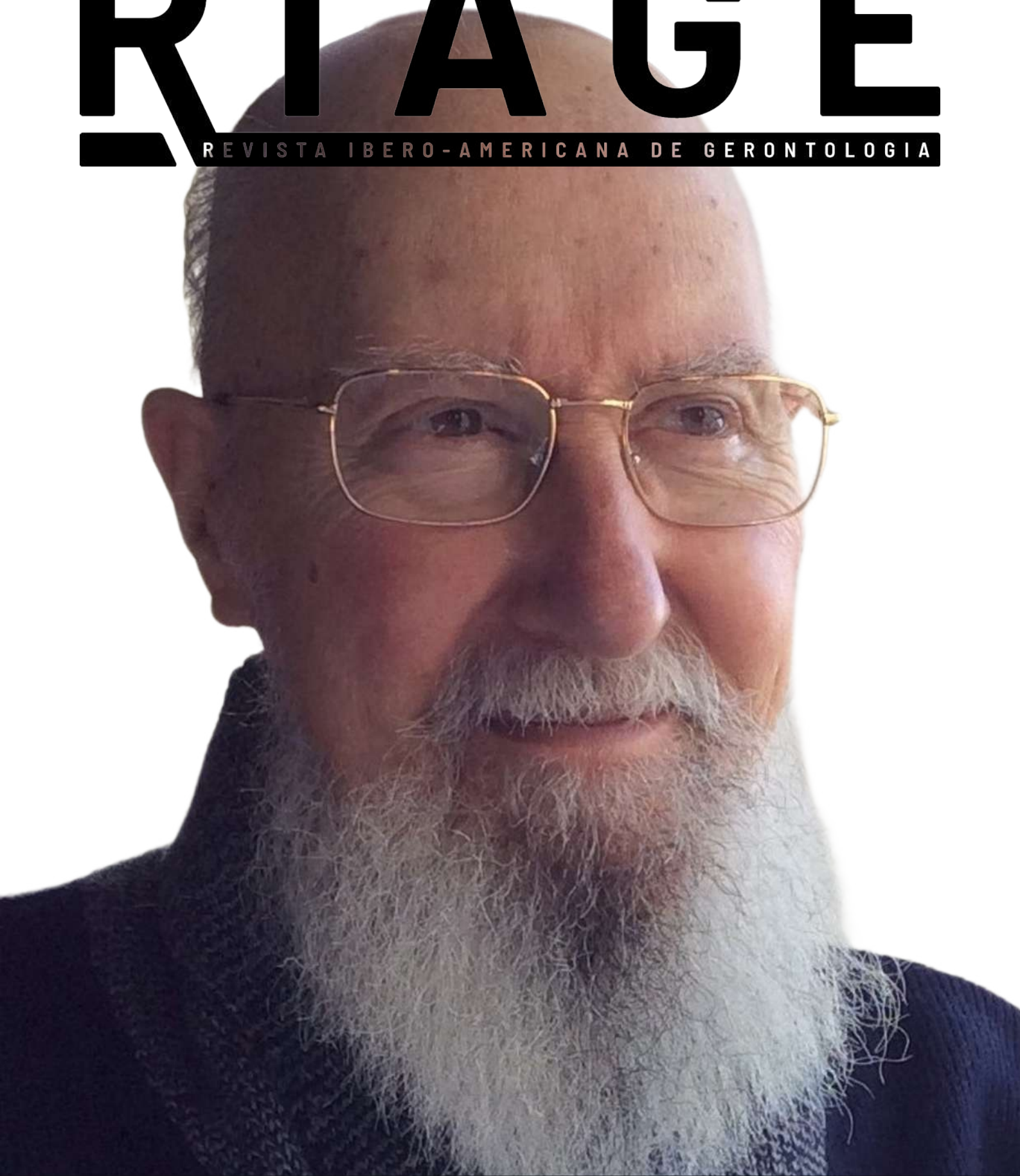


RIAGE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA



RIAGE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE GERONTOLOGIA

Número 4

DEZEMBRO 2023

Direção

Diretor – Ricardo Filipe da Silva Pocinho | Portugal

Subdiretora – Maria Arlén González Murillo | Costa Rica

Diretora Adjunta – Lisa Valéria Vieira Torres | Brasil

Editor – Margarita Inês Cigarán Méndez | Espanha

Conselho Editorial

Editor Chefe - Sara Gordo – ANGES | Portugal

Ana Fátima Pereira – Instituto Politécnico de Setúbal | Portugal

Ana Maria Vieira - Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Bruno Trindade – ANGES | Portugal

Carla Damásio - CiTechCare, Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Carla Ribeirinho - ISCSP – Universidade de Lisboa | Portugal

Carlos Alberto da Cruz Sequeira - Escola Superior de Enfermagem do Porto | Portugal

Catarina Vieira da Silva – Universidade Católica Portuguesa – Braga | Portugal

Célia Soares – Instituto Politécnico de Setúbal | Portugal

Cristina Calero - Universidad Rey Juan Carlos | Espanha

Cristina Cruz – Fundação ADFP | Portugal

Cristovão Margarido – Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Flamínia Lodovici – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo | Brasil

François Vellas - Universidade de Toulouse | França

Gabriel Rodríguez - Hospital Calderon Guardia | Costa Rica

Herlita Del Castillo – Clinica Bienestar y Mente | Perú

Hugo Carvalho - ISCIA - Aveiro | Portugal

Isabel Moio - CEIS20 Centro de Estudos Interdisciplinares | Portugal

José Carlos Marques - Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

José Manuel Azcona – Universidad Rey Juan Carlos | Espanha

Juan José Fernández Muñoz - Universidad Rey Juan Carlos | Espanha

Juan Manuel García-González, Universidad Pablo de Olavide | Espanha

Letícia Machado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul | Brasil

Maria Cristina Faria – Instituto Politécnico de Beja | Portugal

Maria Irene Carvalho - ISCSP – Universidade de Lisboa | Portugal

Marisa José Roriz Leiras Ferreira – Instituto Politécnico do Porto | Portugal

Mónica Leão - Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Nanci Soares - Universidade Estadual Paulista | Brasil

Pedro Belo – Instituto Politécnico de Setúbal | Portugal

Pedro Morouço – Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Raul Antunes – Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Ricardo Iacub - UBA e UMSA- Universidad del Museo Social | Argentina

Ricardo Vieira - Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Rui Santos – Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Sílvia Lopes - Universidade Católica Portuguesa – Braga | Portugal

Susana Custódio - Instituto Politécnico de Leiria | Portugal

Tássia Priscila Fagundes – Universidade Federal do Rio Grande do Sul | Brasil

Equipa Técnica

Coordenação Executiva - Sílvia Silva – ANGES | Portugal

Milene Abreu – ANGES | Portugal

Tânia Cardoso – ANGES | Portugal

Bibiana Pedrosa – Universidade de Salamanca | Espanha

Luís Pato – Universidade de Salamanca | Espanha

Ana Salomé – Universidade de Salamanca | Espanha

Sónia Pereira – Universidade de Salamanca | Espanha

Vanessa Póvoa – Universidade de Salamanca | Espanha

Maria da Graça Correia – Universidade de Granada | Espanha

Luciana Costa – Universidade de Granada | Espanha

Ivone Oliveira – Universidade de Granada | Espanha

Marília Correia - Universidade de Salamanca | Espanha

SEDE E REGISTO

Sede Editorial - Avenida de Atenas, n.º 4, 28922 Alcorcón, Madrid, Espanha

Registada na Entidade Reguladora da Comunicação Social: n.º 127802 – 8 de março de 2022

Propriedade ANGES - Associação Nacional de Gerontologia Social (ANGES): NIPC 510347029

Sede da redação - Rua Manuel da Mota - IPL - Núcleo de Formação de Pombal 3100 – 516 Pombal – Portugal

www.riajejournal.com

ISSN 2795 – 5559 – Periodicidade Semestral | formato online

RIAGE – Revista Ibero-Americana da Gerontologia – Número 4 | dezembro de 2023

ESTATUTOS EDITORIAIS

A RIAGE - Revista Ibero-Americana de Gerontologia terá uma periodicidade de edição regular semestral.

- Submete-se aos critérios de indexação e de revisão por pares.
- A sua gestão será realizada totalmente numa plataforma digital on-line, sendo conduzida por uma Direção, um Conselho Editorial e uma Equipa Técnica.
- A submissão de manuscritos reger-se-á por condições de admissão e obedecerá a normas de publicação a divulgar aos autores no seu site.
- Do ponto de vista dos direitos de autor serão escrupulosamente observadas as disposições legais em vigor.

SINOPSE

A RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia é uma revista indexada pelo International Scientific Indexing (ISI), aberta à colaboração de investigadores e de especialistas nacionais e internacionais, situados no campo de estudo e de trabalho das Organizações Sociais, Respostas Sociais, Sociedade e Envelhecimento.

A sua estratégia editorial e missão visam contribuir para o debate de ideias, pesquisas e experiências nestes campos de atuação e de investigação, promovendo um diálogo aberto com áreas de conhecimento afins como a antropologia, a ciência política, a filosofia, a história, a psicologia, a sociologia, o serviço social, a educação, as ciências da saúde e as novas tecnologias.

A RIAGE privilegiará abordagens interdisciplinares que promovam a multiculturalidade no mundo ibero-americano neste domínio do conhecimento e da intervenção, assumindo-se como uma plataforma de edição e de desenvolvimento de projetos científicos e sociais.

ESTATUTOS EDITORIALES

RIAGE - Revista Iberoamericana de Gerontología tendrá una edición semestral ordinaria.

- Sujeto a criterios de indexación y revisión por pares.
- Su gestión se realizará íntegramente en una plataforma digital online, estando liderada por una Dirección, un Consejo Editorial y un Equipo Técnico.
- La presentación de manuscritos se regirá por las condiciones de admisión y cumplirá con las normas de publicación que se darán a conocer a los autores en su sitio web.
- Desde el punto de vista de los derechos de autor, se observarán escrupulosamente las disposiciones legales vigentes.

SINOPSIS

RIAGE – Revista Iberoamericana de Gerontología es una revista indexada por el International Scientific Indexing (ISI), abierta a la colaboración de investigadores y especialistas nacionales e internacionales, ubicada en el campo de estudio y trabajo de las Organizaciones Sociales, Respuestas Sociales, Sociedad y Envejecimiento.

Su estrategia editorial y misión apuntan a contribuir al debate de ideas, investigaciones y experiencias en estos campos de acción e investigación, promoviendo un diálogo abierto con áreas del conocimiento afines como la antropología, las ciencias políticas, la filosofía, la historia, la psicología, la sociología, trabajo social, educación, ciencias de la salud y nuevas tecnologías.

RIAGE favorecerá enfoques interdisciplinarios que promuevan la multiculturalidad en el mundo iberoamericano en este campo de conocimiento e intervención, asumiéndose como plataforma de edición y desarrollo de proyectos científicos y sociales.

EDITORIAL STATUES

RIAGE - Ibero-American Journal of Gerontology will have a regular biannual edition.

- Subject to indexing and peer review criteria.
- Its management will be carried out entirely on an online digital platform, being led by a Management, an Editorial Board, and a Technical Team.
- The submission of manuscripts will be governed by admission conditions and will comply with publication rules to be disclosed to authors on its website.
- From the point of view of copyright, the legal provisions in force will be scrupulously observed.

SYNOPSIS

RIAGE – Ibero-American Journal of Gerontology is a journal, indexed by the International Scientific Indexing, open to the collaboration of researchers and national and international experts, located in the field of study and work of Social Organizations, Social Responses, Society and Aging.

Its editorial strategy and mission aim to contribute to the debate of ideas, research and experiences in these fields of action and investigation, promoting an open dialogue with related areas of knowledge such as anthropology, political science, philosophy, history, psychology, sociology, social work, education, health sciences and new technologies.

RIAGE will privilege interdisciplinary approaches that promote multiculturalism in the Ibero-American world in this field of knowledge and intervention, assuming itself as a platform for editing and developing scientific and social projects.

ÍNDICE

Editorial

Ricardo Pocinho, Silva Silva, Sara Gordo

1

SECÇÃO ARTIGOS

A Homofobia na 3ª Idade: Perspetiva dos cuidadores formais

Cátia Emanuela Augusto Vaz, Helena M. Carvalho

3

A inclusão da pessoa mais velha com demência na estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI): a perceção dos profissionais

Maria de Fátima Santos Lourenço, Hélder Jaime Fernandes

18

A solidão na velhice e a intervenção social em Portugal

Isabel Maria Oliveira Martins, Inês Mendes Almeida, Inês Filipa Carreira

36

Adaptação de pessoas idosas em situações de enfrentamento ao estresse: atuação dos centros de atenção psicossocial – Um relato da assistência do CAPS a pessoas idosas

Angelo Maximo Soares de Araujo Filho, Rita de Cássia Azevedo Constantino, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Allyne Costa Siqueira, Zamir Vidal de Negreiros Filho, Maria Eduarda, Maria Eduarda, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Vilani Medeiros de Araújo Nunes

55

Adesão ao autocuidado da pessoa com Diabetes Mellitus Tipo 2

Pedro Emanuel Lima Silva, Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva, Maria Margarida Silva Vieira Ferreira, Rita Costa

65

Alto Minho + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável: diagnóstico orientado para as comunidades ERPI com o Protocolo MAIEC©

Odete Maria Azevedo Alves, Pedro Miguel de Almeida Melo, Paula Clara Ribeiro Santos, Laura da Conceição Mendes de Brito, Olga Fernandes Franco Rodrigues, Maria da Graça Netto Lima da Silva Pereira Ferro, Nádía Verónica Sampaio Andrade, Pedro Maciel Barbosa, Cláudia Telles de Freitas, Rui Pedro Adesão

Teixeira Ferreira da Silva

75

Análise da eficácia de um programa de fisioterapia preventiva em idosos que vivem na comunidade de Secretário, Rio de Janeiro

Carla Gabriele dos Santos Maciel de Souza, Luísa Maria de Jesus Amaral, Mariana Cervaens 90

Animais de estimação e qualidade de vida em adultos mais velhos

Tânia Marisa Pires Gordinho, Cláudia Cristina Guerreiro Luísa 106

Aplicabilidade da caderneta de saúde da pessoa idosa como instrumento de avaliação multidimensional em instituições de longa permanência

Angelo Maximo Soares de Araujo Filho, Rita de Cássia Azevedo Constantino, Zamir Vidal de Negreiros Filho, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Allyne Costa Siqueira, Maria Eduarda Silva do Nascimento, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Vilani Medeiros de Araújo Nunes 121

