrada. Espera-se, ainda, que o estudo possa contribuir com conhecimento que fundamente a tomada de decisão política, proporcionando o desenvolvimento de respostas mais integradas e continuadas para que estas pessoas possam viver, com qualidade, no seu domicílio.

Apesar da robustez que se procurou impor ao percurso há que assumir algumas limitações. A opção de realizar o estudo no domicílio fundamentou-se na necessidade de recolher dados face ao mesmo, mas, acima de tudo, na tentativa de evitar prejuízos para o participante pese embora, tenha ficado inviabilizada a realização de alguns testes que exigiam condições indisponíveis na maior das casas ou obrigavam ao transporte de equipamento de dimensões consideráveis. No entanto, identificam-se algumas oportunidades, desde logo a importância de um estudo longitudinal que amplie a compreensão da vulnerabilidade enquanto fenómeno em mudança aliada ao desenvolvimento de trabalhos de cariz qualitativo que, mesmo não sendo passíveis de generalização, podem contribuir para expor dados essenciais à definição de terapêuticas de enfermagem mais personalizadas

Este percurso, que respondeu a algumas inquietações, despertou muitas outras, deixando clara a necessidade de continuarmos a investigar, nomeadamente, na construção de instrumentos de medição da vulnerabilidade da pessoa idosa que facilitem o seu diagnóstico, bem como, no papel desempenhado pelo enfermeiro de família e cuidador informal com vista à construção de conhecimento disciplinar que preceda o desenvolvimento de estudos pilotos dirigidos ao desenvolvimento de intervenções favorecedoras de transições mais adaptativas e promotoras do almejado *Ageing in Place*.

Perspetiva-se assim, em última análise, que a conjugação destes saberes permita ampliar o *core* disciplinar com vista ao desenvolvimento de modelos de intervenção que orientem a *praxis* dos enfermeiros em contexto domiciliário, articulando saberes inter(disciplinares) que permitam “*o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas e mais competências de tomada de decisão*” (1) respondendo ao mote que impulsionou este percurso e, acima de tudo, gerando valor para o próprio/família, para a sociedade e para a disciplina.

Capítulo 9 – Referências Bibliográficas

1. **SILVA, Abel.** Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, 2007, Vol. 1/2, 11-20.
2. **INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA.** Censos 2011. [Online] 2011. [Citação: 9 de Abril de 2019.] http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.
3. **PORDATA.** Pordata. [Online] 2019. [Citação: 10 de Abril de 2019.] <http://www.pordata.pt/Portugal>.
4. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** *World report on ageing and health*. Genebra: World Health Organization, 2015.
5. **COELHO, Carla.** *Envelhecimento e saúde em Portugal. Práticas e desafios num cenário de aumento da população idosa (1972 - 2013)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 2016. Tese de Doutoramento em Ciência Política.
6. **CAEIRO, Paula.** *O papel da intervenção da rede formal no apoio à pessoa idosa: apoio domiciliário integrado em Olhão*. Évora: Universidade de Évora, 2000. Dissertação de Mestrado.
7. **CARVALHO, Maria.** *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Lidel, 2013.
8. **DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE.** *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção geral da Saúde, 2004.
9. **PAÚL, Constança.** Tendências atuais e desenvolvimentos futuros da Gerontologia. PAÚL, Constança e RIBEIRO, Oscar. *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lidel: Edições Técnicas, Lda, 2012.
10. **LUPPA, et al.** Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing*. 39, 2010, Vol. 1, 31-38.
11. **HAJEK, André, et al.** Longitudinal Predictors of Institutionalization in Old Age. *PLoS ONE*. 10, 2015, Vol. 12, 1-11.
12. **ESKA, Kathrin, et al.** Predictors of Institutionalization of Dementia Patients in Mild and Moderate Stages: A 4-Year Prospective Analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 1, 2013, Vol. 3, 426–445.
13. **SILVA, José.** *Envelhecimento e Políticas Sociais: um estudo sobre o serviço de apoio domiciliário*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2016. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social.

14. **UNITED NATIONS.** *World Population Ageing 2017*. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017.
15. **BOECKXSTAENS, Pauline e DE GRAAF, Pim.** Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care*. 6, 2011, Vol. 19, 369-389.
16. **ACHENBAUM, Andrew.** 2008 Kent Award Lecture: an historian interprets the future of gerontology. *The Gerontologist*. 2, 2010, Vol. 50, 142-148.
17. **ALMEIDA, Armando.** *Funcionalidade e Vulnerabilidade em pessoas idosas. Implicações para os Cuidados de Enfermagem*. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2017. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
18. **CÂMARA MUNICIPAL DO PORTO.** *Monitorização Social do Porto - 2013*. Porto: Divisão Municipal de Planeamento e Ordenamento do Território, 2014.
19. **ESTEVES, António e PINTO, José.** O Envelhecimento na área metropolitana do Porto. *Estatísticas e Estudos Regionais*. 1997, Vol. 14, 22-30.
20. **MAIA, Helena.** *Tomar conta de pessoas dependentes no domicílio Estudo exploratório acerca dos recursos utilizados no seio das famílias clássicas do concelho do Porto*. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado.
21. **PARENTE, Paulo.** *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2014. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
22. **BARROS, Carlos e SANTOS, José.** *As Instituições Não-Lucrativas e a Acção Social em Portugal*. Lisboa: Vulgata, 1997.
23. **BONFIM, Catarina e VEIGA, Sofia.** *Serviços de Apoio Domiciliário (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Segurança Social, 1996.
24. **ENGENHEIRO, Sílvia.** *Apoio Domiciliário e Qualidade: Um Estudo de Caso*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2008. Dissertação de Mestrado em Política Social.
25. **COSTA, Teresa e REMOALDO, Paula.** Portugal, um país de Cabelos Brancos: O envelhecimento da população portuguesa e as suas implicações no ordenamento do território. *Geography Journal*. 4, 2012, Vol. 4, 33-55.

26. **MINISTÉRIO DO TRABALHO, SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL.** Carta Social. [Online] 2019. [Citação: 5 de Agosto de 2019.] http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb_valencia&cod_distrito=13&cod_concelho=12&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2101&dcf=1312.
27. **MELEIS, Afaf.** *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.* New York: Springer, 2010.
28. **FIGUEIREDO, Henriqueta.** *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família.* Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, 2012.
29. **PEREIRA, Isabel.** *Regresso a Casa. Estrutura da Ação de Enfermagem.* Lisboa: Universidade Católica Editora, 2013.
30. **SEQUEIRA, Carlos.** *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental.* Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda, 2010.
31. **MACHADO, Paulo.** *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado.* Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2014. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
32. **LAGE, Maria Isabel.** *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacte do cuidado no cuidador informal.* Porto: Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
33. **OKAMOTO, Kazushi, HASEBE, Yoshiko e HARASAWA, Yuko.** Caregiver psychological characteristics predict discontinuation of care for disabled elderly at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 11, 2007, Vol. 22, 1110-1114.
34. **RODRIGUES, Sérgio, WATANABE, Helena e DERNTL, Alice.** A Saúde de Idosos que Cuidam Idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 4, 2006, Vol. 40, 493-500.
35. **ARAI, et al.** Patterns of outcomes of Caregiving for the impaired elderly: a longitudinal study in rural Japan. *Aging and Mental Health.* 1, 2002, Vol. 6, 39-46.
36. **MARTINS, Teresa.** *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores.* Coimbra: Formasau, 2006.
37. **MARTINS, Teresa, RIBEIRO, José e GARRETT, Carolina.** Estudo de Validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doença.* 1, 2003, Vol. 4, 131-148.

38. **ANDRADE, Fernanda.** *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal.* Braga: Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, 2009. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.
39. **GRELHA, Patrícia.** *Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em contexto domiciliário.* Lisboa: Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos.
40. **LEMOS, Jacinta.** *Avaliação das Dificuldades dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes.* Bragança: Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Envelhecimento Ativo.
41. **SOUSA, André.** *Quando o Cuidador é Idoso, Impacto Físico Emocional e Social do Cuidador Informal Idoso.* Braga: Universidade Católica Portuguesa: Faculdade de Ciências Sociais, 2011. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada.
42. **PERA, Lídia.** *Avaliação das dificuldades e sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes.* Bragança: Instituto Politécnico de Bragança: Escola Superior de Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Envelhecimento Ativo.
43. **PEREIRA, Helder.** *Subitamente Cuidadores Informais! A Experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado.* Lisboa: Universidade de Lisboa, 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
44. **PEREIRA, Maria e FELGUEIRAS, Maria.** A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista de Atenção Primária à Saúde.* 1, 2009, Vol. 12, 72-82.
45. **VERÍSSIMO, Cristina e MOREIRA, Isabel.** Os cuidadores familiares informais: cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem.* 1, 2004, Vol. 8, 60-65.
46. **DOORNBOS, Mary.** Family Caregivers and the Mental Health Care System: Reality and Dreams. *Archives of Psychiatric Nursing.* 1, 2002, Vol. 16, 39-46.
47. **CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS.** *Examining the Literature on Injuries and Contributing Factors Affecting the Health and Well-Being of Older Adult Caregivers.* Ottawa: Public Health Agency of Canada, 2010.
48. **FERNANDES, Maria e GARCIA, Telma.** Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista de Escola Enfermagem da USP.* 4, 2009, Vol. 43, 818-824.