Apoio Emocional, Social e Espiritual em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas - Necessidades de intervenção psicológica

Vera Lúcia Fialho Martins, Ana Catarina Estevão Alexandre, Ana Raquel Rocheta de Almeida Alves, Cátia Sofia Silva Martins, Maria Ana Camões Pinto da Silva, Giovanni Cerullo 132

Aprender a Saber Parar – Caso Clínico sobre Gestão Familiar

Maria Santos, Tiago Tavares, Dora Monteiro 143

Are elders able to produce TV News content? The case of Senior TV

Luís Miguel Pato, Patricia Torrijo Fíncias, Cristóvão Margarido, Ricardo Pocinho, Hugo Miguel Carvalho 152

ArreVita – Programa de Estimulação e Reabilitação Neurocognitiva (Estudo Piloto)

Cristiana Filipa da Silva Pereira de Sousa, Renato Leonel Barbosa Gomes 167

As práticas, atitudes e vivências das pessoas longevas

Maria de Fátima Gomes da Silva, Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva 182

As trocas intergeracionais no contexto da pandemia de COVID-19

Sandra Maria Gouveia Antunes 198

Aspectos sociodemográficos e a presença de comprometimento cognitivo em idosos residentes de um município do Brasil

Carolina Rego Chaves Dias, Saulo Vasconcelos Rocha, Bruna Maria Palotino Ferreira, Jefferson Paixão Cardoso, Ariani França Conceição, Clarice Alves dos Santos 215

Associação entre capacidade funcional e fragilidade em pessoas idosas residentes no interior paulista

Marcia Thaís de Souza, Higor Matheus de Oliveira Bueno, Ana Olívia Veneroso de Almeida, Felipe Bueno da Silva, Lígia Lopes Devoglio, Tatiane Montalatto Marques, Aline Cristina Martins Gratão, Aline Maino Pergola-Marconato 233

BEFall- Efeito do jogo sério analógico no equilíbrio e risco de queda em idosos na comunidade, na região do Algarve – Protocolo de Estudo

Ana Maria Conceição Tomé, Sandra Cristina Cozinheiro Fidalgo Rafael Gamboa Pais, Marlene Cristina Neves Rosa 243

Burnout em trabalhadores de uma ERPI durante a pandemia COVID-19

Isabel Maria Ribeiro Fernandes, Agostinha Esteves de Melo Corte, Maria João de Almeida Nunes, Liliana Cunha Figueira Antunes, Sara Fonseca, Ana Catarina Gomes, Ana Catarina Gomes, Ermelinda Maria Gonçalves Bernardo Marques 259

Capacitação dos Cuidadores Informais de pessoas com demência através dos Grupos de Ajuda Mútua - Projeto “Demência em SOS”

Mônica Braúna Alencar Leão da Costa, Jaime Emanuel Moreira Ribeiro, Inês Paim Faria, Rute Sofia Rodrigues Costa, Tatiana Pereira Antunes, Francisco Javier Vidal Barrantes 273

Caracterização de risco e de estado nutricionais e sua relação com a demência e qualidade de vida em mulheres seniores institucionalizadas: mudança de paradigma?

Maria José Fraga Ávila, Marta Correia, Ana Maria Gomes, Teresa Brandão 292

Doação de órgãos no Brasil: Contribuições da população idosa entre os anos de 2020 e 2022

Maria Eduarda Silva do Nascimento, Angelo Maximo Soares de Araujo, Rita de Cássia Azevedo Constantino, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Allyne Costa Siqueira, Zamir Vidal de Negreiros Filho, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Ana Elza Oliveira de Mendonça 312

Efeito do exercício terapêutico resistido em membros inferiores associado ao exercício aeróbico, no controlo da hipertensão arterial de idosos

Anna Fabiani Gomes Miranda, Mariana Cervaens

325

Efetividade de um Programa de Exercício para Prevenir o Risco de Quedas Em Utentes da Unidade de Convalescença do Hospital Arcebispo João Crisóstomo

Carla Alice dos Santos Guapo, Carina Alexandra Fonseca de Freitas, Inês Catarina André Gaspar, Teresa Margarida Rosendo Vaio

337

Eficiência do sono em idosos brasileiros durante a pandemia pela COVID-19: evidências de um estudo longitudinal

Jéssica Fernanda Corrêa Cordeiro, Leonardo Santos Lopes da Silva, Kessketlen Miranda, Pedro Pugliesi Abdalla, André Pereira dos Santos, Lucimere Bohn

351

Elementos-chave na preparação e planeamento da transição para a reforma - o contributo do Serviço Social

Catarina Silva Simão, Ana Maria da Costa Oliveira

362

Envelhecer com as memórias da guerra: vulnerabilidades em contexto de crise sanitária

Sara Silva, Ana Romão, Maria da Saudade Baltazar, Luís Baptista

374

Eu não sei quem ele é – Um caso clínico sobre Síndrome de *Capgras*

Maria Santos, Tiago Tavares, Dora Monteiro

388

Fatores associados a quedas em idosos institucionalizados de meio urbano e rural

Mariana Cervaens, Clarinda Festas, Thierry Machado

396

Fatores associados à sífilis adquirida em pessoas idosas: uma revisão integrativa

Dhyanine Moraes de Lima Raimundo, Ana Beatriz Pereira da Silva, Maria Eduarda Silva Nascimento, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Ana Elza Oliveira de Mendonça

412

Força muscular, equilíbrio e flexibilidade em idosos ativos

Clarinda Fernanda da Silva Festas, Fátima Mariana Macedo dos Santos, Maria da Conceição Antas de Barros Meneres Manso, Cristina Teresa Torráo de Carvalho Mesquita, Amanda Bolsato Glizente

422

Fragilidade e Agressividade nos cuidados dos residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas admitidas no serviço de urgência

Ângela Sofia Lopes Simões

438

Idosos autores digitais: um olhar sobre a criação de filmes em stop motion

Bruna Kin Slodkowski, Leticia Rocha Machado, Patricia Alejandra Behar

448

Impacto da COVID na qualidade de vida: evidências de validade da versão brasileira da “COVID 19 - impact on quality of life scale”

Thaís Lieko de Oliveira Takimoto, Amanda Moretti de Souza, Cleanderson Costa da Silva, Diana Gabriela Mendes dos Santos, Layana Giselly Silva Ferreira, Luma Geraigire, Andréa Sanchez, Marisa Silvana Zazzetta, Fabiana de Souza Orlandi

461

Impacto da Intervenção Transdisciplinar em Pessoas com Demência

Diana Carolina Faria Pestana, José Alberto Reis Brazão, Madalena Sofia Fernandes Abreu, Sara Carina Fernandes Teixeira, Bina da Conceição Pereira Garcês, Maria Carlos Leitão

475

Intergenerational psychological intervention programme - PIN - Exploratory study with children and seniors

Adelinda Maria Araújo Candeias, Adriana Simões Félix

490

Literacia em saúde sobre VIH/SIDA na população idosa

António Manuel Almeida Tavares Sequeira, Isabel Maria Ribeiro Fernandes, Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira

512

Meios complementares de diagnóstico e terapêutica de proximidade em Cantanhede: estudo de impacto no ambiente e na sociedade

Ana Leonor Jesus, Luís Carlos Antunes Claro, Artur Jorge Dias Carvalhinho, Raquel Maria Almeida Marques

523

Mental Health of Caregivers of Elderly Patients: The Impact of Psychotropic Drugs on Quality of Life, Anxiety, Depression, and Stress

Cátia Castro, Marlene Santos

536

O empreendedorismo e a inovação social – O oxigénio que as organizações sociais precisam

Jorge Miguel Almeida de Castro

551

O recurso às tecnologias na reconfiguração do centro de dia: desbravar caminhos

Inês Gomes, Hermínia Gonçalves, Daniela Monteiro

565

Os idosos enquanto cidadãos de pleno direito - Breve abordagem acerca da tutela internacional e constitucional dos Direitos dos Idosos

Joana Oliveira da Silva Aroso Marques

580

Percepção do Impacto do Coronavírus: Evidência de Validade Questionário de Impacto do Coronavírus – Versão Curta Validade do Coronavírus Impacts Questionnaire no Brasil

Fabiana de Souza Orlandi, Amanda Moretti de Souza, Cleanderson Costa da Silva, Diana Gabriela Mendes dos Santos, Layana Giselly Silva Ferreira, Thaís Lieko de Oliveira Takimoto, Marisa Silvana Zazzetta

594

Perspetivas do conceito do valor social do cuidado a pessoas idosas institucionalizadas: uma abordagem exploratória

Carolina Nogueira Fonseca, Helena Reis Amaro da Luz, Rosa Cândida Melo

609

Presença de sintomas depressivos e o impacto na qualidade de vida da pessoa idosa residente no município de Araras/São Paulo/Brasil

Higor Matheus de Oliveira Bueno, Debora Leveghim, Isabella Regina Rubin, Vitória Alves Ramos Santos, Vitória Da Silva Mascarenhas, Beatriz Marçal Ribeiro, Antonio Francisco Peripato Filho, Aline Maino Pergola-Marconato

624

Qualidade de Vida Profissional e Literacia em Demências e Cuidados Paliativos dos Ajudantes de Ação Direta em contexto ERPI, na cidade de Vila Nova de Gaia

Daniela Vieira, Luísa Castro, Ivone Duarte, Carla Serrão

637

Rastreo da síndrome de Burnout em profissionais que atuam em estruturas residenciais para pessoas idosas

Rita de Cássia Azevedo Constantino, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Zamir Vidal de Negreiros Filho, Allyne Costa Siqueira, Angelo Maximo Soares de Araujo Filho, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Thaiza Teixeira

Xavier Nobre, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Ana Tania Lopes Sampaio, Vilani Medeiros de Araújo Nunes 653

Religiosidade, Espiritualidade e Bem-Estar em Idosos

Luísa Grácio, Joana Canhoto, Heldemerina Pires, Maria João Carapeto 665

Satisfação com a vida: a percepção dos idosos algarvios

Cláudia Cristina Guerreiro Luísa 679

Satisfação com a vida e aptidão física em adultos 50 +

Diogo Costa, Simão Pedro-Costa, Irma Andrade de Sousa, José Pedro Guimarães, Carlos Portugal-Nunes, Inês Marques-Aleixo, Lucimére Bohn 689

Saúde Bucal e uso de prótese por pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência

Allyne Costa Siqueira, Zamir Vidal de Negreiros Filho, Angelo Maximo Soares de Araujo, Rita de Cássia Azevedo Constantino, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Maria Eduarda, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Vilani Medeiros de Araújo Nunes 703

Saúde e Envelhecimento: uma abordagem baseada na integralidade

Luana Antunes Sigaran, Marcio Rossato Badke, Andriele Cavalheiro, Mariáh de Miranda Vilanova, Fátima Inês Alff Vargas, Jamili Laís Baratieri, Ana Tânia Lopes Sampaio, Silvana Bastos Cogo, Ângela Kemel Zanella, Daiana Foggiato de Siqueira, Graciela Dutra Sehnem 719

Solidão vivenciada pelo idoso institucionalizado

Zaida Azeredo, Magda Guerra, Marta Ferreira 733

Trabajo Social y Atención Centrada en la Persona: funciones y claves profesionales en los cuidados de larga duración dirigidos a personas mayores

Álvaro Elices Acero 744

Unidade de tratamento de feridas complexas: melhoria da qualidade de vida para os mais idosos

Luís Carlos Antunes Claro, Liliana Ramalho Gonçalves, Fábio José Sousa Jesus, Teresa Margarida Rosendo Vaio, Artur Jorge Dias Carvalhinho 760

Validação de escala de literacia em saúde sobre VIH para idosos

António Manuel Almeida Tavares Sequeira, Isabel Maria Ribeiro Fernandes, Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira 772

Validação do Clock Drawing Test numa amostra de pessoas idosas com ≥ 60 anos

Ana Beatriz Marques Carvalhinho, Helena Espírito-Santo 787

Projeto “Cuidar em Casa” Programa Terapêutico multidisciplinar de intervenção em idosos residentes em meios rurais

Bruno Trindade, Ricardo Pocinho, Anderson Amaral, Domingos Santo, Sara Gordo 804

SECÇÃO RESUMOS

“Além do sol e mar”: uma perspetiva sobre a diversidade intrarregional do envelhecimento demográfico no Algarve

Patrícia Coelho, Ana Rita Teixeira, José de São José 822

“Viver em ERPI: incluir as vozes que ninguém escuta”

Sílvia Saramago 824

(Re)pensar as organizações sociais de resposta ao envelhecimento: o caso das estruturas residenciais para pessoas idosas

Tiago Correia, Helena Luz 825

A conjugalidade da pessoa idosa em estruturas residenciais para idosos: Resultados preliminares de uma Scoping Review

Florabela Bia, Cristina Marques-Vieira 826

A importância do diagnóstico das alterações do ritmo circadiano na terceira idade

Diana Tavares 828

Age-dependent reduction of polypharmacy after obesity and diabetes remission

Joana Dias, Paulo Cardoso, Mercedes Sanchez, João Maia-Teixeira, Ana Luísa De Sousa-Coelho 829

Ageing in place em territórios de baixa densidade demográfica de Portugal continental: alguns desafios e oportunidades

Alexandre Martins, Isabel Muñoz, Luísa Carvalho 831

Alta em cuidados continuados integrados, como melhorar? - Na perspetiva dos utentes, dos cuidadores e dos profissionais

Vanda Varela Pedrosa, Luís Miguel Machado, Cristina Garrido, Soraia Vicente, Inês Sousa Lopes 833

As universidades seniores do nordeste transmontano e a participação cívica e social na perspetiva dos líderes

Maria Cramês 835

Aspectos socioafetivos de idosos em um ambiente virtual de aprendizagem: um olhar a partir de learning analytics

Jacqueline Mayumi Akazaki, Leticia Rocha Machado, Patricia Alejandra Behar

836

Competências digitais de influenciadores idosos: um foco na aprendizagem ao longo da vida

Carla Bueno Sigal, Leticia Rocha Machado, Patricia Alejandra Behar

837

Competências digitais: um foco no empoderamento das pessoas 60+

Letícia Rocha Machado

838

Condições crônicas associadas a quedas em pessoas idosas institucionalizadas

Mayara Priscila Dantas de Araújo, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Paulo Henrique do Nascimento, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Gilson de Vasconcelos Torres

839

Construção e evidências de propriedades psicométricas da escala de ações de autocuidado com enfoque nas atividades avançadas da vida diária para pessoas longevas

José Vitor da Silva, Fabiana de Souza Orlandi, Silvana Maria Coelho Leite Fava, Márcio Daniel Nicodemos Ramos, Bruna da Graça Macêdo Pereira, Marcos Toyotoshi

841

Contribuição da tecnologia para um envelhecimento saudável

Azevedo, F., Mota, D.

842

Cybersêniors multiplicadores de saberes: Mapeamento do perfil de idosos

Tássia Priscila Fagundes Grande, Leticia Rocha Machado, Patricia Alejandra Behar

843

De fio a pavio - Os mais crescidos e as artes plásticas

Ana Maria Gonçalves

844

Digital transformation of physical and cognitive activities: let's get ACTIF

Flávia Borges-Machado, Sara Gonçalves

845

Dinâmicas territoriais do envelhecimento: a NUT III Beiras de Serra da Estrela	
Ana Ventura Lopes, Rosa Tracana	846
Direito ao vento nos cabelos – pedalar sem idade Portugal	
Margarida Guedes de Quinhones	847
Doença arterial obstrutiva periférica: estratégia de rastreio na população idosa	
Luís Claro, Liliana Gonçalves, Fábio Jesus, Artur Carvalhinho, Teresa Vaio	848
Efeitos de um programa de exercício físico multicomponente na aptidão física e na função cognitiva em idosos institucionalizados	
Ana Pereira, Luís Leitão, Rui Bessa, Jorge Soares	850
Envelhecimento e a aprendizagem ao longo da vida - projeto entre tempos	
Alexandra Janeiro, Luísa Carvalho, Ana Fartouce, Abílio Amiguinho, Célia Tavares	852
Envelhecimento e solidão no pós-covid-19: uma visão hermenêutica dialética	
Aline Gomes de Oliveira, Ricardo de Oliveira Ferreira, Isabella Gomes de Oliveira Karnikowski, Maurício Matheus Mitsuo Barbosa Aoyama, Margô Gomes de Oliveira Karnikowski	854
Envelhecimento LGBTQ+: um olhar para a (in)visibilidade da saúde das pessoas idosas não-heterossexuais	
Ana Sant'Anna	855
Estratégias pedagógicas com foco na interação de idosos no ambiente virtual de aprendizagem: construção de uma matriz	
Deyse Cristina Frizzo Sampaio, Leticia Rocha Machado, Patricia Alejandra Behar	856
Estudo sociodemográfico e hábitos de vida dos participantes do programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida do idoso durante a pandemia COVID-19	
Adriana Limeira do Nascimento, Priscilla Alfradique de Souza, Bruno Trindade, Ricardo Pocinho	857
Food security in social support institutions	
Cristina Santos, António Saraiva, Esmeralda Santos	859

Funcionamento de uma unidade de fisioterapia num hospital amigo dos + velhos

Inês Gaspar, Carina Freitas, Carla Guapo, Teresa Vaio

861

Hospitalização e mortalidade por deficiências nutricionais em pessoas idosas brasileiras

Paulo Henrique do Nascimento, Mayara Priscilla Dantas Araújo, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Gilson de Vasconcelos Torres, Thaiza Teixeira Xavier Nobre

863

Hospitalização por desnutrição em pessoas idosas brasileiras

Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Mayara Priscila Dantas de Araújo, Paulo Henrique do Nascimento, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Ana Elza Oliveira de Mendonça, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Gilson de Vasconcelos Torres

865

Implantação da prática de imposição de mãos para tratamento da depressão em pessoas idosas em um serviço de práticas integrativas e complementares em saúde: Implantação do método cuidado integrativo às pessoas idosas em instituições de longa permanência

Michael Rosenfeld de Paula Rodrigues, Silvia Soriano Silveira Bacela, Mariane Elivânia Silva, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Ana Tânia Lopes Sampaio

867

Informal caregivers as promoters of Healthy Ageing: Developing a blended course

Ana Raquel Costa-Brito, Antonio Bovolini, Ana Lopes, Diogo Chouzal, Ermelinda Marques, Rosa Tracana, Juan Francisco Ortega-Morán, Blas Pagador, José Barbosa, Estefânia Gonçalves, Tereza Otcenaskova, Vladimir Bures, Eva Macourková, Slávka Homolková, Laszlo Kostyal, Zsuzsa Széman, Carolina Vila-Chã

869

Isolamento social de adultos mais velhos – uma leitura antes e durante a pandemia

Joana Guedes, Hélder Alves, Idalina Machado, Sara Melo, Sónia Martins, Filipa Melo

872

Literacia digital para idosos no brasil: um estudo sobre acesso e habilidades por faixas etárias

Maíra Rocha Santos, Marília Miranda Forte Gomes

874

Mas agora vocês vêm-me dar banho porquê? Eu já não sou a mesma?” – uma investigação sobre trajetórias e significados de receção de cuidados

Ana Rita Teixeira, José de São José

875

Modelo de ação para o desenvolvimento de tecnologias inovadoras focadas na promoção do investimento ativo na região euroace: o caso do projeto euroage2 - MP-MULTIDIGI - Modelos pedagógicos para o multiletramento digital de idosos

António Bovolini, Raquel Brito, Carolina Vila-Chã, Blas Pagador, Juan Francisco Ortega Morán, Nicolas Montero Jaramillo, Paulo Gonçalves, Trinidad Rodríguez Domínguez, Pedro Nuñez

877

O idoso na sociedade digital

Dulce Franco, Maria Teresa Pereira Ramilo

879

O impacto da hidroginástica no sistema vascular

Helder Santos, Rosa Teixeira, Margarida Pocinho, Manuel Veríssimo, Paula Tavares

880

O suicídio na velhice em Portugal

José de São José, Patrícia Coelho

882

Participação comunitária e envelhecimento ativo e saudável: um estudo de caso na cidade do Porto

Ana Maria Bertão da Silva Neto, Aida Lorenzo Campos

883

Participação das pessoas idosas nas práticas integrativas coletivas em um serviço-escola

Sílvia Silveira Soriano, Bacelar, Mariane Elivânia Silva, Michael Rosenfeld de Paula Rodrigues, Lorena dos Santos Leal, Stephany Campanelli Esmail, Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Ana Tânia Lopes Sampaio

885

Perfil de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos atendidos no ambulatório de gerontologia de um hospital universitário no Brasil

Mariane Teixeira Machado, Ana Carolina Ottaviani, Felipe Bueno Silva, Aline Maino Pergola-Marconato, Aline Cristina Martins Gratão

887

Perspetivas de intervenção socioeducativa do curso da licenciatura em educação social: a voz dos estudantes

Maria Cramês

889

Projeto CAPAZ - estratégias inovadoras e intervenção comunitária na promoção do envelhecimento ativo e saudável

Sandra Prata, Isabel Castelo, Madalena Rodrigues, Paula Pires, Tânia Sécio, Ana Pissara

890

Projeto de melhoria continua da qualidade na notificação de episódios de violência no idoso

Sara Marisa de Sousa Marante, Daniela Patrícia Nogueira Mota, Lúcia Bela Lemos Carvalho, Liliana Carina Matos Teixeira de Vasconcelos, Maria Luísa Teixeira do Couto, Bárbara Susana Sousa Ribeiro Cibrão Guimarães

892

Projeto EMÍLIA

Dina Gonçalves

894

Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural: mito ou realidade?

Humberto Pinto, Cláudia Luísa

895

Reconciliação terapêutica e desprescrição num hospital amigo dos mais velhos

Filipa Oliveira, Margarida Seabra, Teresa Vaio

896

Relato de experiência: Reiki à distância e pessoa idosa

Mariane Elivânia Silva, Sílvia Silveira Soriano Bacelar, Michael Rosenfeld de Paula Rodrigue, Marcio Rossato Badke, Maria Goretti Galvão Leite, Maria Alice Pimentel Fuscilla, Felizardo Oliveira França, Renata Galvão Diniz do Nascimento Silva, Ana Tânia Lopes Sampaio

898

Self-perception of health status: relationship with vitamin d levels and other factors in portuguese elderly - a cross-sectional observational study

Daniela Mota, Nuno Borges, Teresa Amaral, Joana Mendes

900

Solidariedade familiar: impactos da institucionalização em ERPI

Ana Sofia Pereira, Daniela Monteiro, Paula Sousa

902

**Uma Evidência na prevenção do luto patológico no âmbito do Plano IADem no
concelho de Ponte da Barca**

Laura Brito, Odete Alves, Clara Ferreira, Alexandrina Rodrigues, Ricardo Ribeiro, Márcia Barreiro, Susana
Pinheiro, Graça Pereira

904

EDITORIAL

Ricardo Pocinho

ESECS – IPLeiria | CICS.NOVA IPLeiria | ANGES | ricardo.pocinho@ipleiria.pt

ORCID: 0000-0003-1307-5434

Sílvia Silva

ESECS – IPLeiria | ANGES | silvia.c.silva@ipleiria.pt

ORCID: 0000-0002-4215-2999

Sara Gordo

ESSLei – IPLeiria | ciTechCare | ANGES | sara.gordo@anges.pt

ORCID - 0000-0002-9578-9520

O número 4 da RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia, reflecte o resultado do AGEINGCONGRESS2023 – 6.º Congresso Internacional Sobre Envelhecimento, que se realizou entre os dias 22 e 26 de Maio de 2023 no Teatro-Cine em Pombal. O evento foi na presente edição dedicado à vida e memória do Professor Doutor José Eduardo Pinto da Costa, que em vida foi uma personalidade que muito contribuiu para o reconhecimento que o evento hoje tem entre a comunidade científica mundial, não estando já entre nós continua a inspirar muitos e a ser merecedor da nossa homenagem contínua.

Os textos que agora publicamos, são uma análise ampla e transversal ao fenómeno do envelhecimento, um tributo aos mais velhos e um agradecimento a quem deles cuida.

SECÇÃO ARTIGOS

Título completo do manuscrito: A Homofobia na 3ª Idade: Perspetiva dos cuidadores formais

Título resumido do manuscrito: A Homofobia na 3ª Idade

Cátia Emanuela Augusto Vaz

Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro, Penafiel Portugal, Centro de Investigação - CI-ISCE
Douro; Instituto Politécnico de Bragança, Portugal; catia.vaz@iscedouro; catia.vaz@ipb.pt;
ORCID: 0000-0001-5771-7510

Helena M. Carvalho

Instituto Superior de Ciências Educativas do Douro, Penafiel Portugal, Centro de Investigação - CI-ISCE
Douro; helena.carvalho@iscedouro.pt;
ORCID: 0000-0002-5068-0281

Resumo

Sendo o envelhecimento uma realidade crescente no nosso quotidiano, assim como o surgimento de diferentes tipologias que vão ao encontro da sociedade em constante mutação a que nos encontramos sujeitos, foi desenvolvido o presente estudo junto de cuidadores formais na área do envelhecimento, independentemente da resposta social. Esta investigação tem como principais objetivos compreender a forma como os cuidadores formais percecionam a homofobia, assim como as próprias instituições em que se encontram a desempenhar funções e, ainda, contribuir para a produção científica na área das ciências sociais e humanas, nomeadamente na área do envelhecimento e da homofobia. Para esta investigação recorreu-se à metodologia qualitativa através do inquérito por questionário, disponibilizado online. A maior parte dos participantes encontram-se a desempenhar funções em Estruturas Residenciais para Idosos, maioritariamente com a função de auxiliar, seguida da função de direção técnica. Foi possível verificar que no momento de integração na resposta social não questionam sobre o género do/a utente, assim como não questionam, na maior parte das situações, sobre a sua orientação sexual. Maioritariamente, não consideram a homofobia um fenómeno na 3ª idade, contudo, quase 50% dos inquiridos considera que o fenómeno se encontra entre os utentes que integram a resposta social. Quase a

totalidade dos participantes não precisou de lidar com nenhuma situação de homofobia até à presente data, reconhecendo que estas questões não têm sido trabalhadas e que ao nível da intervenção seria pertinente a realização de ações de formação e de sensibilização com as equipas que integram.

Palavras-chave: envelhecimento; homofobia; cuidadores formais.

Introdução

O envelhecimento é um fenómeno global que afeta não só as pessoas idosas como as famílias de todos os estratos sociais e, ao tornar-se um problema social, leva a que seja necessária a criação de políticas que façam face a esse problema para estreitar as relações entre a velhice e a sociedade. Este é um processo dinâmico com ganhos e perdas, que pode ser acelerado por atitudes/comportamentos negativos, mudanças sociais, estereótipos ou patologias que surjam ao longo da vida (Azeredo, 2003).

O termo homofobia foi apresentado pela primeira vez em 1971 por Kenneth Smith, como o resultado conjugação híbrida entre o pseudoprefixo “homo” (referente a “homossexual”) com o termo “fobia” (que do grego designa “medo” ou “aversão”). Porém, este termo tem vindo a ser atribuído ao psicólogo George Weinberg (1972), que no livro “Society and the Healthy Homosexual” definia “homofobia” como “o pânico de partilhar um mesmo espaço com homossexuais – e no caso dos próprios homossexuais, a auto-aversão” (Weinberg, 1972, p. 4). Assim, o termo surge como uma tentativa de dar nome a sentimentos negativos que algumas pessoas na sociedade poderiam experimentar na presença de pessoas homossexuais, nomeadamente o medo, ou receio, de estar em espaços fechados com homossexuais. Contudo, a expressão homofóbica não se resume a comportamentos de violência, sejam eles de foro físico, verbal, social, entre outros exemplos, envolve, também, “preconceitos” e “discriminação”. E, sem dúvida, que quer o preconceito, quer a discriminação, implicam algum tipo de “violência simbólica” (Bourdieu, 1999).

Conforme Santos (2018), Weinberg tinha como objetivo descrever a homofobia como um preconceito, como um julgamento infundado contra homossexuais, contudo, a terminologia parecia prender uma componente fóbica que era difícil de objetivar em termos clínicos, assim como falhava em situar esse preconceito num plano mais amplo

de uma cultura preconceituosa. Foram surgindo novas terminologias, como “preconceito sexual”, que além de interseccionalizar a homofobia com o conjunto de processos de categorização social negativa, nomeadamente ao nível do julgamento, estereótipos e generalizações, tem, desde logo, a vantagem de se apresentar como mais isenta de valores do que o termo “homofobia”, que não deixa de parecer uma construção ideológica, deixando no ar a possibilidade de que, no limite, a própria heterossexualidade possa, inclusive, ser vítima de preconceito (Herek, 2016). O autor sugere ainda, o “estigma sexual” que, em vez do preconceito sexual, se foca sobretudo no indivíduo “estigmatizado” (Herek, 1998).