49. **CARDOSO, Maria.** *Promover o bem-estar do familiar cuidador programa de intervenção estruturado.* Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2011. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
50. **PETRONILHO, Fernando.** *Preparação do Regresso a Casa.* Coimbra: Formasau, 2007.
51. **SCHUMACHER, karen.** Family Caregiver role acquisition: Role – making through situated interaction. *Scholarly Inquiry in Nursing Practise.* 3, 1995, Vol. 9, 211 - 226.
52. **BREERETON, Louise e MIKE, Nolan.** 'You do know he's had a stroke, don't you?' Preparation for family care-giving - the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing.* 4, 2000, Vol. 9, 498-506.
53. **SHYU, Yu.** The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing.* 3, 2000, Vol. 32, 619 - 625.
54. **CATTANI, Roceli e GIRARDON-PERLINI, Nara.** Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Electrónica de Enfermagem.* 2, 2004, Vol. 6, 254-271.
55. **CARERS TRUST.** *Caring About Older Carers - Providing Support for People Caring Later in Life.* London: Carers Trust, 2015.
56. **MARAMBA, Patricia, et al.** Discharge Planning Process Applying a Model for Evidence-based Practice. *Journal of Nursing Care Quality.* 2, 2004, Vol. 19, 123-129.
57. **CAVADAS, Brígida.** *Tomar conta de dependentes em casa. Estudo exploratório acerca dos recursos e suporte para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados.* Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2012. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
58. **SCHULZ, Richard e SHERWOOD, Paula.** Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing.* 9 (Suplemento), 2008, Vol. 108, 23-27.
59. **FERREIRA, Raquel.** *A Criação de um Serviço de Apoio Domiciliário no Combate ao Retraimento Social dos Mais Velhos.* Porto: Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social: Instituto Superior de Serviço Social do Porto, 2014. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social.
60. **RIBEIRINHA, Carla.** *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio.* Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado em Serviço Social.
61. **BENJAMIN.** A Normative Analysis of Home Care Goals. *Journal of Aging and Health.* 3, 1999, Vol. 11, 445-468.

62. **RODRÍGUES, Pilar, et al.** *El Servicio de Ayuda a Domicilio-Programación del Servicio, Manual de Formación para Auxiliares*. Madrid: Editorial Paraamericana, 2000.
63. **HÉRBERT, Réjean, et al.** PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*. 2003, Vol. 3, 1-8.
64. **THOMÉ, Bibbi, DYKES, Anna-Karin e HALLBERG, Ingalill.** Home Care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 6, 2003, Vol. 12.
65. **PIMENTEL, Luísa.** *O Lugar do Idoso na Família - Contextos e Trajetórias*. Coimbra: Quarteto, 2001.
66. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA.** *Estatísticas APAV. Relatório Anual 2015*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2015.
67. **ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA.** *Rede de Apoio a Familiares e Amigos de Vítimas de Homicídio e Vítimas de Terrorismo*. Lisboa: Observatório de Crimes de Homicídio, 2018.
68. **COSTA, Tânia, et al.** Idosos que cuidam de idosos: desafios para a enfermagem. *8th International Seminar on Nursing Research*. 2014.
69. **RODRIGUES, Marta.** *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – Versão Reduzida*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Enfermagem Comunitária.
70. **VON KÄNEL, Roland, et al.** Poor Sleep Is Associated with Higher Plasma Proinflammatory Cytokine Interleukin-6 and Procoagulant Marker Fibrin D-Dimer in Older Caregivers of People with Alzheimer’s Disease. *Journal of American Geriatrics Society*. 3, 2006, Vol. 54, 431-437.
71. **MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL.** *Portaria n.º 38/2013*. s.l. : Diário da República, 1.ª série — N.º 21 — 30 de janeiro de 2013, 2013.
72. **MARTIN, José, OLIVEIRA, Laura e DUARTE, Natália.** Análise da Intensidade dos Serviços de Cuidados prestados aos utentes idosos do Serviço de Apoio Domiciliário. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2, 2010, Vol. 13, 245-253.
73. **JOSÉ, José.** Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. 2012, 123-150.
74. **RODRIGUES, Catarina.** *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: Um estudo de caso*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2014. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações.

75. **PIMENTEL, Luísa e MESQUITA, Angelina.** *Serviços de proximidade*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2003.
76. **CARAMELO, Ana.** *Qualidade de vida da pessoa idosa nos lares e centros de dia do distrito de Vila Real*. Porto: Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde, 2015. Tese de Doutoramento em Enfermagem.
77. **PIMENTA, Susana.** *Mobilidade Reduzida dos Idosos no Domicílio – Condições Determinantes*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2016. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.
78. **CAO, Mei, et al.** Chinese community-dwelling elders' needs: promoting ageing in place. *International Nursing Review*. 3, 2014, Vol. 61, 327-335.
79. **MELLO, Johanna, et al.** Exploring Home Care interventions for Frail Older People in Belgium: A Comparative Effectiveness Study. *Journal American Geriatrics Society*. 11, 2016, Vol. 64, 2251-2256.
80. **FONSECA, António.** *Ageing in Place. Boas Práticas em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2018.
81. **LECOVICH, Esther.** Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*. 1, 2014, Vol. 20, 21–32.
82. **WORLD HEALTH ORGANIZATION**. *Global age-friendly cities: a guide*. Geneva: World Health Organization, 2007.
83. **FONSECA, António.** *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa: Coisas de ler, 2014.
84. **GONZALEZ, Lori.** A focus on the program of all-inclusive care for the elderly (PACE). *Journal of Aging & Social Policy*. 5, 2017, Vol. 29, 475–490.
85. **NATIONAL PACE ASSOCIATION.** *Who, what and where is PACE?* Virginia: National PACE Association, 2015.
86. **GUISE, Jeanne-Marie, et al.** *Systematic Reviews of Complex Multicomponent Health Care Interventions*. Rockville: Agency for HealthCare Research and Quality, 2014.
87. **BOULT, Chad e WIELAND, Darryl.** Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: “Nobody rushes you through”. *Journal of the American Medical Association*. 17, 2010, Vol. 304, 1936-1943.

88. **POLLINA, Laura, et al.** Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC Geriatrics*. 53, 2017, Vol. 17, 1-10.
89. **VIEIRA, Margarida.** *A vulnerabilidade e o respeito no cuidado ao outro*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2003. Tese de Doutoramento.
90. **CAMBRIDGE ADVANCED LEARNER'S DICTIONARY.** Available at: <http://tinyurl.com/6pyprn>. [Online] 2005. [Citação: 9 de 9 de 2019.]
91. **FINEMAN, Martha.** *"Elderly" as vulnerable: rethinking the nature of individual and societal responsibility*. Georgia: Emory University School of Law, 2013.
92. **BARTALI, Benedetta, et al.** Serum Micronutrient concentrations and decline in physical function among older persons. *Journal of the American Medical Association*. 3, 2008, Vol. 299, 308-315.
93. **HAVRILLA, Emily.** Defining Vulnerability. *Madridge Journal of Nursing*. 1, 2017, Vol. 2, 63 - 68.
94. **LEFFERSs, Jeanne, et al.** Development of a Theoretical Construct for Risk and Vulnerability from Six Empirical Studies. *Research and Theory for Nursing Practice*. 1, 2004, Vol. 18.
95. **NICHIATA, Izumi., et al.** A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 5, 2008, Vol. 16, 923-928.
96. **AYRES, José, et al.** O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. In Dina CZERESNIA e Carlos FREITAS. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
97. **SCHRODER-BUTTERFILL, Elisabeth. e MARIANTI, Ruly.** A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing & Society*. 1, 203, Vol. 26, 9-35.
98. **COLLEGE AND ASSOCIATION OF REGISTERED NURSES OF ALBERTA.** *Position Statement on Vulnerability*. Edmonton: College and Association of Registered Nurses of Alberta, 2005.
99. **ADAY, Lu.** Health status of vulnerable populations. *Annual Review of Public Health*. 15, 1994, 187-509.
100. **PURDY, Isabell.** Vulnerable: A Concept Analysis. *Nursing Forum*. 4, 2004, Vol. 39, 25-33.