Não obstante, o termo que tem reunido maior consenso é o termo homofobia que se refere a um conjunto de pensamentos, atitudes e comportamentos negativos face à homossexualidade (ou não-heterossexualidade) e/ou as pessoas homossexuais (ou não-heterossexuais), ou percecionadas como tal (Borrillo, 2010).

Indo ao encontro da perspetiva de Magalhães & Cameira (2019), a violência simbólica contra as pessoas LGBT pela expressão homofobia, será realizada através de palavras, ações e emoções negativas relativamente à homossexualidade, com a intenção de ridicularizar, inferiorizar e desacreditar essas pessoas, por não se apresentarem em conformidade com as normas de género cultural e socialmente estabelecidas, isto é, a heteronormatividade.

Conforme Herek (2016) refere, a rotulagem de “homofóbico/a” deve estar reservada para situações extremas, sob pena de perder a sua própria legitimidade. Assim, rotular alguém de “homofóbico” pode ter o efeito perverso de promover a vitimização da própria homofobia. Contudo, os cuidados também se estendem à responsabilidade de identificar discursos homofóbicos, práticas homofóbicas e pensamentos homofóbicos. Até porque muitas vezes, a homofobia pode ser expressa de forma “inocente”, por ignorância ou falta de conhecimento (Sedgwick, 1990) mas, outras vezes, pode ser racionalizada e ideologicamente marcada e motivada.

Infelizmente, a homofobia pode conduzir a crimes de ódio, que são atos criminosos motivados pelo preconceito contra a orientação sexual, identidade e expressão de género ou as características sexuais. Esses crimes têm como alvo, sobretudo, pessoas

LGBTQIA+¹, mas também pessoas percebidas como tal. Todos estes atos se baseiam em crenças e preconceitos que a sociedade (família, escola, religião, Estado) tem sobre elas. Este tipo de comportamento pode existir em razão da orientação sexual e da identidade e expressão de género que tendem a afetar qualquer indivíduo percecionado como desviante à norma cis-heterossexual dominante. Obviamente que a cultura dominante é determinante neste tipo de comportamentos, pois são gerações atrás de gerações que levam ao comportamento atrás descrito. Aliás, verifica-se que muitas vezes as próprias pessoas com características diferentes estigmatizam em prol da cultura dominante, mesmo que não seja intencionalmente, não querendo isso dizer, conforme refere Silva (2018), que a pessoa visada não sinta dor ou desconforto.

No que diz respeito à velhice, segundo Salgado *et al* (2017), no processo de envelhecimento existem diferenças entre aquele que é o envelhecimento heterossexual e aquele que é o envelhecimento LGBTQIA+, desde já pela forma como vivenciam a solidão. De facto, a solidão entre as pessoas idosas já é entendida como um problema social contemporâneo, no entanto, intensifica-se quando se fala de pessoas idosas LGBTQIA+ (Salgado *et al*, 2017). A cultura heteronormativa que existe na sociedade aumenta o medo do isolamento na velhice para as pessoas LGBTQIA+ porque estas preferem isolar-se como mecanismo de defesa para não sofrer de preconceito (Leal & Mendes, 2017), situação que certamente vivenciaram na sua juventude (Santos, Araújo & Negreiros, 2018).

A situação anteriormente descrita, reflete-se no "panorama heteronormativo sobre a velhice que tende a permanecer dominante na gerontologia mainstream" (Henning, 2017, p. 287), caracterizado por referências normativas ao género, à identidade sexual e à sexualidade das pessoas idosas. Para além deste sentimento, tem-se observado que, à medida que envelhecem, estes indivíduos deixam de ter apoio dentro das suas comunidades e, em algumas circunstâncias, recorrem a tratamentos cosméticos para contrariar esta tendência.

Para além disto, segundo Pereira *et al* (2018), as próprias interações sexuais entre a comunidade LGBTQIA+ jovem são mais reconhecidas do que as associadas às pessoas idosas LGBTQIA+, uma vez mais, devido ao preconceito e à associação negativa em

¹ LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexual “+” outras sexualidades e identidades de género.

relação à sexualidade na terceira idade. Neste caso, segundo Gato (2022) estamos perante uma interseccionalidade que pode ser compreendida como uma ferramenta de análise que consegue dar conta de mais de uma forma de opressão simultânea. Nessa ótica, os processos discriminatórios não são compreendidos isoladamente, nem se propõem uma mera adição de discriminações, mas antes, abraça-se a complexidade dos cruzamentos dos processos discriminatórios e a partir daí procura-se compreender as condições específicas que deles decorrem (Kyrillos, 2020).

Nesta linha de análise é importante considerar o impacto destes fatores no que se refere ao grau de solidão. A literatura mostra que as pessoas idosas expressam frequentemente o desejo de quebrar o ciclo da solidão, mas os estereótipos e os preconceitos dificultam muito a sua concretização, como consequência do facto de a maioria das pessoas idosas LGBTQIA+ nunca terem sido pais ou avós, as relações sociais e intergeracionais são mais vulneráveis. Devido a estes fatores, este é um grupo que tem sido identificado na literatura como mais suscetível de sofrer de problemas de saúde física e mental do que os idosos heterossexuais. Os acompanhantes, como vizinhos e amigos, podem compensar e ultrapassar as vulnerabilidades destes familiares mais velhos, mas na prática, na maioria dos casos, estes apoios parecem não dar o suporte suficiente, pois estão em relação com pessoas da mesma idade e com necessidades de cuidados semelhantes. Como referem os autores Crenitte, Miguel & Filho (2018), pode haver vantagens quando as pessoas assumirem a sua orientação sexual para que os serviços prestados se adequem a elas, respeitando a diversidade.

Além disso, verifica-se uma fragilidade na formação nas equipas, havendo incapacidade dos/as profissionais na abordagem a esta realidade, gerando, inclusive, situações de stress e desconforto, tanto para as pessoas idosas como para os profissionais. Os cargos de direção-técnica, acabam por demonstrar maior capacidade de posicionamento sobre o tema, reconhecendo que esta é uma realidade invisível nos contextos institucionais, mas nas equipas que gerem. Também se verifica que não há uma preparação, por parte das pessoas idosas (os pares), para perceber e aceitar a realidade descrita.

Conforme refere António (2013), as políticas sociais da velhice são direcionadas para o grupo populacional não produtivo, encarado como o mais homogéneo. Pelo que embora esta resolução pretenda defender os direitos das pessoas idosas em contexto institucional, é notória a fragilidade da mesma no que toca ao respeito pela orientação

sexual, identidade de género, expressão de género e características sexuais das pessoas idosas residentes. Conforme refere Silva (2018), é importante repensar o funcionamento das instituições, como forma de se evitar a uniformização e, como tal, a segregação e exclusão dentro da própria instituição.

Neste sentido a integração da pessoa idosa em instituições, sobretudo de carácter permanente, podem significar uma rutura com vários contextos da sua vida e individualidade. No contexto institucional, a dificuldade de integração é pautada como um dos maiores constrangimentos que ditam a relação entre a pessoa idosa LGBTQIA+ com a institucionalização, devido à falta de privacidade e autonomia, o que dificulta o exercício da cidadania sexual das pessoas idosas. Além disso, devido às características sociais, culturais e religiosas muitas das pessoas tecem comentários preconceituosos em relação às pessoas LGBTQIA+ que, no caso de a pessoa assumir a sua orientação sexual, a identidade de género, promove a possibilidade de esta não ser compreendida pelas pessoas idosas residentes na instituição (Maia, 2022).

Outro aspeto que os estudos demonstram, é que estamos a falar de públicos que apresentam vulnerabilidades muito singulares e que estão relativamente invisíveis no campo das políticas e problemas públicos no âmbito do apoio social. Não existem instituições específicas para este público-alvo, mas também não deveria ser uma necessidade ao nível das políticas públicas. Contudo, se para a pessoa idosa heterossexual é, muitas vezes, difícil manter uma vida sexual ativa pelo facto de as pessoas que dirigem e trabalham nas instituições, e os próprios familiares, considerarem que a pessoa idosa é assexuada, para uma pessoa idosa LGBTQIA+ torna-se ainda mais difícil. Não só pela falta de aceitação das figuras referidas anteriormente, mas também pela dificuldade de compreensão dos outros residentes. Todo este contexto, leva a que, uma vez mais, estas pessoas pratiquem comportamentos sexuais de risco, uma vez que os indivíduos preferem evitar sentimentos como constrangimento, embaraço, humilhação e incompreensão e praticarem relações sexuais desprotegidas, em vez de pedirem apoio nesse sentido (Silva, 2018).

Todo este tipo de pensamento surge aquando do ingresso numa instituição, conforme já referido, levando a que muitas vezes haja a renúncia à sua orientação sexual e/ou identidade de género pessoa idosa LGBTQIA+ (Silva, 2018). Pelo que se compreende necessária a necessidade de um acompanhamento individual especializado,

principalmente na fase de integração das pessoas idosas LGBTQIA+, de técnicos/as capacitados para o efeito, com o objetivo de garantir que este processo é feito de forma gradual e positivo para a pessoa idosa. Outra sugestão que o autor deixa, é que no Plano Anual de Atividades nas instituições para pessoas idosas, “haja uma abordagem educativa sobre o tema, de modo que desconstruir ideias pré-concebidas sobre a comunidade LGBTQIA+ e promovendo um fator de integração positivo para as pessoas idosas LGBTQIA+ nas instituições” (Maia, 2022, p. 98).

No que diz respeito à investigação levada a cabo, esta teve como objetivos: compreender a forma como os cuidadores formais percecionam a homofobia, assim como as próprias instituições em que se encontram a desempenhar funções e contribuir para a produção científica na área das ciências sociais e humanas, nomeadamente na área do envelhecimento e da homofobia.

Métodos

A abordagem metodológica que se levou a cabo nesta investigação foi baseada num inquérito por questionário, de carácter exploratório e descritivo. Exploratório para entendimento da perspetiva dos inquiridos acerca de uma temática pouco investigada na 3ª idade e descritivo porque descreve uma realidade, como o próprio nome diz. Neste sentido pretendeu-se compreender a forma como os cuidadores formais percecionam a homofobia, assim como as próprias instituições em que se encontram a desempenhar funções. Nesta investigação participaram 208 cuidadores formais, 161 (77,4%) do género feminino, 45 (21,6%) do género masculino e 2 (1%) preferiram não dizer, com idades compreendidas entre os 19 anos e os 60 anos. A maior parte dos participantes encontrava-se nas seguintes respostas sociais: ERPI (Estruturas Residenciais para Idosos) (46,2 % - 96), seguindo-se em Centro de Dia (26% - 54), Centro de Convívio (15,4% - 32) e em SAD (Serviço de Apoio Domiciliário) (12,5% - 26), maioritariamente a desempenharem a função de auxiliar (29,8% - 62), seguida da função de Direção Técnica (17,3% - 36), de Assistentes Sociais (16,8% - 35) e de Técnico/a(s) Superiores de Educação Social (11,1% - 23).

O instrumento de recolha de dados utilizado foi o inquérito por questionário

disponibilizado online². Na elaboração das questões procurou-se ter o máximo de cuidado, no sentido de as mesmas serem claras e pertinentes, com vocabulário adequado a todos os participantes. Este foi composto por 19 questões fechadas, divididas em dois blocos: o bloco I, com questões referentes aos dados pessoais e o bloco II, com questões direcionadas para a recolha da opinião dos inquiridos acerca do género, orientação sexual, homofobia na 3ª idade e nas instituições sociais. As questões do questionário ministrado foram consideradas essenciais para avaliar o que se pretendia, e para a sua aplicação foram seguidos princípios éticos e deontológicos de confidencialidade, através da informação disponibilizada no início do questionário todos os participantes ficaram a saber o objetivo da pesquisa a que se destinavam, o carácter anónimo das respostas, a importância da colaboração e a necessidade da sinceridade e confidencialidade nas mesmas sendo ao mesmo tempo alertados para o facto de os dados recolhidos serem utilizados apenas para os fins a que se destinavam.

Para a aplicação dos questionários foi necessário inicialmente proceder a um pré-teste com três participantes. A aplicação do questionário decorreu durante os meses de fevereiro, março e abril de 2023. Os dados recolhidos foram analisados tendo em atenção análises univariadas e bivariadas e, posteriormente, descritos e discutidos.

Resultados

Questionados os inquiridos se, quando um utente integra os cuidados institucionais, perguntam sobre o seu género, verificou-se que 60,1% (125) não perguntam sobre o género, 21,2% (44) perguntam apenas sobre o sexo e 18,8% (39) referiram que sim, perguntam sobre o seu género.

De acordo com os resultados obtidos acerca se, quando um utente integra os cuidados institucionais, perguntam sobre a sua orientação sexual, 72% (149) dos inquiridos não perguntam sobre a orientação sexual, 25,5% (53) consideram insignificante fazer esta pergunta e 2,4% (5) perguntam sobre a orientação sexual.

Relativamente à questão “Acha que a homofobia é um fenómeno na 3ª idade?” 56,7% (118) consideram que sim, e 43,3% (90) consideram que não.

No que diz respeito à perceção dos inquiridos sobre a questão “Sabe o que é a homofobia na 3ª idade?” 88% (183) disseram que não e 12% (25) disseram que sim

² Link questionário: [A Homofobia na 3ª Idade: A perspetiva dos cuidadores informais - Google Forms](#)

Quando questionados se acham que a homofobia na 3ª idade está presente nos idosos que integram respostas sociais de apoio, 58,2% (121) dos inquiridos consideram que não, 40,9% (85) consideram que sim e 1% (2) consideram estar presente apenas nos idosos que não se encontram institucionalizados.

À questão “Já lidou com a homofobia na 3ª idade no seu local de trabalho?” 92,8% (193) dos inquiridos reportaram que não lidaram e 7,2% (15) que sim. Dos 15 inquiridos que responderam que sim, apenas 14 responderam como lidaram, agindo da seguinte forma: 42,9% (6) repreenderam o comportamento, 21,4% (3) ignoraram, 21,4% (3) reportaram superiormente, 7,1% (1) não soube como lidar e 7,1%, (1) acalmou. Ligada à mesma questão, dos 15 inquiridos que responderam que já lidaram com a homofobia na 3ª idade 13 disseram que a mesma aconteceu utente com utente (84,6% - 11) e entre colaborador/a com utente (15,4% - 2).