101. **MELO-DIAS, Carlos e SILVA, Carlos.** Sobre a Vulnerabilidade.... *Psicologia, Saúde & Doenças*. 3, 2015, Vol. 16, 411-420.
102. **BARBOSA, Keylla, et al.** Envelhecimento e Vulnerabilidade Individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*. 26, 2017, Vol. 2, 1-10.
103. **ROGERS, Ada.** Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*. 1997, Vol. 26, 65-72.
104. **AMANCIO, Thaís, OLIVEIRA, Maria e AMANCIO, Vitor.** Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2, 2019, Vol. 22, 1-9.
105. **HOLM, Birgitta, MESCH, Lisa e OVE, Hellzén.** Importance of nutrition for elderly persons with pressure ulcers or a vulnerability for pressure ulcers: systematic literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 25, 2006, Vol. 1, 77-84.
106. **GOMES, Marília, et al.** Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. *Cadernos de Saúde Pública*. 3, 2013, Vol. 29, 566-78.
107. **MAIA, Flávia, et al.** Cross-cultural adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): helping in the identification of vulnerable older people. *Rev Esc USP*. nº especial, 2012, Vol. 46, 116-112.
108. **TOMM-BONDE, Laura.** The Naïve nurse: revisiting vulnerability for nursing. *BMC Nursing*. 5, 2012, Vol. 11, 1-7.
109. **BROCKLEHURST, Hilary e LAURENSEN, Mary.** A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*. 21, 2008, Vol. 17, 1354-1357.
110. **MARKLE-REID, Maureen, BROWNE, Gina e GAFNI, Amiram.** NNurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 1, 2013, Vol. 19, 118–131.
111. **ANGEL, Sanne e VATNE, Solfrid.** Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient–nurse relationship. *Journal of Clinical Nursing*. 9-10, 2016, Vol. 26, 1428–1437.
112. **ZAIDI, Asghar.** *Life Cycle Transitions and Vulnerabilities in Old Age: A Review*. Human Development Report Office, 2014.

113. **SCHRÖDER-BUTTERFILL, Elisabeth.** The Concept of Vulnerability and Its Relationship to Frailty. [Online] 2012. [Citação: 25 de Março de 2019.] https://www.academia.edu/12329314/The_Concept_of_Vulnerability_and_Its_Relationship_to_Frailty.
114. **RUBENSTEIN, Laurence e STUCK, Andreas.** Multidimensional geriatric assessment. In Alan SINCLAIR, John MORLEY e Bruno VELLAS. *Principles and practice of Geriatric Medicine*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 2012.
115. **ZUBAIR, Maria, et al.** Using comprehensive geriatric assessment for quality improvements in healthcare of older people in UK care homes: protocol for realist review within Proactive Healthcare of Older People in Care Homes (PEACH) study. *BMJ Open*. 10, 2017, Vol. 7, 1-7.
116. **FLETCHER, Astrid.** Multidimensional assessment of elderly people in the community. *British Medical Bulletin*. 9, 1998, Vol. 54, 945-960.
117. **RODRIGUES, Rogério.** *Avaliação Comunitária de Uma População de Idosos Da funcionalidade à utilização de serviços*. Coimbra: Mar de Palavras- Edições Lda, 2009.
118. **EKERSTAD, Niklas, et al.** Is the acute care of frail elderly patients in a comprehensive geriatric assessment unit superior to conventional acute medical care? *Clinical Interventions in Aging*. 2017, Vol. 12, 1-9.
119. **ELLIS, Graham, et al.** Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014, Vol. 7, 1-73.
120. **ROSEN, Sonja e REUBEN, David.** Geriatric Assessment Tools. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 4, 2011, Vol. 78, 489–497.
121. **PHILP, Ian, et al.** *Person-centred assessment to integrate care or older people*. s.l. : World Health Organization, 2017.
122. **LUECKENOTTE, Annette.** *Avaliação em Gerontologia*. Saint Louis: Mosby-Year Book, 2002.
123. **MACIEL, Arlindo.** *Avaliação Multidisciplinar do Paciente Geriátrico*. Rio de Janeiro: Revinter Lda, 2002.
124. **RIJN, Marjon, et al.** Comprehensive geriatric assessment: recognition of identified geriatric conditions by community-dwelling older persons. *Age and Ageing*. 6, 2016, Vol. 45, 894–899.
125. **RUBENSTEIN, Laurence, et al.** Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: Overview of the evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*. 9, 1991, Vol. 39, 8S-16S.

126. **VAN CRAEN, Katleen, et al.** The Effectiveness of Inpatient Geriatric Evaluation and Management Units: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1, 2010, Vol. 58, 83–92.
127. **PARTRIDGE, et al.** Randomized clinical trial of comprehensive geriatric assessment and optimization in vascular surgery. *British Journal of Surgery*. 6, 2017, Vol. 104, 679-687.
128. **SIQUENIQUE, Sofia.** *Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2015. Dissertação de Mestrado em Fisioterapia em Condições Músculo-Esqueléticas.
129. **SCHEURINGER, Monika, GRILL, Eva e BOLDT, Christine, MITTRACH, René.** Systematic review of measures and their concepts used in published studies focusing on rehabilitation in the acute hospital and in early post-acute rehabilitation facilities. *Disability and Rehabilitation*. 7-8, 2005, Vol. 27, 419-429.
130. **BRIGGS, MCDONOUGH, et al.** Comprehensive Geriatric Assessment for community dwelling, high-risk, frail, older people (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017, Vol. 6, 1-12.
131. **SILVA, Samuel, FELGUEIRAS, Rafael e OLIVEIRA, Ilídio.** Geriatric Helper: An mHealth Application to Support Comprehensive Geriatric Assessment. *Sensors*. 2018, Vol. 18, 1-21.
132. **CULO, Sandi.** Risk assessment and intervention for vulnerable older adults. *BC Medical Journal*. 8, 2011, Vol. 53, 421-425.
133. **CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS.** *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda, 2016.
134. **FÁVARO-MOREIRA, Nádia, et al.** Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Advances in Nutrition*. 3, 2016, Vol. 7, 507–522.
135. **PENDER, Nolan, MURDAUGH, Carolyn e PARSONS, Mary.** *Health Promotion in Nursing Practice*. Boston: Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hal, 2006.
136. **COLÓN-EMERIC, Cathleen, et al.** Functional Decline in Older Adults. *American Family Physician*. 6, 2013, Vol. 88, 388-394.

137. **STUCK, Andreas, et al.** Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine*. 4, 1999, Vol. 48, 445-469.
138. **MAHONEY, Florence e BARTHEL, Dorothea.** Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*. 1965, Vol. 14, 56- 61.
139. **LAWTON, Michael e BRODY, Elaine.** Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 3, 1969, Vol. 9, 179-186.
140. **STORENG, Siri, SUND, Erik. e KROKSTAD, Steinar.** Factors associated with basic and instrumental activities of daily living in elderly participants of a population based survey: the Nord-Trøndelag Health Study, Norway. *BMJ Open*. 3, 2018, Vol. 8, 1-10.
141. **TAK, Erwin, et al.** Prevention of onset and progression of basic ADL disability by physical activity in community dwelling older adults: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*. 1, 2013, Vol. 12, 329–338.
142. **VERMEULEN, Joan, et al.** Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 33, 2011, Vol. 11, 1-11.
143. **VAN DER VORST, Anne, et al.** Correction: Limitations in Activities of Daily Living in Community-Dwelling People Aged 75 and Over: A Systematic Literature Review of Risk and Protective Factors. *PLoS ONE*. 1, 2016, Vol. 12, 1-18.
144. **ROOTH, Meredith.** The Prevalence and Impact of Vision and Hearing Loss in the Elderly. *NCMedical Journal*. 2, 2017, Vol. 78, 118-120.
145. **SIEWE, Youmasu.** Understanding the Effects of Aging on the Sensory System. *Oklahoma Cooperative Extension Service*. 1914, 2140-2148.
146. **HAANES, Gro.** *Hearing, vision, and lighting conditions among older recipients of home care*. OSLO: UNIVERSITETET, 2016. Thesis for the Degree of Philosophiae Doctor.
147. **DEAL, Jennifer, et al.** Hearing impairment and incident dementia and cognitive decline in older adults: the Health ABC study. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*. 5, 2017, Vol. 72, 703-709.
148. **PAÚL, Constança e RIBEIRO, Oscar.** *Manual de Gerontologia. Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa :LIDEL - Edições Técnicas, Lda, 2012.

149. **ELIOPOULOS, Charlotte.** *Enfermagem Gerontológica. 5ª edição.* Porto Alegre: Artmed, 2005.
150. **NOROOZIAN, Maryam, et al.** Pain: The Neglect Issue in Old People's Life. *Macedonian Journal of Medical Sciences.* 9, 2018, Vol. 6, 773-1778.
151. **DIXE, Maria e QUERIDO, Ana.** Quality of Life of the Elderly People with Chronic Pain. *International Journal of Developmental and educational Psychology.* 1, 2009, Vol. 2, 111-120.
152. **FERRETTI, Fátima, et al.** Sleep quality in the elderly with and without chronic pain. *Brazilian Journal of Pain.* 2, 2018, Vol. 1, 141-146.
153. **ANDREWS, James, et al.** Pain as a Risk Factor for Disability or Death. *Journal of the American Geriatrics Society.* 4, 2013, Vol. 61, 583–589.
154. **SCHULER, Matthias, et al.** Acute and Chronic Pain in Geriatrics: Clinical Characteristics of Pain and the Influence of Cognition. *Pain Medicine.* 3, 2004, Vol. 5, 253–262.
155. **SARAIVA, Marcos, et al.** Persistent pain is a risk factor for frailty: a systematic review and meta-analysis from prospective longitudinal studies. *Age and Ageing.* 6, 2018, Vol. 47, 785–793.
156. **TRACY, Bridget e MORRISON, Sean.** Pain Management in Older Adults. *Clinical Therapeutics.* 11, 2013, Vol. 35, 1659-1668.
157. **HARADA, Caroline, LOVE, Marissa e TRIEBEL, Kristen.** Normal Cognitive Aging. *Clinics in Geriatric Medicine.* 4, 2014, Vol. 29, 737–752.
158. **CHENG, et al.** Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies. *Internal Medicine Journal.* 5, 2012, Vol. 42, 484-491.
159. **LI, Xin, et al.** Prevalence of and Potential Risk Factors for Mild Cognitive Impairment in Community-Dwelling Residents of Beijing. *Journal of the American Geriatrics Society.* 12, 2013, Vol. 61, 2111–2119.
160. **BAUMGART, Matthew, et al.** Summary of the evidence on modifiable risk factors for cognitive decline and dementia: A population-based perspective. *Alzheimer's & Dementia.* 6, 2015, Vol. 11, 718-726.
161. **LIVINGSTON, Andrew, et al.** Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet.* 10113, 2017, Vol. 390, 2673-2734.
162. **PRINCEA, Martin, et al.** The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *The Journal of the Alzheimer's Association.* 1, 2013, Vol. 9, 63 - 75.

163. **APÓSTOLO, et al.** Efeito da estimulação cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, 2011, Vol. 5, 193-201.
164. **COSTA, Ana e SEQUEIRA, Carlos.** Efetividade de um programa de estimulação cognitiva em idosos com déficit cognitivo ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2013, Vol. 9, 14-20.
165. **FORSTER, Alexandre, et al.** Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *European Geriatric Medicine*. 6, 2011, Vol. 2, 356–362.
166. **MARCENES, Wagner, et al.** A relação entre estado dentário, seleção alimentar, ingestão de nutrientes, estado nutricional e índice de massa corporal em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*. 3, 2003, Vol. 19, 809 - 816.
167. **DEAN, Moira, et al.** Factors influencing eating a varied diet in old age. *Public Health Nutrition*. 12, 2009, Vol. 12, 2421-2427.
168. **HERMAN, Peter.** The social facilitation of eating. A review. *Appetite*. 1, 2015, Vol. 86, 61-73.
169. **NAKATA, Ryuzaburo e KAWAI, Nobuyuki.** The "social" facilitation of eating without the presence of others: Self-reflection on eating makes food taste better and people eat more. *Physiology & Behavior*. 2017, Vol. 179, 23-29.
170. **AGARWAL, et al.** Malnutrition in the elderly: A narrative review. *Maturitas*. 4, 2013, Vol. 76, 296 – 302.
171. **STENHOLM, Sari, et al.** Sarcopenic obesity - definition, etiology and consequences. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*. 6, 2008, Vol. 11, 693–700.
172. **BAUMGARTNER, Richard, et al.** Sarcopenic Obesity Predicts Instrumental Activities of Daily Living Disability in the Elderly. *Obesity Research*. 12, 2004, Vol. 12, 1995-2004.
173. **CHOI, Kyung.** Sarcopenia and sarcopenic obesity. *The Korean Journal of Internal Medicine*. 6, 2016, Vol. 31, 1054-1060.
174. **BROWN, William e MCCARTHY, Mary.** Sarcopenia: What Every NP Needs to Know. *The Journal for Nurse Practitioners*. 8, 2015, Vol. 11, 753-760.
175. **GILL, Lydia, BARTELS, Stephen e BATSIS, John.** Weight Management in Older Adults. *Current Obesity Reports*. 3, 2015, Vol. 4, 379-388.
176. **SCHUSTER, Brenda, KOSAR, Lynette e KAMRUL, Rejina.** Constipation in older adults. *Canadian Family Physician*. 2, 2015, Vol. 61, 152-158.

177. **GALLEGOS-OROZCO, Juan, et al.** Chronic Constipation in the Elderly. *The American Journal of Gastroenterology*. 1, 2012, Vol. 107, 18-25.
178. **FOROOTAN, Mojgan, BAGHERI, Nazila e DARVISHI, Mohammad.** Chronic constipation: A review of literature. *Medicine (Baltimore)*. 20, 2018, Vol. 97, 1-9.
179. **MCKAY, Sherry, FRAVEL, Michelle e SCANLON, Cathy.** Evidence-Based Practice Guideline Management of Constipation. *Journal of Gerontological Nursing*. 7, 2012, Vol. 38, 9 - 15.
180. **HOLROYD, Sharon.** How can community nurses manage chronic constipation? *Journal of Community Nursing*. 5, 2015, Vol. 29, 74-82.
181. **BRAGA, Vanessa, et al.** Nursing interventions with people with obesity in Primary Health Care: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2017, Vol. 51, 1-11.
182. **TOBIN, Desmond.** Introduction to skin aging. *Journal of Tissue Viability*. 1, 2017, Vol. 26, 37-46.
183. **FARAGE, Miranda, et al.** Clinical Implications of Aging Skin Cutaneous Disorders in the Elderly. *American Journal of Clinical Dermatology*. 2, 2009, Vol. 10, 73-86.
184. **NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL; PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE.** *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Osborne Park: Cambridge Media, 2014.
185. **GORECKI, Claudia, et al.** Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review. *The American Geriatrics Society*. 7, 2009, Vol. 57, 1175- 1183.
186. **STEVENSON, Rebecca, et al.** The prevalence of pressure ulcers in community settings: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*. 11, 2013, Vol. 50, 1550–1557.
187. **COLEMAN, Susanne, et al.** Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 7, 2013, Vol. 50, 974–1003.
188. **TAKAHASHI, Paul, CHANDRA, Anupam e CHA, Stephen.** Risk Factors for Pressure Ulceration in an Older Community-Dwelling Population. *Advances in Skin & Wound Care*. 2, 2011, Vol. 24, 72-77.
189. **LANDI, Francesco, et al.** Pressure ulcer and mortality in frail elderly people living in community. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Suppl, 217-223, Vol. 44, 217- 223.

190. **MINER, Brienne e KRYGER, Meir.** Sleep in the Aging Population. *Sleep Medicine Clinics*. 1, 2017, Vol. 12, 31-38.
191. **LI, Junxin, VITIELLO, Michael e GOONERATNE, Nalaka.** Sleep in Normal Aging. *Sleep Medicine Clinics*. 1, 2018, Vol. 13, 1–11.
192. **GULIA, Kamalesh e KUMAR, Velayudhan.** Sleep disorders in the elderly: a growing challenge. *Psychogeriatrics*. 3, 2018, Vol. 18, 155–165.
193. **MALINOWSKA, Katarzyna, et al.** Effect of self-reported quality of sleep on mobility in older adults. *Geriatrics Gerontology International*. 2015, Vol. 16, 266–271.
194. **KEMPLE, Mary, O'TOOLE, Sinead e O'TOOLE, Conor.** Sleep quality in patients with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*. 21-22, 2016, Vol. 25, 3363–3372.
195. **PETIT, Lyndal, et al.** Non-pharmacological management of primary and secondary insomnia among older people: review of assessment tools and treatments. *Age and Ageing*. 1, 2003, Vol. 32, 19–25.
196. **WEBB, Christopher, et al.** Sleep Disturbance, Activities of Daily Living, and Depressive Symptoms among Older Adults. *Clinical Gerontologist*. 2, 2018, Vol. 41, 172–180.
197. **PAVANI, Fabiane.** Aging and Sleep: Challenge to Nursing Practices. *International Journal of Nursing*. 2, 2015, Vol. 2, 174-178.
198. **LAREDO-AGUILERA, José, et al.** Effects of a 10-week functional training programme on pain, mood state, depression, and sleep in healthy older adults. *Psychogeriatrics*. 4, 2018, Vol. 18, 292–298.
199. **EUROPEAN ASSOCIATION FOR INJURY PREVENTION AND SAFETY PROMOTION.** *Falls among older adults in the EU-28. Key facts from the available statistics*. Amsterdam: EuroSafe, 2015.
200. **VERMA, Santosh, et al.** Falls and Fall-Related Injuries among Community-Dwelling Adults in the United States. *PLoS ONE*. 3, 2016, Vol. 11, 1-14.
201. **EUNESE.** *Ficha de factos: Prevenção de Quedas nos Idosos*. s.l. : EUNESE, 2007.
202. **LUZARDO, Adriana, et al.** Fall of elderly: revealing vulnerability situations. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2017, Vol. 21, 1-8.
203. **CARVALHO, César e BOCCHI, Silvia.** The elderly recognizing themselves as vulnerable to falls in the concreteness of the femoral fracture. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2, 2017, Vol. 70, 279-86.