Interrogados acerca de como se sentem enquanto cuidadores formais em relação à homofobia direcionada para a 3ª idade, verificou-se que 53,4% (111) são intolerantes, 26,9% são tolerantes e 19,7% (41) são indiferentes.

Perante a questão: “Considera que as instituições ligadas à 3ª idade, estão preparadas para lidar com as opções sexuais dos seus utentes considerados “fora do normal”?” observou-se que 78,8% (164) consideram que não e 21,2% (44) consideram que sim.

Para os participantes nesta investigação “fora do normal”, é “gostar sexualmente de recorrer à prostituição” (% - 117), seguindo-se a opção “gostar sexualmente de pessoas travestis” (% - 86), da opção “gostar sexualmente de pessoas do mesmo género” (% - 72), da opção “gostar sexualmente de pessoas transexuais” e da opção “gostar sexualmente de pessoas do género diferente”, com 23 (%) pessoas a seleccionar esta opção. De referir que 17 (%) pessoas responderam não considerar nada fora do normal, salientando a importância de respeitar qualquer opção que faça sentido para a pessoa. E, por fim, 9³ (%) pessoas indicaram outras situações que consideram “fora do normal”. Ainda ao nível das instituições e se estas trabalham as questões de género e fenómenos como a homofobia, 87% (181) dos inquiridos consideram que não, e 13% (27)

³ Como outra, indicaram: Desrespeitar os seres humanos; Não respeitar a sexualidade de cada um; Ter uma orientação sexual fora do padrão social; Pessoas que não prestam os cuidados adequados e não aceitam a diferença; gostar sexualmente de crianças e qualquer outra pessoa de que género for sem o seu consentimento; qualquer comportamento que sai das normas sociais instituídas; para mim? Só não é normal o que for considerado crime. Como pedofilia, necrofilia, zoofilia ou sem o consentimento/consciência de um dos envolvidos; Gostar sexualmente de animais; Penso que as instituições não estão preparadas para lidar sequer com a opção sexual na 3ª idade.

consideram que sim. Dos inquiridos que responderam que sim, 25 reportaram fazer as seguintes intervenções: ações de sensibilização (64% - 16); formações (32% - 8); reuniões (28% - 7); Reeducação e pedagogia (4% - 1); conversas (4% - 1) e contagem (4% - 1). Dos inquiridos que responderam que as instituições não trabalham as questões de género e fenómenos como a homofobia 180 de 181 sugeriram que seriam pertinentes as seguintes intervenções: ações de sensibilização (82,8% - 149); formações (79,4% - 143); reuniões (25% - 45); as 3 opções anteriores (0.6% - 1).

Por último, na questão “Em relação aos utentes, quais considera que seriam as melhores intervenções?” os inquiridos consideraram as seguintes: sensibilizar para o respeito (90,4% - 188); aceitação (66,3% - 138); reunir com o utente (26% - 54); reunir com a família (15,9% - 33) e expulsão da instituição (1% - 2). De outras sugestões destacam-se a realização de “dinâmicas de grupo de modo a apresentar testemunhos de pessoas que vivenciam diariamente o preconceito pela sua orientação sexual e o que isso pode desencadear no seu quotidiano (frustração, raiva e suicídio) (0.5% - 1) e “apelar ao respeito e aceitação, e explicar bastante na “era” dos “nossos” idosos ainda é considerado doença”.

Discussão

Neste estudo verificou-se que a maior parte dos participantes se encontravam a desempenhar funções em ERPI, maioritariamente com a função de auxiliar, seguida da função de direção técnica, o que vai ao encontro da Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. Ou seja, há mais pessoas a trabalhar com a função de auxiliar do que qualquer outra formação neste tipo de respostas sociais⁴.

Foi possível verificar que no momento de integração na resposta social não questionam sobre o género do/a utente, assim como não questionam, na maior parte das situações, sobre a sua orientação sexual. Conforme referido anteriormente, quando falamos de pessoas idosas LGBTQIA+, estamos a falar das suas experiências de solidão, não apenas agora, mas ao longo das suas vidas. Isto porque estas pessoas podem ter experimentado diferentes dificuldades de adaptação devido à influência de padrões impostos por

⁴ Por cada 8 residentes: um(a) ajudante de ação direta; um encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 4º residentes; um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento; um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residente; um(a) empregado(a) por cada 20 residentes; um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno.

sociedades heteronormativas com padrões de género masculino/feminino pré-definidos através de normas heterossexistas cisgénero (Santos, Araújo & Negreiros, 2018). Neste sentido, a pessoa idosa, ao sentir que não questionam, pode levar a que seja entendido de duas formas, por um lado, a pessoa pode sentir-se “aliviada” por não se sentir exposta; por outro lado, pode sentir-se só, por mais uma vez não ser tido considerado o seu género, e poder vir, dessa forma, a serem ignoradas situações que levem a pessoa idosa a sentir-se triste naquela que pode ser a sua casa até ao momento da sua morte.

Maioritariamente, os inquiridos não consideraram a homofobia um fenómeno na 3ª idade, contudo, quase 50% das pessoas participantes considerou que o fenómeno se encontra entre os utentes que integram as respostas sociais. Deste modo, é urgente a alteração de paradigma porque como referenciado ao longo deste documento, a homofobia pode conduzir a crimes de ódio, motivados pelo preconceito pré-existente. E, se acontecer, a pessoa idosa sentir-se-á, mais uma vez, excluída e marginalizada, sendo ignorada a defesa pelos seus direitos no combate às possíveis dificuldades e violências em contexto institucional (António, 2013).

Quase a totalidade dos/as participantes nesta investigação não precisou de lidar com nenhuma situação de homofobia até à presente data, reconhecendo que estas questões não têm sido trabalhadas, e que ao nível da intervenção seria pertinente a realização de ações de sensibilização e de formação com as equipas que integram. Conforme referido por Faleiros & Morano (2009), não se personaliza, conforme expectável, o plano de intervenção com cada utente. Esta situação pode não ser problemática, se indicar que o género não irá interferir de qualquer modo com o bem-estar de todas as pessoas que estão numa instituição. Contudo, dificilmente será assim, porque se uma pessoa, apesar de ser mulher ou homem não se identificar como tal e tiver de partilhar quarto com quem se identifique, a situação pode ser constrangedora para ambos os casos.

Em relação aos utentes, estes consideram que as melhores intervenções seriam sensibilizar para o respeito, a aceitação e reunir com os mesmos e com as famílias. Conforme referem Bentes, Pedroso & Maciel (2012), algumas instituições pouco motivam as pessoas idosas a pensar, a agir e a refletir sobre a sua vida. Portanto, seria um desafio, mas aliciante e motivador, levar todos os envolvidos e/ou interessados a refletir sobre esta temática. Maia (2022) aponta esse caminho, sugerindo que no Plano

Anual de Atividades haja uma abordagem educativa sobre o tema, com o objetivo de desconstruir ideias pré-concebidas e facilitar a integração de qualquer utente.

Com esta investigação verificámos que a maioria dos inquiridos não considerou a homofobia um fenómeno na 3ª idade, contudo, consideram que o fenómeno se encontra entre os utentes que integram as respostas sociais.

Portanto, o facto da maioria dos inquiridos neste estudo ter referido que, aquando da integração de uma pessoa em ERPI, não se questionar sobre o seu género, demonstra ser um tema que ainda não estará em cima da mesa. Desconhecemos se porque ainda não surgiu ou simplesmente porque é um tema tabu, camuflado com as restantes preocupações, o que futuramente seria importante analisar.

Neste sentido, esta investigação também pretendeu sensibilizar a comunidade em geral, de modo a encararmos a homofobia como um desafio atual que carece de toda a atenção da sociedade, de modo a promovermos o sentido de responsabilidade comunitária para com as pessoas idosas, as suas escolhas, bem como promover uma maior qualidade de vida. De acordo com Stefanacci (2022), o envelhecimento saudável permitirá a manutenção da saúde física e mental evitando distúrbios.

Verificámos que, ao nível da intervenção, seria pertinente a realização de ações de sensibilização e de formação das equipas que integram as diferentes respostas sociais. Em relação aos utentes, os participantes inquiridos, consideraram que as melhores intervenções seriam sensibilizar para o respeito, a aceitação, reunir com os mesmos e com as famílias.

Conclusão

Em termos de conclusão, considera-se que, futuramente, seria interessante desenvolver uma investigação junto de utentes que se encontrem integrados em Estruturas Residências para Idosos, com dois grandes objetivos: primeiro, perceber a percentagem de utentes LGBTQIA+ integrados ou integradas nesta resposta social; em segundo, analisar aquilo que sentiram aquando do momento de integração, assim como perceber como se têm sentido com o passar dos anos. Esta investigação é pertinente para que se possam introduzir medidas que visem minimizar os constrangimentos que se sintam ou possam vir a sentir e, com o passar do tempo, possam mesmo vir a ser totalmente eliminados.

Gostaríamos ainda de salientar, em termos conclusivos, que se considera necessária a aposta por parte dos decisores políticos ao nível das políticas públicas, como forma de dar maior visibilidade ao tema aqui discutido. O que é possível levando o tema à discussão através da investigação e produção científica que deverá partir da prática, isto é, dos diferentes contextos onde as pessoas idosas possam estar integradas.

Referências Bibliográficas

- António, S. (2013). “Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento”, in Carvalho, Maria Irene de, *Serviço Social no Envelhecimento*. Albergaria-a-Velha: Pactor-Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação.
- Azeredo, Z. (2003). *Educação para a saúde e a autonomia/independência do idoso. Infância Juventude: Pontes de Inclusão*. Universidade Portucalense: Revista de Educação Social. 1, 191-195.
- Bentes, A, Pedroso, J. & Maciel, C. (2012). O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. *Aletheia*, 38 (39), 196-205. [disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n38-39/n38-39a16.pdf>, 2023, 31 de janeiro].
- Borrillo, D. (2010). *Homofobia: História e crítica de um preconceito*. Autêntica Editora.
- Bourdieu, P. (1999). *A dominação masculina*. Celta Editora
- Bryant, K & Vidal-Ortiz, S. (2008). Introduction to retheorizing homophobias. *Sexualities*, 11(4):387-396. DOI: 10.1177/1363460708091740
- Crenitte, Milton, Miguel, Diego & Filho, Wilson (2018). Abordagem das particularidades da velhice de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. *Geriatr Gerontol Aging*, 13 (1), 1-7. [disponível: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v13n1a09.pdf>, 2023, 11 de fevereiro].
- Faleiros, V. & Morano, T. (2009). Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. *Revista textos & contextos*, 8 (2), 319-338. [disponível: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9086/1/ARTIGO_CotidianoRelacoesPoder.pdf, 2023, 10 de fevereiro].
- Gato, J. (2022). Discriminação contra Pessoas LGBTI+: Uma Revisão de Literatura

- Nacional e Internacional. In Saleiro, S., Ramalho, N., Menezes, M., & Gato, J., *Estudo nacional sobre necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de gênero e características sexuais*. Comissão para a cidadania e a igualdade de gênero, pp. 9-45.
- Henning, C. E. (2017). Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. *Horizontes Antropológicos*, 23 (47), 283-323. [disponível: <https://www.scielo.br/pdf/ha/v23n47/0104-7183-ha-23-47-0283.pdf>, 2023, 10 de fevereiro].
- Herek, G. M. (1998). *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Herédia, V. (2012). Instituições de longa permanência como alternativa de cuidados. *Memorialidades*, 18, 47-62.
- Herek, G. M. (2016). The social psychology of sexual prejudice. In Toddy D. Nelson (Ed.), *Handbook of Prejudice, Stereotyping, and Discrimination* (pp. 355-384). Psychology Press.
- Kyrillos, G. (2020). Uma análise crítica sobre os antecedentes da interseccionalidade. *Revista estudos feministas*, 28 (1), 1-12. Retirado de DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n156509
- Leal, M. & Mendes, M. (2017). A geração duplamente silenciosa – velhice e homossexualidade. *Revista Portal de divulgação*, 51 (7), 18-35.
- Maia, L. (2022). *LGBTQIA+ e Envelhecimento: Perspetivas e Conceções de Profissionais em Contexto Institucional*, [disponível: 569365.pdf (up.pt), 2023, 10 de fevereiro].
- Magalhães, M. & Cameira, M. (2019), “Bullying e Cyberbullying. Violência entre pares e homofobia na adolescência”, in Soares Martins, J. & Simões, M. *Crime, Desvio e Risco na Adolescência*, Edições Sílabo, 93-104.
- Pereira, H., et al, (2018). Aging perception ins older gay and bissexual men in Portugal: A Qualitative Study. *International journal pf aging & human development*, 87 (1), 5-32. Retirado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28748709/>, 2023, 31 de janeiro].
- Salgado, A. et al. (2017). Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Ciências Psicológicas*, 11 (2), 155-163. [disponível:

- http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-42212017000200155&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt, 2023, 15 de fevereiro].
- Santos, H. M. R. (2018). *Discursos sobre bullying e homofobia na e da escola: que (im)possibilidades de cidadania para jovens LGBT?* (tese de doutoramento), [disponível: 291323.pdf (up.pt), 2023, 15 de fevereiro].
- Sedgwick, E. K. (1990). *Epistemology of the closet*. Berkeley: University of California Press.
- Silva, J. (2018). *O outro lado de mim: o peso da orientação sexual no envelhecimento LGBT* (dissertação de mestrado). [disponível: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/61897/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Sociologia%20-%20%20Judite%20Silva%2C%20n.35800.pdf>, 2023, 12 de fevereiro].
- Stefanacci, G. (2022). *Manual MSD Versão Saúde Para As Famílias. Considerações Gerais Sobre O Envelhecimento*. [disponível: <https://Www.Msdmanuals.Com/Pt-Pt/Casa/Quest%C3%B5es-Sobre-A-Sa%C3%BadeDe-Pessoas-Idosas/O-Envelhecimento-Corporal/Considera%C3%A7%C3%B5esGerais-Sobre-O-Envelhecimento>]
- Weinberg, G. (1972). *Society and the healthy homosexual*. St. Martin's Press.

“As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: A Inclusão da Pessoa mais Velha com Demência na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI): a percepção dos profissionais

Título resumido do manuscrito: A Inclusão da Pessoa mais Velha nas ERPIs

Maria de Fátima Santos Lourenço

Diretora de Serviços na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), em Bragança |

mariasss@sapo.pt

ORCID ID: 0009-0007-7193-8556

Hélder Jaime Fernandes

Professor no Ensino Superior no Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde de Bragança

| helder@ipb.pt

ORCID ID: 0000-0001-9705-8214

Resumo

Este estudo deteve como objetivo evidenciar a existência da inclusão da pessoa com demência na ERPI, atendendo ao modelo de cuidados implementado.