204. **DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE.** *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas.* Lisboa : Direção Geral da Saúde, 2008.
205. **POWELL-COPE, Gail, et al.** Preventing Falls and Fall-Related Injuries at Home. *The American Journal of Nursing.* 1, 2018, Vol. 118, 58-61.
206. **MOURA SÁ, Guilherme, et al.** Nursing Care for Prevention of Falls in the Elderly: an Integrative Review. *International Archives of Medicine.* 122, 2017, Vol. 10, 1-14.
207. **RÉSEAU FRANCOPHONE DE PRÉVENTION DES TRAUMATISMES ET DE PROMOTION DE LA SÉCURITÉ.** *Good Practice Guide – Prevention of falls in the elderly living at home.* Saint-Denis: Éditions Inpes, 2008.
208. **HOLBEACH, Edwina e YATES, Paul.** Prescribing in the elderly. *Australian Family Physician.* 10, 2010, Vol. 39, 728 - 733.
209. **MISHA’L, Aly.** Drug Prescribing to the Elderly Patients. *International Journal of Human and Health Sciences.* 2, 2017, Vol. 1, 65-69.
210. **CIMA, et al.** Consumo de medicação crónica: Avaliação da prevalência no norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Clínica Geral.* 1, 2011, Vol. 27, 20-27.
211. **GAUGLER, Joseph, et al.** Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatrics.* 13, 2007, Vol. 7, 1-14.
212. **CANTLAY, Anna, GLYN, Tessa e BARTON, Natalia.** Polypharmacy in the elderly. *InnovAiT.* 2, 2016, Vol. 9, 69 - 77.
213. **FRIED, Terry, et al.** Health Outcomes Associated with Polypharmacy in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society.* 12, 2014, Vol. 62, 2261–2272.
214. **HENRIQUES, Maria.** *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade: eficácia das intervenções de enfermagem.* Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010. Tese Doutoramento em Enfermagem.
215. **LEHNERT, Thomas, et al.** Review: Health Care Utilization and Costs of Elderly Persons With Multiple Chronic Conditions. *Medical Care Research and Review.* 4, 2011, Vol. 68, 387-420.
216. **SRAKAR, Andrej, HREN, Rok e RUPEL, Valentina.** Health Services Utilization in Older Europeans: an Empirical Study. *General Research.* 2, 2016, Vol. 49, 127-136.

217. **MAROOF, Mohd, et al.** Health-care utilization pattern among elderly population: A cross-sectional study. *International Journal of Medical Science and Public Health Online*. 5, 2018, Vol. 7, 1-5.
218. **KRUTILOVÁ, Veronika.** Unmet Need for Health Care - A Serious Issue for European Elderly? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016, 2016, Vol. 220, 217-225.
219. **ILINCA, Stefania e CALCIOLARI, Stefano.** The Patterns of Health Care Utilization by Elderly Europeans: Frailty and Its Implications for Health Systems. *Health Research and Educational Trust*. 1, 2015, Vol. 50, 305-320.
220. **HOLM, Anne e SEVERINSSON, Elisabeth.** A Qualitative Systematic Review of Older Persons' Perceptions of Health, Ill Health, and Their Community Health Care Needs. *Nursing Research and Practice*. 2013, Vol. 2013, 1-12.
221. **SHRESTHA, Menuka, et al.** Quality of life of elderly people living with family and in old age home in Morang District, Nepal. *A Multidisciplinary Journal of Science, Technology and Mathematics*. 2019, 2018, Vol. 16, 221-227.
222. **HELLSTRÖM, Ylva e HALLBERG, Ingalill.** Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in the Community*. 2, 2001, Vol. 9, 61–71.
223. **HELLSTROM, Ylva, PERSSON, Gunnel e HALLBERG, Ingalill.** Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing*. 6, 2004, Vol. 48, 584–593.
224. **KOSTEV, Karel e JACOB, Louis.** Multimorbidity and polypharmacy among elderly people followed in general practices in Germany. *European Journal of Internal Medicine*. 2018, Vol. 55, 66-68.
225. **YARNALL, Alison, et al.** New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing*. 6, 2017, Vol. 46, 882-888.
226. **NUNES, Bruno, THUMÉ, Elaine e FACCHINI, Luiz.** Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health*. 1172, 2015, Vol. 15, 1-11.
227. **MARENGONI, Alessandra, et al.** Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*. 4, 2011, Vol. 10, 430-439.

228. **FABBRI, Elisa, et al.** Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research. *Journal of the American Medical Directors Association*. 8, 2015, Vol. 16, 640–647.
229. **O’CONNOR, Siobhan, et al.** Nursing in an age of multimorbidity. *BMC Nursing*. 49, 2018, Vol. 17, 1-9.
230. **GRUNDY, Emily.** Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society*. 2006, Vol. 26, 105-134.
231. **BARBOSA, Keylla, OLIVEIRA, Fabiana e FERNANDES, Maria.** Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2, 2019, Vol. 72, 337-344.
232. **Carvalho, Maria.** *Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social*. Lisboa: Coisas de Ler, 2012.
233. **ŚWIDERSKA, Mariola.** The importance of family support in old age. *Family Pedagogy*. 1, 2014, Vol. 4, 15–22.
234. **KAUR, Harkirat, KAUR, Harleen e VENKATEASHAN, Mahalingam.** Factors determining family support and quality of life of elderly population. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 8, 2015, Vol. 4, 1049-1053.
235. **LIU, Lijun, GOU, Zhenggang e ZUO, Junnan.** Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*. 5, 2016, Vol. 21, 750-758.
236. **ANDREW, Melissa, MITNITSKI, Arnold e ROCKWOOD, Kenneth.** Social Vulnerability, Frailty and Mortality in Elderly People. *PLoS ONE*. 5, 2008, Vol. 3, 1-8.
237. **LINO, Valeria, et al.** Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. *PLoS ONE*. 8, 2013, Vol. 8, 1-7.
238. **CUMBLER, Ethan, CARTER, Jeff e KUTNER, Jean.** Failure at the Transition of Care: Challenges in the Discharge of the Vulnerable Elderly Patient. *Journal of Hospital Medicine*. 4, 2008, Vol. 3, 349-352.
239. **GU, Danan, YANG, Fang e SAUTTER, Jessica.** Socioeconomic status as a moderator between frailty and mortality at old ages. *BMC Geriatrics*. 151, 2016, Vol. 16, 2-11.
240. **WORLD HEALTH ORGANIZATION.** *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

241. **REPÚBLICA PORTUGUESA.** *Programa Nacional de Reformas 2016-2021.* Lisboa: República Portuguesa, 2017.
242. **DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE.** *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável.* Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017.
243. **TOMEY, Ann e ALLIGOOD, Martha.** *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra. Modelos e Teorias de Enfermagem. 5.ª Edição.* Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2004.
244. **OREM, Dorothea.** *Nursing Concepts of Practice. 6 th.* St. Louis: Mosby, 2001.
245. **KÉROUAC, Suzanne, PEPIN, Jacinthe e DUCHARME, Francine.** *Lá pensée infirmière.* Québec: Chenelière Éducation, 1994.
246. **SCHUMACHER, Karen, JONES, Patricia e AFAF, Meleis.** Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In Meleis AFAF. *Transitions Theory. Middle-Range and Situation - Specific Theories in Nursing and Practice.* New York: Springer Publishing Company, 2010.
247. **DURY, Rona.** Older carers in the UK: who cares? *British Journal of Community Nursing.* 19, 2014, Vol. 11, 556-558.
248. **CORMAC, Irene e TINYANI, Peter.** Meeting the mental and physical healthcare needs of carers. *Advances Psychiatric Treatment.* 3, 2006, Vol. 12, 162-172.
249. **PRINCESS ROYAL TRUST FOR CARERS.** Always on Call, Always Concerned: A Survey of the Experiences of Older Carers. [Online] 2011. [Citação: 9 de Agosto de 2019.] www.carers.org.
250. **DAHLBERG, Lena, DEMACK, Sean e BAMBRA, Clare.** Age and gender of informal carers: a population-based study in the UK. *Health and Social Care in the Community.* 5, 2007, Vol. 15, 439-445.
251. **DEL BONO, Emilia, SALA, Emanuela e HANCOCK, Ruth.** Older carers in the UK: are there really gender differences? New analysis of the Individual Sample of Anonymised Records from the 2001 UK Census. *Health and Social Care in the Community.* 3, 2009, Vol. 17, 267-273.
252. **CANIÇO, Hernâni, et al.** *Novos Tipos de Família: plano de cuidados.* Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2010.
253. **AZEVEDO, Joaquim, et al.** *Porto Solidário – Diagnóstico Social do Porto.* Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2009.

254. **OLIVEIRA.** *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação. Teoria e Aplicações.* Lisboa: Lidel - Edições técnicas, Lda, 2009.
255. **MOTTA, Valter e FILHO, Tetrônio.** *SPSS Análise de Dados Biomédicos.* Rio de Janeiro: Medbook - Editora Científica, Dtda, 2009.
256. **FOLSTEIN, Marshal, FOLSTEIN, Susan e MCHUGH, Paul.** A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research.* 3, 1975, Vol. 12, 189-198, pp. 189-198.
257. **GUERREIRO, et al.** Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia.* 1994, Vol. 1, 9-10.
258. **MORGADO, Joana, et al.** Novos valores normativos do mini mental state examination. *Sinapse.* 2, 2009, Vol. 9, 10-16.
259. **SEQUEIRA, Carlos.** *O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família.* Porto: Universidade do Porto. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
260. **BERGSTROM, Nancy, et al.** The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research.* 4, 1987, Vol. 36, 205-210.
261. **MARGATO, Carlos, et al.** *Evaluation of the predictive of the Braden Scale in the Potuguesa population.* s.l.: 12th Conference of the European Wound Management Association, 2001.
262. **AMARO, Fausto.** *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar.* Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, 2001.
263. **DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE.** *Circular Normativa 09/DGCG - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2003.
264. **LUIZ, Livia, et al.** Association between visual deficit and clinical-functional characteristics among community-dwelling older adults. *Revista Brasileira de Fisioterapia.* 5, 2009, Vol. 13, 444-450.
265. **CARVALHO, Gerdane.** *Avaliação da acuidade visual para perto das pessoas que preparam doses de insulina.* Fortaleza: Universidade Federal do Ceará: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2015. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.
266. **MCSHEFFERTY, David, WHITMER, William e SWAN, Iain, AKEROYD, Michael.** The effect of experience on the sensitivity and specificity of the whispered voice test: a diagnostic accuracy study. *BMJ Open.* 2013, Vol. 3, 1-9.

267. **LABANCA, Ludimila, et al.** Screening of hearing in elderly people: assessment of accuracy and reproducibility of the whispered voice test. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11, 2017, Vol. 22, 3589-3598.
268. **COSTA-GUARISCO, Leticia, et al.** Percepção da perda auditiva: utilização da escala subjetiva de faces para triagem auditiva em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 11, 2017, Vol. 22.
269. **NICHOLAS, Norgan.** A review of: “Anthropometric Standardization Reference Manual”. *Ergonomics*. 10, 2007, Vol. 31, 1493-1494.
270. **NESTLE NUTRITION INSTITUTE.** *Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional*. s.l.: Nestle Nutrition Institute.
271. **HALIL, Meltem, et al.** Sarcopenia assessment project in the nursing homes in Turkey. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2014, Vol. 68, 690–694.
272. **VELAZQUEZ-ALVA, Maria, et al.** Comparison of the prevalence of sarcopenia using skeletal muscle mass index and calf circumference applying the European consensus definition in elderly Mexican women. *Japan Geriatrics Society*. 2015, Vol. 17, 161–170.
273. **HSU, Wei-Chung, TSAI, Alan e WANG, Jiun-Yi.** Calf circumference is more effective than body mass index in predicting emerging care-need of older adults: results of a national cohort study. *Clinical Nutrition*. 3, 2016, Vol. 35, 735-40.
274. **SUN, Yu-Shan, et al.** Calf Circumference as a Novel Tool for Risk of Disability of the Elderly Population. *Scientific Reports*. 2017, Vol. 7, 1-7.
275. **TSAI, Alan e CHANG, Tsui-Lan.** The effectiveness of BMI, calf circumference and mid-arm circumference in predicting subsequent mortality risk in elderly Taiwanese. *British Journal of Nutrition*. 2011, Vol. 105, 275–281.
276. **SMITH, Sarah e MADDEN, Angela.** Body composition and morphological assessment of nutritional status in adults: a review of anthropometric variables. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 1, 2014, Vol. 29, 7-25.
277. **COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES.** *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Fourth Edition*. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences, 2016.
278. **ORDEM DOS ENFERMEIROS.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

279. **ANDRADE, Angélica, et al.** Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 1, 2017, Vol. 70, 199-208, pp. 199-208.
280. **HONG, Woi-Hyun e LUNDEEN, Sally.** Using ACHIS to Analyze Nursing Health Promotion Interventions for Vulnerable Populations in a Community Nursing Center: A Pilot Study. *Asian Nursing Research*. 3, 2009, Vol. 3, 130-138.
281. **MACHADO, Juliana, et al.** Evaluation of cognitive decline and its relationship with socioeconomic characteristics of the elderly in Viçosa, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 4, 2007, Vol. 10, 592-605.
282. **ORSITTO, Giuseppe, et al.** Nutritional status in hospitalized elderly patients with mild cognitive impairment. *Clinical Nutrition*. 1, 2009, Vol. 28, 100–102.
283. **CHANG, Chia-Chi e ROBERTS, Beverly.** Feeding difficulty in older adults with dementia. *Journal of Clinical Nursing*. 2008, Vol. 17, 2266–2274.
284. **CARDOSO, Bárbara, COMINETTI, Cristiane e COZZOLINO, Silvia.** Importance and management of micronutrient deficiencies in patients with Alzheimer’s disease. *Clinical Interventions in Aging*. 2013, Vol. 8, 531–542.
285. **MORELAND, Julie, et al.** Evidence-based Guidelines for the Secondary Prevention of Falls in Older Adults. *Gerontology*. 9, 2003, Vol. 42, 93-116.
286. **FRANCISCO, Priscila, et al.** Prevalência e ocorrência de fatores de risco modificáveis em adultos e idosos. *Revista de Saúde Pública*. 86, 2019, Vol. 53, 1-13.
287. **MINISTÉRIO DA SAÚDE.** *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018.
288. **SIBLEY, Kathryn, et al.** Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. *BMC Geriatrics*. 22, 2014, Vol. 14, 1-11.
289. **PALIWAL, Yoshita, SLATTUM, Patricia e RATLIFF, Scott.** Chronic Health Conditions as a Risk Factor for Falls among the Community-Dwelling US Older Adults: A Zero-Inflated Regression Modeling Approach. *BioMed Research International*. 2017, Vol. 2017, 1-9.
290. **FERRETTI, Fátima, LUNARDI, Diany e BRUSCHI, Larissa.** Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioterapia em Movimento*. 4, 2013, Vol. 26, 753-762.
291. **KRESS, Hans-Georg, et al.** Managing chronic pain in elderly patients requires a CHANGE of approach. *Current Medical Research & Opinion*. 6, 2014, Vol. 30, 1153–1164.

292. **ASSATO, Cíntia e BORJA-OLIVEIRA, Caroline.** Psicofármacos potencialmente inapropriados para idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*. 3, 2015, Vol. 20, 687-701.
293. **DWAJANI, et al.** Importance of medication adherence and factors affecting it. *International Journal of Comprehensive and Advanced Pharmacology*. 2, 2018, Vol. 3, 69-77.
294. **RIBEIRO, Olga, PINTO, Cândida e REGADAS, Susana.** A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014, Vols. Série IV - n.º 1, 25-36.
295. **RANTANEM, Taina.** Promoting Mobility in Older People. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*. Suppl 1, 2013, Vol. 46, S50–S54.
296. **LUIZ, Izabel e BRUM, Ana.** Prevalence and risk factors of falls in elderly at home: an integrative review of literature. *Revista de Enfermagem UFPE online*. Supl. 10, 2015, Vol. 9, 1556-1564.
297. **Isabel, CARMO.** *Risco de Queda em Idosos na Comunidade: contributo para a construção de um instrumento de avaliação*. Porto: Escola Superior de Enfermagem Porto, 2014. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária.
298. **CHANG, Nien-Tzu, et al.** The Impact of Falls and Fear of Falling on Health-Related Quality of Life in Taiwanese Elderly. *Journal of Community Health Nursing*. 2010, Vol. 27, 84 - 95.
299. **TEIXEIRA, Darkman, et al.** Falls among the elderly: environmental limitations and functional losses. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 3, 2019, Vol. 22, 1-10.
300. **STEL, Vianda, et al.** Consequences of falling in older men and women and risk factors for health service use and functional decline. *Age and Ageing*. 1, 2004, Vol. 33, 58–65.
301. **NELOSKA, Lenche, et al.** The Association between Malnutrition and Pressure Ulcers in Elderly in Long-Term Care Facility. *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 4, 2016, Vol. 15, 423-427.
302. **SAMURIWO, Ray.** The impact of nurses' values on the prevention of pressure ulcers. *British Journal of Nursing*. 15, 2010, Vol. 19, S4-S14.
303. **Hyo, LEE, et al.** Effects of home-visit nursing services on hospitalization in the elderly with pressure ulcers: a longitudinal study. *European Journal of Public Health*. 5, 2020, Vol. 27, 822–826.
304. **JAUL, Efraim e MENZEL, Jacob.** Pressure Ulcers in the Elderly, as a Public Health Problem. *Journal of General Practice*. 5, 2014, Vol. 2, 1-4.