Aplicaram-se aos profissionais qualificados, um questionário sociodemográfico, e uma entrevista semiestruturada. E às pessoas mais velhas um questionário sociodemográfico e duas escalas para conhecer o nível de independência nas AVD, e estimar a severidade da perda cognitiva.

No estudo participaram 180 pessoas mais velhas, sendo que 92 apresentam patologia de demência: 59 pessoas com diagnóstico clínico comprovado e 33 com suspeita de demência. Os dados recolhidos, apontam para a institucionalização de pessoas com um nível moderado de dependência física, e um elevado comprometimento cognitivo. Com o processo de institucionalização, a investigação demonstrou que existe um conjunto de perdas que retiram expressão à individualidade da pessoa, seja na realização das AVD, nas atividades lúdico-recreativas, ou ainda, na relação de comunicação que estabelecem com os intervenientes.

Concluiu-se que as normas e regras instituídas influenciam de forma menos positiva a

subsistência de cuidados adequados às necessidades das pessoas, não só pelo conjunto de perdas significativas que insurgem com a institucionalização. Esta influência está associada ao fato das normas e regras instituídas estarem sustentadas, maioritariamente, no modelo biomédico, que por si só não promove a inclusão da pessoa com demência na ERPI. Incluir a pessoa com demência na ERPI, é olhar para um ser individual, atender à comunicação sistémica e à valorização do papel social na ERPI.

Palavras-chave: Demência, Cuidados, Institucionalização, Inclusão.

Introdução

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa atual. Estima-se que o número de pessoas (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões, e o índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 pessoas, por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa (INE, 2020). A cidade onde o estudo foi desenvolvido, Bragança, tem uma população residente com 123.022 habitantes, e apresenta uma percentagem de 31,0% de população acima dos 65 anos de idade, e um índice de dependência elevado, de 68,5% (Ministério da Economia e Mar, 2021).

Associado ao envelhecimento e longevidade das populações nos países desenvolvidos, e aos progressos tecnológicos da medicina e, de um modo geral, à melhoria das condições socioeconómicas, está uma maior prevalência das doenças crónicas e de dependência nas atividades da vida diária (AVD) (Sequeira, 2007). As infeções do século passado, erradicadas ou controladas, também foram substituídas pelas doenças crónicas degenerativas. Neste contexto as demências tornaram-se particularmente frequentes (Fernandes, 2008). Segundo o relatório “Global status report on the public health response to dementia” da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), estima-se que o número de pessoas que vivem com demência está a crescer, e de acordo com o mesmo relatório, a OMS considera que mais de 55 milhões de pessoas (8,1% das mulheres e 5,4% dos homens com mais de 65 anos) estão a viver com demência. Estima-se que esse número aumente para 78 milhões em 2030, e 139 milhões, em 2050.

Segundo Barroso (2014), proliferam em Portugal, medidas atomizadas e

descoordenadas, que não refletem nem promovem, os direitos daqueles que atingem idades mais avançadas. Não está em causa a violação dos direitos das pessoas, mas dos direitos fundamentais comuns a todos, independentemente da fase da vida em que a pessoa se encontra.

Em Portugal, as políticas de saúde não têm privilegiado os problemas do envelhecimento, e em particular as questões relativas à saúde mental (Leuschener, 2005). Como preditores da institucionalização, aponta-se, essencialmente, os défices cognitivos e/ ou funcionais e a falta de meios e de apoio associados aos cuidados prestados nas atividades da vida diária (AVD). E a grande questão, é que as estruturas residenciais não estão preparadas para atender às necessidades de pessoas com défices cognitivos, mas a falta de respostas institucionais específicas deixa-as sem opção (Cruz, 2014).

As respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, nomeadamente, as estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), registaram em Portugal, um crescimento de 52 %, entre 2000 e 2019, que ascende a 160% de crescimento, e que se traduz num aumento superior a 2700 novas respostas sociais (Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, 2019).

Face ao considerável aumento das ERPI no país, o presente estudo procurou refletir sobre a inclusão da pessoa com demência na ERPI, no que respeita aos direitos dos mais velhos, atendendo aos princípios e valores do cuidar, e a uma abordagem sistémica e centrada na pessoa. E considerar a importância do cuidado centrado nas pessoas, é considerar os cuidados que incorporam o respeito pelos valores e preferências, que oferecem informação clara e em termos adequados, promovem a autonomia na tomada de decisão e atendem as necessidades de conforto e suporte emocional da pessoa. (Ministério da Saúde, 2016).

Segundo Manso (2019), o mais importante não é apenas olhar para as habilidades cognitivas, mas sim reconhecer e manter a individualidade, a qual pode ser perdida, em parte, como resultado do modo como os outros tratam e veem a pessoa com demência. Estas perdas podem ser consequentes às interações sociais disfuncionais, e não apenas à neuropatologia da doença.

Quando uma pessoa é vista como diminuída em relação às demais, por ter um declínio no funcionamento cognitivo, ela pode ser tratada como se não fosse mais um ser

humano. Para uma pessoa com demência, a figura do cuidador é vital para manter sua identidade, o que pode ser assegurado no contexto de uma relação de reconhecimento mútuo, respeito e confiança. O cuidador é necessário para compensar a degeneração e fragmentação, e sustentar a condição de pessoa, principalmente quanto mais a demência avança. O cuidador é necessário para manter os pedaços juntos, para se tornar a memória, mantendo o Eu. E as interações caracterizadas por rotulagem, paternalismo e infantilismo tendem a despersonalizar a pessoa com demência.

Presentemente, reconhece-se que o cuidador pode influenciar a evolução da demência, particularmente na frequência e gravidade dos problemas comportamentais e deterioração das capacidades funcionais (Melo, 2005).

A natureza das repercussões associadas ao cuidar de uma pessoa com dependência física/mental emerge, essencialmente, de contextos dinâmicos que interagem entre si, onde se verifica um processo de influência mútua. De um modo global, quem presta cuidados a uma pessoa que envelhece deve atender às suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e, além disso, fazer face às modificações importantes do seu comportamento, dos seus hábitos e da sua maneira de comunicar. Segundo Phaneuf (2010) deve-se, por isso, instaurar um sistema de comunicação sistémica no qual a pessoa com demência, constitui o centro da comunicação.

Dessa forma, devem-se valorizar os princípios e valores em que assenta o cuidar do outro, uma vez que têm a sua génese nos direitos fundamentais que devem ser promovidos e garantidos a todos os residentes. Na tabela seguinte, encontram-se os enunciados pelo Instituto da Segurança Social (2011). E estes são os valores e princípios que devem ter expressão na concretização dos direitos dos residentes na ERPI.

Tabela 1*Princípios e valores do cuidar.*

Dignidade	A dignidade da pessoa humana, é fundamento de todos os valores e princípios que constituem substrato dos direitos que são reconhecidos à pessoa;
Respeito	Aquando se demonstra o respeito por uma pessoa, estamos a transmitir-lhe apreço por aquilo que é. Significa também que a temos em consideração naquilo que fazemos com ela e para ela. O respeito tem que estar presente em toda a vida quotidiana de uma estrutura residencial. Uma forma importante de respeitar o outro é ter em conta a sua vida passada. O residente não corta laços com o passado ao ingressar na estrutura residencial. Assim, ele deve, por exemplo, poder fazer-se acompanhar dos seus objetos pessoais, recordações e, caso haja condições, mobiliário e animais de estimação;
Individualidade	A pessoa tem características biológicas e experiências de vida que definem a sua identidade e individualidade, e a distinguem dos demais. Embora possamos ter muitas características comuns, encontramos diferentes gostos, crenças, opiniões e atitudes mesmo dentro da mesma família. Quando se trabalha numa estrutura residencial, reconhecer e respeitar a diferença é uma forma de demonstrar que valorizamos as pessoas com quem nos relacionamos. Reconhecer a individualidade do residente passa por coisas aparentemente tão comuns como perguntar-lhe como é que quer ser tratado;
Autonomia	O respeito pela individualidade implica, necessariamente, o respeito e a promoção da autonomia do residente. A estrutura residencial não é um local onde a pessoa aguarda pela morte, mas sim a sua casa, onde vive uma fase importante da sua existência. A direção e os colaboradores da estrutura residencial devem estimular o residente a ser responsável por si próprio e a executar ele mesmo todas as tarefas que deseje e de que seja capaz. Ninguém se deve substituir ao residente nessas tarefas sob o argumento de maior funcionalidade ou rapidez. A estrutura residencial deve ter condições que promovam a autonomia e facilitem a mobilidade, nomeadamente a nível do espaço físico e mobiliário, e da humanidade com que se prestam pequenas ajudas, capazes de ajudar a manter o autocuidado, a autoestima e a promover a autonomia;
Capacidade de Escolha	É muito importante para o bem-estar emocional e físico dos residentes terem oportunidade de fazer escolhas e de tomar decisões. Se assim não for, limita-se a autonomia violando-se, o princípio do respeito pela pessoa do residente e sua autodeterminação. Devemos encorajar os residentes a decidirem, tanto quanto possível, o que querem comer e quando, o que fazer ao longo do dia, o que querem vestir, a hora a que se querem deitar ou levantar;
Privacidade e Intimidade	A consideração pela pessoa implica o respeito pela sua privacidade e intimidade. Correspondem a necessidades profundas de todas as pessoas e não diminuem com a idade. Deve existir a maior preocupação e delicadeza em tudo o que se associa à privacidade e intimidade das pessoas mais velhas. Merece especial atenção a sua garantia em todas as intervenções que respeitem à higiene íntima, às relações com os outros, à correspondência, às chamadas telefónicas e a todos os problemas e questões pessoais e familiares;
Confidencialidade	O residente tem direito ao respeito pela confidencialidade de todos os elementos da sua vida relativos à sua privacidade e intimidade. Todos os elementos da estrutura residencial - diretores, colaboradores, residentes, familiares ou amigos devem respeitar essa confidencialidade, não divulgando nunca informações sobre a vida íntima e privada do residente. O cumprimento do dever de confidencialidade é também elemento fundamental nas relações entre todas as pessoas implicadas na intervenção da estrutura residencial;

Igualdade	As pessoas não podem ser privilegiadas ou prejudicadas em função da idade, do seu sexo, religião, orientação sexual, cor da pele, opinião política, situação económica, situação social ou condição de saúde. Todas as pessoas têm as preferências, afinidades, simpatias e antipatias, ou ideias pré-concebidas, mas elas não podem interferir com a prestação de cuidados. Temos de ter em conta que os nossos preconceitos se manifestam na atitude que temos em relação aos demais e afetam, inevitavelmente, o nosso desempenho humano e profissional. Há que vencer esses preconceitos e respeitar o princípio da não discriminação;
Participação	Os residentes devem poder participar na vida da estrutura residencial. Deve existir um livro de sugestões e a direção deve tomar a iniciativa de chamá-los a dar o seu parecer sobre o regulamento interno, nomeadamente através de um conselho de residentes. Decisões que afetem a comunidade residencial não devem ser tomadas, nem implementadas sem serem antes tornadas públicas e explicadas aos residentes, que devem poder exprimir-se sobre elas e apresentar sugestões. O plano de atividades também deve ser debatido com os residentes, que têm uma palavra a dizer sobre a escolha dos passeios, os destinos de férias e outras atividades.

Fonte: Manual da Segurança Social (2011).

Para além dos princípios e valores de cuidar, deve-se atender, ao modelo de cuidados implementado na ERPI, uma vez que pode influenciar as vivências da pessoa com demência, na mesma. Se, por um lado, o modelo biomédico, dominado pelo entendimento biomédico de que a doença é incurável e progressiva, considera a doença como “terminal” e indica os cuidados a ter “no final da vida”, destacando a higiene, a proteção, a redução de riscos, as limitações e a medicação que controla os sintomas e pode retardar a progressão da patologia.

O modelo psicossocial, é dominado pelo entendimento de que a pessoa detém identidade, ou seja, muitas capacidades cognitivas e necessidades emocionais e sociais. Aponta para um apoio social intensivo e altamente individualizado, revelando meios efetivos de identificação de comunicação verbal ou não verbal e na ativação dessas capacidades que ainda subsistem (Cedru, 2008).

O modelo biopsicossocial emerge através do reconhecimento das limitações dos modelos biomédicos em fornecerem uma visão integrada do funcionamento humano no quadro das suas relações com os contextos de vida.

No entanto reconhece-se que os modelos, biomédico e psicossocial, não sendo antagónicos ou alternativos, vislumbram-se complementares já que ambos têm um objetivo comum que é melhorar os tratamentos, os cuidados e o apoio das pessoas com demência e as suas famílias (Alzheimer Disease Internacional, 2009).

Nesta sequência, o objetivo do estudo, pretende reconhecer, face aos princípios e

valores do cuidar, modelo de cuidados implementado, e às abordagens sistêmica e centrada na pessoa, se existe inclusão da pessoa com demência na ERPI, de acordo com a percepção dos profissionais qualificados envolvidos.

Métodos

No presente estudo foi utilizada a metodologia quantitativa para conhecer os idosos com demência, através da aplicação do inquérito por questionário (com variáveis sociodemográficas), e das escalas de Barthel (conhecer o nível de independência nas Atividades da Vida Diária) e MMSE (estimar a severidade da perda cognitiva). Foi ainda utilizada a metodologia qualitativa, na aplicação de uma entrevista semiestruturada, realizada aos profissionais qualificados das ERPI em análise.

Resultados

No estudo participaram 180 pessoas mais velhas (4 ERPI), sendo que deste número, 92 pessoas apresentam diagnóstico de demência, e 59 pessoas (62%) apresentam uma demência comprovada com diagnóstico clínico. Sobre 33 das pessoas (35,9%), recai uma suspeita de demência, não apresentando diagnóstico clínico comprovado. As fases da demência distribuem-se por 41,3% na fase inicial de demência; 29,3% na fase moderada da demência; e 29,3% na fase severa de demência.

Reconhece-se que o número de pessoas com demência institucionalizado é elevado nas respostas sociais analisadas, e que este número é, inclusive, superior aos mais velhos sem esta patologia. A amostra evidencia o envelhecimento que subsiste na região, conforme a tabela 2.

Tabela 2*Descrição da amostra.*

	N	%
Sexo		
Feminino	70	76,1
Masculino	22	23,9
Estado civil		
Viúvo(a)	59	64,1
Casado(a)	16	17,4
Separado(a)	3	3,3
Solteiro(a)	14	15,2
Escolaridade		
Analfabeto	47	51,1
Ensino Básico 1º Ciclo	36	39,1
Ensino Básico 2º Ciclo	1	1,1
Ensino Secundário	1	1,1
Ensino Superior	7	7,6
Tipo de Demência		
Demência Vascular	1	1,1
Demência de Corpus de Levy	1	1,1
Diagnóstico de Demência	57	62,0
Suspeita de Demência	33	35,9
Fase da Demência		
Fase Inicial da Demência	38	41,3
Fase Moderada da Demência	27	29,3
Fase Severa da Demência	27	29,3
Escalões etários		
65 a 69 anos	2	2,2
70 a 74 anos	2	2,2
75 a 80 anos	8	8,7
81 a 84 anos	16	17,4
85 a 89 anos	31	33,7
90 a 94 anos	24	26,1
95 a 100 anos	9	9,8
Instituição		
Flor de Sortes	10	10,9
Fundação Betânia	40	43,5
São Pedro de Serracenos	7	7,6
Obra Social Padre Miguel	35	3,8

Nota: n = número de participantes; % = percentagem

Estamos perante uma amostra feminizada (76,1% das pessoas são do sexo feminino), envelhecida (cerca de 69% das pessoas têm mais de 85 anos). No que respeita ao estado civil, verifica-se que a maioria das pessoas (64,1%) é viúvo(a). A amostra é também caracterizada por um fraco nível escolaridade (51,1% são analfabetos).

Acresce aos dados recolhidos, através dos resultados da aplicação do índice de Barthel, que as pessoas com demência institucionalizadas apresentam um nível moderado de dependência física, e um elevado comprometimento cognitivo, o que indicia que existe um crescendo de pessoas institucionalizadas com demência em fases moderadas e avançadas e, por consequência, as tomadas de decisões estão mais comprometidas. Da aplicação do MMSE, o mesmo apontou para um elevado comprometimento cognitivo (média 7,85 e desvio padrão 8,4), e o Índice de Barthel, um nível moderado de dependência (média 45,3 e desvio padrão 39,1).

Tabela 3

Análise das Escalas: Barthel e MMSE.

	Média	Desvio		Máximo	Alpha de Cronbach
		Padrão	Mínimo		
Barthel Scale (100)	45,3	39,1	0	100	0,955
Mini Mental State Examination	7,85	8,4	0	26	0,965
Mini Mental State Examination (%)	26,2	28,1	0	87	
MMSE: Orientação (%)	24,6	31,2	0	100	
MMSE: Retenção (%)	45,7	48,3	0	100	
MMSE: Atenção e Cálculo (%)	29,4	45,8	0	100	
MMSE: Evocação (%)	<u>15,6</u>	30,6	0	100	
MMSE: Linguagem	39,3	42,0	0	100	
MMSE: Desenho	<u>12,0</u>	32,6	0	100	

A média do índice de Barthel (45,3 e desvio padrão de 39,1) aponta para um nível moderado de dependência das pessoas. A média do Mini Mental State Examination (MMSE) aponta um elevado nível de comprometimento cognitivo (média 7,85 e desvio padrão 8,4) conforme se pode constatar na tabela 3 e na figura 1. A avaliar pelo Alpha de Cronbach, todas as escalas têm muito boa fiabilidade interna para a construção de índices.

Figura 1

Distribuição da amostra por comprometimento cognitivo MMSE (%).

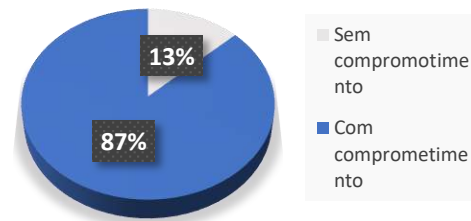
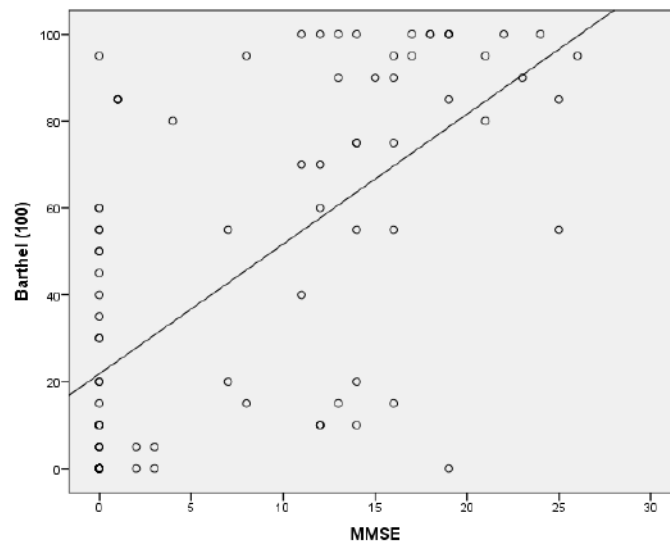


Figura 2

Diagrama de dispersão Escala de Barthel.



A Figura 2 demonstra que quanto maior a performance cognitiva, maior a independência da pessoa. Esta correlação é moderadamente forte e é estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Da Tabela 4, apenas ressalta que as pessoas do sexo masculino têm uma performance significativamente superior no exercício de atenção e cálculo do MMSE.

Tabela 4*Independência e Performance Cognitiva consoante sexo.*

	Feminino			Masculino			p
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	
Barthel	37,5	43,3	38,9	50,0	51,6	40,2	0,453
MMSE	2,0	7,7	8,4	6,0	8,5	8,5	0,421
Exercícios MMSE (%)							
Orientação	0,0	24,1	31,1	10,0	25,9	32,2	0,855
Retenção	0,0	44,8	48,5	33,3	48,5	49,0	0,682
Atenção e cálculo	0,0	22,9	42,3	50,0	50,0	51,2	<0,05
Evocação	0,0	15,7	30,9	0,0	15,2	30,4	0,902
Linguagem	6,3	38,6	42,2	37,5	41,5	42,3	0,773
Desenho	0,0	11,4	32,0	0,0	13,6	35,1	0,785

Nota: DP = Desvio Padrão; p = nível de significância

Não existem diferenças estatisticamente significativas na independência e na performance cognitiva consoante idade, conforme o descrito na Tabela 5.

Tabela 5*Independência e Performance Cognitiva consoante idade.*

	Até 84 anos			85-89 anos			90 anos ou mais			P
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	
Barthel	52,5	49,2	41,7	65,0	53,4	42,0	32,5	42,5	38,2	0,739
MMSE	0,0	5,9	9,9	8,0	9,3	8,7	7,0	7,9	8,1	0,424
Exercícios MMSE (%)										
Orientação	0,0	18,3	34,6	15,0	26,3	31,2	15,0	25,3	30,9	0,475
Retenção	0,0	27,8	44,6	100,0	58,3	49,4	16,7	45,8	48,4	0,261
Atenção e cálculo	0,0	33,3	49,2	0,0	37,5	50,0	0,0	26,6	44,5	0,659
Evocação	0,0	19,4	36,1	0,0	18,8	34,4	0,0	14,1	29,0	0,934
Linguagem	0,0	27,1	42,9	62,5	47,7	45,2	25,0	39,5	41,1	0,485
Desenho	0,0	16,7	38,9	0,0	12,5	34,2	0,0	10,9	31,5	0,853

Nota: DP = Desvio Padrão; p = nível de significância

Da Tabela 6, apenas ressalta que as pessoas com maior nível de escolaridade têm melhor performance no exercício de atenção e cálculo do MMSE. Esta constatação está muito próxima da significância estatística.

Tabela 6*Independência e Performance Cognitiva consoante sexo.*

	Analfabeto			Ensino Básico			Ensino Secundário e Superior			P
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	
Barthel	45,0	46,3	39,0	40,0	46,4	40,8	30,0	34,4	34,3	0,572
MMSE	7,0	7,8	8,1	2,0	7,8	8,9	7,0	8,5	9,0	0,937
Exercícios MMSE (%)										
Orientação	0,0	22,3	29,4	0,0	26,0	33,5	30,0	31,3	32,7	0,735
Retenção	33,3	47,5	48,0	0,0	45,1	49,2	0,0	37,5	51,8	0,839
Atenção e cálculo	0,0	19,2	39,8	0,0	40,5	49,8	0,0	37,5	51,8	<u>0,091</u>
Evocação	0,0	14,9	30,1	0,0	15,3	30,0	0,0	20,8	39,6	0,970
Linguagem	37,5	42,0	42,9	0,0	35,5	41,3	37,5	40,6	43,7	0,818
Desenho	0,0	14,9	36,0	0,0	10,8	31,5	0,0	0,0	0,0	0,472

Nota: DP = Desvio Padrão; p = nível de significância

As pessoas com diagnóstico de demência apresentam uma performance cognitiva significativamente inferior às pessoas que têm suspeita de demência, conforme Tabela 7.

Tabela 7*Independência e Performance Cognitiva consoante tipo de demência.*

	Diagnóstico de Demência			Suspeita de Demência			p
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	
Barthel	35,0	40,6	37,4	70,0	53,9	41,9	0,364
MMSE	0,0	5,7	7,7	13,0	11,2	8,1	<0,05
Exercícios MMSE (%)							
Orientação	0,0	17,0	28,0	40,0	36,1	30,9	<0,05
Retenção	0,0	35,7	47,1	100,0	62,6	46,2	<0,05
Atenção e cálculo	0,0	24,6	43,4	0,0	39,4	49,6	0,386
Evocação	0,0	12,3	28,6	0,0	19,2	31,2	0,066
Linguagem	0,0	28,3	38,3	75,0	57,6	41,5	<0,05
Desenho	0,0	7,0	25,8	0,0	18,2	39,2	<0,05

Nota: DP = Desvio Padrão; p = nível de significância

Na fase inicial da demência as pessoas apresentam níveis significativamente superiores de independência e melhor performance cognitiva, conforme exemplificado na tabela 8.

Tabela 8

Independência e Performance Cognitiva consoante fase de demência.

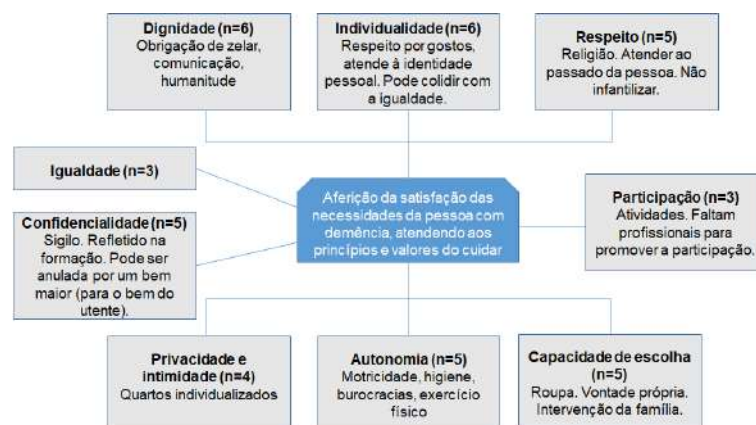
	Fase inicial da Demência			Fase Moderada da Demência			Fase Severa da Demência			p
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	
Barthel	75,0	61,8	38,8	10,0	30,7	32,5	15,0	36,5	38,2	<0,05
MMSE	13,5	12,4	7,7	0,0	3,7	5,8	0,0	5,6	8,7	<0,001
Exercícios MMSE (%)										
Orientação	40,0	40,8	29,2	0,0	7,8	14,2	0,0	18,5	35,7	<0,001
Retenção	100,0	66,7	44,5	0,0	32,1	45,7	0,0	29,6	46,5	<0,05
Atenção e cálculo	0,0	42,1	50,0	0,0	18,5	39,6	0,0	22,2	42,4	0,078
Evocação	0,0	22,8	33,9	0,0	4,9	15,2	0,0	16,1	35,0	<0,05
Linguagem	75,0	63,2	38,9	0,0	20,4	34,3	0,0	24,5	37,6	<0,001
Desenho	0,0	15,8	37,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,5	39,6	0,073

Nota: DP = Desvio Padrão; p = nível de significância

No que respeita aos princípios e valores do cuidar, no geral, os entrevistados demonstraram maior satisfação para o cumprimento dos princípios da dignidade, individualidade, respeito, capacidade de escolha, confidencialidade e autonomia. Menores menções à satisfação, no que respeita aos princípios da igualdade, participação, e privacidade, conforme figura 3.

Figura 3

Aferição da satisfação das necessidades da pessoa com demência, atendendo aos princípios e valores do cuidar (nº de menções).



Discussão

Os dados recolhidos (média do índice de Barthel) apontam para a institucionalização de pessoas com demência em ERPI, com um nível moderado de dependência física, e um elevado comprometimento cognitivo. E esta dependência é, segundo o Conselho da Europa (1998), “a necessidade de ajuda e assistência nas necessidades de vida diária” e “por perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de ajuda na realização das atividades do quotidiano, de modo particular, nos cuidados pessoais”.

Os profissionais reconhecem que: *“(...) se há anos, as pessoas chegavam à instituição com maior mobilidade, neste momento, referem que chegam numa cadeira de rodas, numa maca ou com um quadro de demência avançado.”*

Os profissionais inquiridos revelaram que têm a obrigação de zelar pela dignidade das pessoas, têm o dever de cuidar e de garantir a dignidade da pessoa, independentemente da pessoa ter demência, ou não. Evidenciaram que tentam respeitar a história de vida da pessoa, e também a vontade dos mesmos, no entanto, referem que há situações que não conseguem alterar, como o levantar mais cedo para tomar a refeição do pequeno-almoço, ou a recusa em mudar de roupa, que pode persistir durante dois, ou mais dias. *“(...) tem que haver respeito pela vontade dele, mas também perceber que há coisas que não podem ser feitas, como por exemplo estar com a roupa há dois dias, e fazê-lo perceber que a roupa tem de ir para lavar e é preciso tomar banho”.*

O que revela se por um lado, existe o respeito pela pessoa, por outro, a institucionalização obriga a ter determinadas ações que podem não ir ao encontro da vontade da pessoa, ou do momento que a pessoa está a vivenciar.

Os profissionais têm ainda consciência que a infantilização tende, como referência Manso (2019), a despersonalizar a pessoa com demência e, com isso, também a sua dignidade. No entanto, os profissionais enfatizam o esforço em zelar pela dignidade da pessoa mais velha.

“olhamos para a pessoa em si (...) não vamos infantilizar, porque essa pessoa é diferente de uma criança.”