305. **YOO, Hai-Won, et al.** Factors Associated with Functional Decline in Older Adults After Discharge from an Acute-Care Hospital. *Asian Nursing Research*. 2019, Vol. 13, 192-199.
306. **KAHLON, Sharry, et al.** Association between frailty and 30-day outcomes after discharge from hospital. *Canadian Medical Association Journal*. 11, 2015, Vol. 187, 799-804.
307. **SUZUKI, Keisuke, MIYAMOTO, Masayuki e HIRATA, Koichi.** Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*. 2, 2017, Vol. 18, 61–71.
308. **MARQUES, Gabrielle, et al.** Polypharmacy and potentially inappropriate medications for elder people in gerontological nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*. 5, 2018, Vol. 71, 2440-2446.
309. **WAUTERS, Maarten, et al.** Too many, too few, or too unsafe? Impact of inappropriate prescribing on mortality, and hospitalization in a cohort of community dwelling oldest old. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 5, 2016, Vol. 82, 1382–1392.
310. **DALLEUR, Olivia, et al.** Detection of potentially inappropriate prescribing in the very old: cross-sectional analysis of the data from the BELFRAIL observational cohort study. *BMC Geriatrics*. 156, 2015, Vol. 15, 1-9.
311. **ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY.** *Promoting Pharmacy*. 2013.
312. **AZHAGESAN, Chinnasamy.** Role of Nurse in Polypharmacy. *Nursing & Healthcare International Journal*. 4, 2017, Vol. 1, 1-4.
313. **OYAMA, Yumiko, et al.** Factors that allow elderly individuals to stay at home with their families using the Japanese long-term careinsurance system. *Geriatrics and Gerontology Internacional*. 3, 2013, Vol. 13, 764–773.
314. **DALY, Barbara, et al.** Needs of Older Caregivers of Patients with Advanced Cancer. *The American Geriatrics Society*. 57, 2009, Vol. S2, 293-295.

Anexos

Anexo I - Pedido de Autorização para Recolha de Dados



Exmo. (a) Senhor(a)
Presidente do Conselho de Administração

Maio de 2018

V. Ref:

N. Ref: [CIIS] -

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

Exmo. Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração,

Vimos por este meio, solicitar a V. Exa. autorização para que a estudante de Doutoramento em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, Tânia Filipa Santos Costa sob orientação do Professor Doutor Luís Sá, professor auxiliar deste Instituto, possa recolher dados, por formulário, aos utentes inscritos no serviço de apoio domiciliário.

O estudo a realizar intitula-se *Vulnerabilidade das Pessoas Idosas com Apoio Domiciliário. Implicações para os cuidados de Enfermagem* – e tem como objetivo geral caracterizar a vulnerabilidade das pessoas idosas inscritas em serviços de apoio domiciliário da cidade do Porto.

Para operacionalizar a recolha de dados foi desenvolvido um formulário que consta em anexo. O período de recolha será determinado conforme disponibilidade da vossa instituição, a definir em reunião a agendar. Serão utilizados os procedimentos aprovados pela Comissão de Ética CRP-UCP (01A/2018).

Da recolha de dados, não resultam quaisquer encargos financeiros ou outros para a Instituição, o participante e a sua família. Não se prevê, com a realização do estudo, a existência de prejuízos para a saúde das pessoas idosas envolvidas. São garantidos todos os princípios éticos da investigação com seres humanos, nomeadamente, a confidencialidade e codificação.

A investigadora disponibiliza-se a fornecer toda a informação adicional solicitada através do contacto: tcosta@porto.ucp.pt | telemóvel: 916236388

Agradecemos desde já a colaboração da instituição que representa, ficando a aguardar a vossa resposta.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Doutora Margarida Vieira
Diretora Regional

TOIC

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCOLA DE ENFERMAGEM | Rua Diego Botelho 1327 - 4169-005 Porto - Portugal
T: (+351) 22 6196255 | www.saude.porto.ucp.pt

Anexo II – Instrumento de recolha de dados

Instrumento de Colheita de Dados – Código				
Variáveis Sociodemográficas				
Género	1. Masculino <input type="checkbox"/>		1. Feminino <input type="checkbox"/>	
Idade	____ (Anos)			
Estado Civil	1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 3. Casado/União de Facto <input type="checkbox"/>		2. Viúvo <input type="checkbox"/> 4. Divorciado/Separado(a) <input type="checkbox"/>	
Nível de escolaridade (nº de anos: _____ de escolaridade)	1. Analfabeto <input type="checkbox"/> 2. Não frequentou a escola, sabe ler/escrever <input type="checkbox"/> 3. Sem o 1º ciclo completo <input type="checkbox"/> 4. Fez exame da 4ª classe <input type="checkbox"/> 5. Completou o 9º ano (antigo 5º ano) <input type="checkbox"/>		6. Completou o 12º ano <input type="checkbox"/> (antigo 7º ano) 7. Completou o ensino superior <input type="checkbox"/> 8. Nível de ensino completado em adulto <input type="checkbox"/> 9. Ensino Especial <input type="checkbox"/> 10. Outro. <input type="checkbox"/>	
Score da Escala de Graffar Adaptada				
Quem assume o exercício do papel de prestador de cuidados?	1. Não tem prestador de cuidados <input type="checkbox"/> 2. Cônjuge <input type="checkbox"/> 3. Filhos/Nora/Genro <input type="checkbox"/> 4. Outros familiares <input type="checkbox"/> 5. Cuidador formais da instituição		6. Cuidadoras formais privados <input type="checkbox"/> 7. Outros <input type="checkbox"/>	
Coabitação com o prestador de cuidados?	1. Sim, sempre <input type="checkbox"/> 2. Sim, por períodos <input type="checkbox"/>		3. Não <input type="checkbox"/>	
Nº de elementos do agregado	_____ Indivíduos. Quem são? _____			
Gere o seu rendimento?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> Se não, quem o faz: _____			
O seu rendimento mensal é suficiente para responder às suas necessidades pessoais?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>			
Se respondeu não, recebe apoio de alguém?	1. Sim <input type="checkbox"/> De quem _____		2. Não <input type="checkbox"/>	
Antecedentes Patológicos				
Sofre, atualmente, de algum problema de saúde?	1. Artrite/Reumatismo <input type="checkbox"/> 2. Glaucoma/Cataratas <input type="checkbox"/> 3. Asma/Bronquite/DPOC <input type="checkbox"/> 4. Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> 5. Diabetes <input type="checkbox"/> 6. Patologia do foro cardíaco <input type="checkbox"/> 7. Antecedentes de AVC <input type="checkbox"/> 8. Patologia do foco circulatório <input type="checkbox"/> 9. Patologia do foro digestivo <input type="checkbox"/> 10. Patologia do foro hepático <input type="checkbox"/> 11. Patologia infecciosa <input type="checkbox"/>		12. Dislipidemia <input type="checkbox"/> 13. Osteoporose <input type="checkbox"/> 14. Anemia <input type="checkbox"/> 15. Patologia do foro urinário <input type="checkbox"/> 16. Patologia do foro dermatológico <input type="checkbox"/> 17. Patologia Oncológica <input type="checkbox"/> 18. Patologia psiquiátrica <input type="checkbox"/> 19. Parkinson <input type="checkbox"/> 20. Patologia degenerativa <input type="checkbox"/> 21. Outra. 11.1 Qual _____	
Instalação da dependência devido a:	1. Envelhecimento <input type="checkbox"/> 2. Doença <input type="checkbox"/>		3. Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	
Tempo de Dependência (anos)	_____ Anos			
Avaliação Física				
Sistema Tegumentar	Nº de feridas: Tipo de feridas:			
Nos últimos 6 meses, sentiu alguma dor?	1. Sim. <input type="checkbox"/> Intensidade/localização (dor mais intensa) _____ / _____ 2. Não <input type="checkbox"/>			
Acuidade visual ao longe (OD)				
Acuidade visual ao longe (OE)				
				Total
Acuidade visual ao perto (OD)				
Acuidade visual ao perto (OE)				
				Total
Utiliza Óculos?	1. Sim <input type="checkbox"/>		2. Não <input type="checkbox"/>	
Acuidade auditiva (OE)	Ouviu bem (1)	Ouviu mas percebeu com dificuldade (2)	Ouviu mas não percebeu (3)	Não ouviu (4)
Acuidade auditiva (OD)	Ouviu bem (1)	Ouviu mas percebeu com dificuldade (2)	Ouviu mas não percebeu (3)	Não ouviu (4)
Utiliza prótese Auditiva?	1. Sim <input type="checkbox"/>		2. Não <input type="checkbox"/>	
Status Nutricional				
Perímetro médio braquial	_____ cm			
Circunferência da perna	_____ cm			
Cavidade Oral	1. Perda de dentes <input type="checkbox"/> 2. Deglutição comprometida <input type="checkbox"/> 3. Caries dentárias <input type="checkbox"/>		4. Prótese Dentária <input type="checkbox"/> 5. Outro. <input type="checkbox"/> 20.1. Qual? _____	
Perceção de Saúde				
Precisa de mais cuidados de saúde do que os que recebe?	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>			
Como avalia, atualmente, o seu estado de saúde?	1. Muito Má <input type="checkbox"/> 2. Má <input type="checkbox"/> 3. Normal <input type="checkbox"/>		4. Boa <input type="checkbox"/> 5. Muito Boa <input type="checkbox"/>	
Comparando com há cinco anos atrás como avalia a sua saúde?	1. Muito Melhor <input type="checkbox"/> 2. Melhor <input type="checkbox"/> 3. Igual <input type="checkbox"/>		4. Pior <input type="checkbox"/> 5. Muito Pior <input type="checkbox"/>	

Cognição - Mini Mental State Examination (Folstein et al. 1975 adaptado por Guerreiro et al. 1998)	
Orientação	Em que ano estamos?
	Em que mês estamos?
	Em que dia do mês estamos?
	Em que dia da semana estamos?
	Em que país estamos?
	Em que distrito vive?
	Em que terra vive?
	Em que casa estamos?
Em que estação do ano estamos?	
Retenção	“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu dizer todas, procure sabê-las de cor” Pera – Gato - Bola
Atenção e Cálculo	“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volte a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar” 30_27_24_21_18_15
Evocação	“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar”
Linguagem	Como se chama isto: “Mostrar os objetos: relógio e lápis”
	Repita a frase que eu vou dizer “o rato roeu a rolha”
	“Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”
	“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.
Habilidade Construtiva	“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.
	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor.
Pontuação Final	
Estado de Consciência	
Estado de consciência	1. Vigil <input type="checkbox"/> 2. Confuso <input type="checkbox"/> 3. Obnubilado <input type="checkbox"/>
Capacidade Funcional	
Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007)	
Cuidar da casa	(1) Cuida da casa sem ajuda (2) Faz tudo exceto o trabalho pesado (3) Só faz tarefas leves (4) Necessita de ajuda para todas as tarefas (5) Incapaz de fazer qualquer tarefa
Lavar a roupa	(1) Lava a sua roupa (2) Só lava pequenas peças (3) É incapaz de lavar a roupa
Preparar comida	(1) Planeia, prepara e serve sem ajuda (2) Prepara se lhe derem os ingredientes (3) Prepara pratos pré cozinhados (4) Incapaz de preparar refeições
Ir às compras	(1) Faz as compras sem ajuda (2) Só faz pequenas compras (3) Faz as compras acompanhado (4) É incapaz de ir às compras
Uso do telefone	(1) Usa-o sem dificuldade (2) Só liga para lugares familiares (3) Necessita de ajuda para o usar (4) Incapaz de usar o telefone
Uso de transporte	(1) Viaja em transporte público ou conduz (2) Só anda de táxi (3) Necessita de acompanhamento (4) Incapaz de usar o transporte
Uso do dinheiro	(1) Paga as contas, vai ao banco, etc. (2) Só em pequenas quantidades de dinheiro (3) Incapaz de utilizar o dinheiro
Responsável Medicamentos	(1) Responsável pela medicação (2) Necessita que lhe preparem a medicação (3) Incapaz de se responsabilizar pela medicação
Pontuação Final	
Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias (Mahoney & Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007)	
Higiene pessoal	(0) Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (5) Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)
Evacuar	(0) Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) (5) Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) (10) Contínente (não apresenta episódios de incontinência)
Urinar	(0) Incontinente ou algaliado (5) Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) (10) Contínente (por mais de 7 dias)
Ir à casa de banho (uso de sanitário)	(0) Dependente (5) Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho (10) Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)
Alimentar-se	(0) Incapaz (5) Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. (10) Independente (a comida é providenciada)
Transferências (cadeira /cama)	(0) Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se (5) Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se (10) Pequena ajuda (verbal ou física) (15) Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)
Mobilidade (deambulação)	(0) Imobilizado (5) Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. (10) Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (15) Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)
Vestir-se	(0) Dependente

Vulnerabilidade das Pessoas Idosas com Apoio Domiciliário. Implicações para os Cuidados de Enfermagem

Utilização de Recursos: USF	
Conhece o seu enfermeiro de família?	1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/>
O seu enfermeiro de família já se deslocou ao domicílio?	1. Sim. <input type="checkbox"/> Porquê? _____ 2. Não. <input type="checkbox"/>
Conhece o seu médico de família?	1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/>
O seu médico de família já se deslocou ao domicílio?	1. Sim. <input type="checkbox"/> Porquê? _____ 2. Não. <input type="checkbox"/>
Quantas vezes recorreu a cuidados de saúde no último ano?	1. USF: _____ Vezes. 2. Urgência: _____ Vezes.
No último ano, esteve internado no hospital?	1. N° de internamentos: _____ 2. N° total de Dias de internamento: _____
Acesso a cuidados privados	Sim. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Anexo III - Sintaxe de construção da variável central: vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no Domicílio

Objetivo	Determinantes	Domínios	Variáveis	Justificação	Codificação	Sintaxe importada do SPSS
Avaliar a vulnerabilidade da pessoa idosa com apoio social no domicílio	Determinantes Comunitários de Vulnerabilidade	Políticas Sociais e de Saúde no Envelhecimento	Conhece o enfermeiro de família	Conhecer os profissionais de referência pode influenciar a procura de cuidados de saúde	Sim - 0 Não - 1	Conhece o enfermeiro de família + Conhece o médico de família + Número de serviços sociais contratualizados na IPSS + Adequação da pensão de reforma às necessidades + Gere o rendimento + Existência de Cuidador informal + Género + Grupo etário + Nível de escolaridade
			Conhece o médico de família		Sim - 0 Não - 1	
			Número de serviços sociais contratualizados na IPSS	Em média, a contratualização de 3 ou mais serviços corresponde ao grupo com alterações na mobilidade e/ou no estado de consciência e/ou declínio cognitivo	Até dois serviços - 0 Três ou mais - 1	
		Contexto Social e Económico	Adequação da pensão de reforma às necessidades	Determina suscetibilidade à pobreza	Sim - 0 Não - 1	
			Gere o rendimento	Capacidade para permanecer no domicílio de forma autónoma	Sim - 0 Não - 1	
			Existência de Cuidador informal	Acesso a cuidados informais	Sim - 0 Não - 1	
		Características Demográficas	Género	As mulheres apresentam maior longevidade, menor literacia e profissões menos qualificadas	Masculino - 0 Feminino - 1	
			Grupo etário	Em média, mais de 83 anos de idade corresponde ao grupo com alterações na mobilidade e/ou no estado de consciência e/ou declínio cognitivo	Entre 65 a 82 anos - 0 83 ou mais anos - 1	
			Nível de escolaridade	Menos de quatro anos de escolaridade, corresponde a profissões menos qualificadas	Cinco ou mais - 0 Entre zero e quatro anos - 1	
	Determinantes Individuais de Vulnerabilidade	Mobilidade	Mobilidade	Fenómenos sensíveis aos cuidados de enfermagem, que se relacionam em si	Nenhuma limitação - 0 Limitada - 1	Mobilidade + Capacidade funcional + Cognição + Perceção sensorial + Perceção de saúde + Consciência + Quedas + Status nutricional + Sistema tegumentar + Padrão de sono + Regime medicamentoso + Utilização de recursos
		Capacidade funcional	Atividades Básicas de Vida Diária		Independente - 0 Dependente - 1	
			Atividades Instrumentais de Vida Diária		Independente - 0 Dependente - 1	
		Cognição	Desempenho cognitivo		Sem suspeita de défice cognitivo - 0 Com suspeita de défice cognitivo - 1	
		Perceção sensorial	Dor		Sem dor - 0 Com dor - 1	
		Perceção de saúde	Autoperceção de saúde		Positiva ou Regular - 0 Negativa - 1	
Consciência		Estado de consciência	Vigil-0 Alterado - 1			
Quedas		Número de quedas	Não sofreu quedas - 0 Sofreu quedas - 1			
		Status nutricional	Circunferência da perna		Sem alterações - 0 Comprometida - 1	
	Perímetro braquial		Sem alterações - 0 Comprometido - 1			
Sistema tegumentar	Presença de Feridas	Sem feridas - 0 Com feridas - 1				

Vulnerabilidade das Pessoas Idosas com Apoio Domiciliário. Implicações para os Cuidados de Enfermagem

Determinantes Individuais de Vulnerabilidade (continuação)	Padrão de sono	Alterações no padrão de sono		Padrão de sono sem alterações – 0 Padrão de sono alterado - 1
	Regime medicamentoso	Número de fármacos	Polimedicação	Zero a quatro fármacos – 0 Mais de cinco fármacos – 1
	Utilização de recursos	Número de vezes que recorre à USF	Procura de cuidados de saúde	Não recorreu – 1 Recorreu à USF - 0
		Número de vezes que recorre à urgência		Não recorreu – 0 Recorreu à urgência – 1
		Recebe visita domiciliária de enfermagem	Necessidade de cuidados de saúde	Não – 0 Sim - 1
		Recebe visita domiciliária do médico de família		Não – 0 Sim - 1
		Esteve internado		Não – 0 Sim - 1

Anexo IV - Parecer da Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional do Porto



UNIVERSIDADE
CATOLICA
PORTUGUESA
PORTO



ETHICS CLEARANCE (EC)

Proposal Name	Vulnerabilidade das pessoas idosas no domicílio. Modelo orientador dos Cuidados de Enfermagem
Principal Investigator	Tânia Filipa Santos Costa
Institution Research Centre	ICS/UCP - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde
EC Number:	01A/2018
Ethics Reviewer Name:	Joana Araujo; Isabel Baptista
Submission Data	12/3/2018
Assessment Date	14/5/2018
ETHICS OPINION: Ethics Clearance The ethical issues of the proposal have been clearly described and very well addressed and all the required documents have been provided.	

Porto, 14 /5/ 2018

President of the Research Ethics Committee CRP-UCP

(Isabel Baptista)