“(...) é nossa obrigação zelar pela dignidade da pessoa, isso são, valores fundamentais que devem estar sempre presentes no nosso quadro de atuação (...)”

E se há inquiridos que referem que a pessoa com demência deve ser olhada com um ser único e individual, referem ainda que:

“(...) por causa de serem individualmente tratados, nunca são igualmente tratados (...)”

O que remete para alguma contradição, no entanto, demonstra a importância do cuidado diferenciado e individualizado, mas também o valor da igualdade, enquanto princípio da não discriminação, e a igualdade, entre os seus pares.

O que emana é a importância do respeito pela individualidade, como explanado na abordagem centrada na pessoa, onde é valorizada a sua história (Brookers, 2007), e a sua identidade. Mas a sua identidade, não é, por vezes, respeitada, e os seus hábitos e costumes mantidos ao longo da vida, são alterados em prol de uma atuação de cuidados mais prática e funcional na organização.

“(...) eu tenho uma pessoa que nunca usou calças, e de repente querem colocar umas calças, só por si vai provocar uma rejeição ou insatisfação (...)”.

Sobre a manutenção da autonomia constatou-se que, se por um lado, se promove a mesma através do incentivo à execução das atividades da vida diária, como por exemplo, o tomar banho sozinho.

“(...) vamos ver no banho que tipo de apoio a pessoa vai ter, mas vamos promover a autonomia, se a pessoa por exemplo lavar a cabeça e se conseguir lavar, vamos fazer com que lave (...)”.

Por outro lado, os profissionais têm consciência que para promover a autonomia, o trabalho dos cuidadores com as pessoas com demência, deveria ser mais individualizado e personalizado.

Aquando se alude sobre a capacidade de escolha, os inquiridos consideraram que as pessoas vão perdendo ao longo do tempo essa capacidade. E os profissionais referem ainda que, mesmo quando a pessoa manifesta que *“não quer isto, ou aquilo”*, a família/responsável ignora, não atendendo à opinião manifestada pela pessoa mais velha.

“No outro dia um familiar disse que já não gostava daquela camisa na mãe, e a pessoa não teve qualquer tipo de opinião...”

Muito importante para o bem-estar emocional e físico dos residentes é terem oportunidade de fazer escolhas e de tomar decisões. Devemos encorajar os residentes a decidirem, tanto quanto possível, o que querem comer e quando, o que fazer ao longo do dia, o que querem vestir, a hora a que se querem deitar ou levantar (Instituto Segurança Social, I.P., 2011).

Os profissionais acrescentam ainda que a situação é ainda mais desvantajosa para a pessoa com demência, e mencionam que:

“(...) as pessoas já chegam aqui despidas de tudo, já perderam a casa, o marido, a esposa. Alguns perderam a autonomia financeira (...) e colocam praticamente o bônus na instituição, e depois é... agora resolvam!”

As pessoas, mesmo dependentes, devem ser estimuladas a organizar sua vida, o seu dia-a-dia, ter afazeres, mantendo hábitos e rotinas. Os projetos futuros devem ser incentivados e encorajados (Manso, 2019).

Os profissionais evocam ainda importância dos cuidados prestados pelas colaboradoras, uma vez que são as mesmas que estão, efetivamente, no contacto direto com as pessoas com demência, e contribuem para o incremento da satisfação das necessidades e bem-estar que podem proporcionar à pessoa mais velha, embora existam constrangimentos que não controlam, e que comprometem esses cuidados. O tempo que as colaboradoras disponibilizam para as pessoas é o primeiro constrangimento que se apresenta, e influencia os cuidados, uma vez que interferem com a promoção da autonomia e independência, que é descurada em prol da execução da tarefa, apesar do esforço dos profissionais em promover o mesmo. A pouca formação e sensibilização para o exercício das suas funções é outro constrangimento à prestação de cuidados específica e individualizada.

Conclusão

Concluiu-se que os princípios e valores do cuidar que a ERPI tem instituídos, através das normas internas regulamentadas, influenciam de forma menos positiva a subsistência de uma plena inclusão da pessoa com demência na ERPI, não só pelo conjunto de perdas significativas que existem, como também pelo processo de institucionalização associado, e consequente diminuição da pessoa enquanto ser humano. O modelo de cuidados está maioritariamente sustentado no modelo biomédico, que por si só não promove a inclusão da pessoa com demência na ERPI.

A opção de viver numa estrutura residencial não deve retirar à pessoa com demência a capacidade do exercício dos seus direitos. A fragilidade, que frequentemente motiva a opção pelo acolhimento residencial não deve diminuir nem excluir a pessoa. Deve, principalmente, exaltar uma resposta às necessidades de bem-estar e conforto, à sua identidade, e à sua história de vida. É urgente a mudança de paradigma, porque incluir a pessoa mais velha com demência na ERPI é olhar para a mesma como um ser individual

e único, é atender à comunicação sistémica, valorizando o seu papel social no seio da ERPI, e da comunidade.

Referências Bibliográficas

- Alzheimer's Disease International. (2009). *Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo*. London: Editores Martin Prince & Jim Jackson.
- Barroso, R. (2014) Há Direitos das Pessoas?. *Julgar* - N.º 22: Coimbra Editora
- Brooker, D. (2007). *Person centered dementia care: Making services better*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cedru. (2008). *Estudo de Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal*. Lisboa: Fundação Aga Khan- Portugal - A Dentada do Rato Azul.
- Conselho da Europa (1998). *Recomendação nº R (98) 9 do Comité de Ministros aos Estados-Membros sobre a Dependência*.
- Cruz (2014). S.A.B. *A Dignidade em Lares de Idosos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social 'Lar de Pessoas' em Portugal. *Interações*, 65-7.
- Fernandes, L. (2008). A doença do envelhecimento. In *Rediteia* nº 41.
- INE (2020). *Projeções de População Residente 2018-2080*. 31 de março. INE
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2011). *Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Instituto da Segurança Social.
- Leuschner, A. (2005). Política da Saúde na Área do Envelhecimento e da Demência. In A. Castro-Caldas e A. Mendonça (Coord.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. (237-250). Lisboa: Lidel.
- Manso, Maria Elisa Gonzalez. (2019) Cuidado centrado na pessoa para indivíduos com demência. *Rev. Longeviver*, Ano I, n. 3, Jul/Ago/Set. São Paulo.
- Melo, G. (2005). Apoio ao doente no domicílio. In A. Castro-Caldas e A. Mendonça (Coord.). *A Doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. (237-250).

Lisboa: Lidel.

Ministério da Economia e Mar (2021). *Sínteses Estatísticas – Gabinete de Estratégias e Estudos*. Distrito: Bragança.

Ministério da Saúde (2016). *Simplificando o cuidado centrado na pessoa*. Proqualis Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. FioCruz.

Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (2019) *CARTA SOCIAL - Rede de Serviços e Equipamento - Relatório 2019*. Lisboa: GEP/MTSS.

Organização Mundial de Saúde (2021) *Global Status report on the Public Helth response to Dementia*. OMS.

Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado, A Doença de Alzheimer*. Canada: Lusodidacta.

Ricarte, Luís F. C. S. (2009) *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de pessoas dependentes*. Coimbra: Quarteto.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: A Solidão na velhice e a intervenção social em Portugal

Título resumido do manuscrito: A Solidão na velhice

Isabel Maria Oliveira Martins

Universidade de Coimbra | isabeloliveiramartins@outlook.pt

ORCID: 0009-0003-8338-3632

Inês Mendes Almeida

Universidade de Coimbra | inesalmeidauc@gmail.com

ORCID: 0009-0009-8362-1032

Inês Filipa Carreira

Universidade de Coimbra | inesfilipaacarreira@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3908-7305

Resumo

O envelhecimento demográfico é um fenómeno social que em poucas décadas se tornou global, sendo Portugal um dos países europeus que já se encontra em situação considerada preocupante, visto que tem vindo a apresentar um aumento contínuo e bastante acentuado de população idosa. Contudo, envelhecer não é sinónimo de velhice, nem a solidão é sentida exclusivamente por pessoas mais velhas, podendo esta ser experienciada em qualquer das fases do desenvolvimento humano, atentando, porém, aos danos biopsicossociais variados e severos que podem advir de uma experiência de solidão intensa e/ou prolongada.

Os objetivos traçados para este artigo vão no sentido de clarificar a verdadeira relação entre envelhecimento e solidão, perceber a realidade portuguesa em matéria de solidão na velhice e apreender o potencial da intervenção social nesta problemática, tendo para tal, sido utilizada a metodologia qualitativa com recurso a pesquisa bibliográfica e documental.

O estudo revelou, que em Portugal, existe maior incidência e intensidade da solidão em idosos com idade acima dos 80 anos, sujeitando-os a efeitos mais gravosos, em virtude da sobreposição com outras vulnerabilidades próprias da velhice. De elevada relevância, são as evidências que apontam para a existência de uma relação de duplo sentido entre solidão e depressão, justificando plenamente a combinação de esforços das várias Ciências Sociais e

Humanas. Analisados dois projetos intervenção social direcionados à população mais idosa de Coimbra, foi possível atestar a sua valência no que concerne a promover uma velhice mais digna e saudável, e não tão solitária.

Palavras-chave: envelhecimento; velhice; solidão e intervenção social.

Introdução

O envelhecimento demográfico assume-se atualmente como uma transformação social verificada a nível global e com índices alarmantes, contrariamente ao que se vinha registando até ao início do século XXI, sendo até então considerada uma problemática quase exclusiva dos países desenvolvidos do Ocidente. Contudo, no presente, constitui um fenómeno à escala global, verificando-se inclusive em países com taxas de natalidade elevadas (e.g., Índia e Brasil), segundo dados revelados pela Organização das Nações Unidas (ONU, s/d), cujas projeções, apontam para que a população idosa em 2050 atinja valores a rondar os 2.1 mil milhões. A situação em Portugal atinge níveis preocupantes, com o número de idosos a aumentar ao ritmo de 400 000/década (2001-2011, 2011-2021), fixando-se atualmente em 2 423 639 (Pordata, 2023).

A nova realidade demográfica impõe desafios acrescidos a toda a sociedade moderna, quer em matéria de políticas sociais e de saúde, quer no âmbito das relações e abordagem ao envelhecimento (ONU, s/d). Acompanhando a rapidez e dimensão do fenómeno, a conceptualização em torno do envelhecimento tem sabido evoluir de forma consistente e adequada (Carvalho, 2013; Lima, 2010), dando lugar a novos conceitos e a uma visão holística assente nos direitos fundamentais reconhecidos aos cidadãos mais velhos (Almeida, 2007; Ribeiro, 2012). De entre esses conceitos, salientamos o de envelhecimento, que remete para um processo biológico inerente à condição humana e ocorre ao longo das diferentes fases de desenvolvimento, bem como, o de velhice, que reporta unicamente à última fase natural da vida.

Refira-se, contudo, que até inícios do século XXI, persistiu uma perceção generalizada e muito enraizada acerca da velhice, que associava esta fase do desenvolvimento estritamente a perdas físicas, psíquicas e sociais decorrentes do envelhecimento patológico, atribuindo-lhe uma conotação muito negativa. Uma vulnerabilidade frequentemente associada à velhice é o isolamento social, e em consequência deste, a elevada prevalência de solidão em idosos, que segundo vários autores (i.e., Azeredo & Afonso, 2016; Faísca et al., 2019; Neto, 2000; Ouakinin

& Barreira, 2015), vem sendo identificada como um fator preditor da depressão, comprometendo seriamente a saúde mental e o bem-estar social desta frágil população.

Com base nesta conjugação de fatores, “número elevado de idosos” e “solidão como preditor da depressão”, consideramos urgente estudar as relações daí resultantes e perceber a verdadeira prevalência da solidão na velhice, bem como, identificar intervenções sociais profícuas e exequíveis para a mitigação dos efeitos de tal fenómeno. Nesse sentido, estabeleceu-se como objetivo geral para o artigo, clarificar a relação entre o envelhecimento e a solidão em Portugal, com ênfase no período da velhice, bem como, apreender o contributo da intervenção social nesta problemática.

A metodologia utilizada para recolha de dados foi a pesquisa bibliográfica restrita a monografias, artigos científicos e trabalhos académicos com recurso aos identificadores “solidão”, “envelhecimento” e “intervenção social na solidão”, complementada por uma pesquisa documental focada em dados sociodemográficos relativos a Portugal e informações relativas a projetos de intervenção social implementados em Coimbra.

Envelhecimento e velhice

O envelhecimento é um processo biopsicossocial, que ocorre ao longo do tempo de duração de cada vida humana, e nela, vai gerando mudanças e transformações, sendo pautado pelo carácter constante, previsível, gradual, irreversível e inevitável (Lima, 2010). Este é um fenómeno, que se caracteriza pela sua heterogeneidade e dependente de múltiplos fatores, tais como, a constituição genética da pessoa, o seu estilo de vida e o ambiente no qual se insere. Tal como afirmam Viegas e Gomes (2007, como citados em Carvalho, 2013), envelhecer consiste numa experiência individual e singular, que varia em função de fatores pessoais e situacionais, traduzindo a forma como cada indivíduo encara a passagem do tempo.

Essencialmente, estamos perante um processo multidimensional e dinâmico, composto por mudanças de carácter irreversível, que acontecem na vida do ser humano desde a sua conceção até ao fim da existência, não existindo validação científica para a comum associação entre envelhecimento e prevalência de enfermidades, porém, esta pode advir da perceção algo negativa da sociedade em relação ao envelhecimento⁵ (Carvalho, 2013; Lima, 2010). De acordo com Carvalho (2013), existem diferentes conceções sobre envelhecimento, que variam

⁵ A sociedade tende a criar expectativas acerca da normal vivência do ser humano em cada fase da vida e a projetar os papéis sociais desejáveis.

em função de fatores específicos de análise, sendo as mais pertinentes, apresentadas na tabela 1.

Tabela 1

Conceções acerca do envelhecimento.

Conceção	Descrição
Demográfica	Aumento do número de pessoas idosas com 65 ou mais anos, resultante da diminuição da fertilidade e natalidade, bem como do aumento da esperança média de vida, o que origina mudanças na estrutura da população jovem, adulta e idosa (Carrilho, 2007; EC, 2006, como citados em Carvalho, 2013).
Idade cronológica	Consiste na entrada na idade da velhice, sendo esta utilizada para organizar, socialmente, o ciclo da vida e dar sentido aos acontecimentos que são característicos deste período (Lima, 2010 como citado em Carvalho, 2013).
Idade fisiológica	Representa o desenvolvimento e a morte de organismos vivos, onde o envelhecimento celular e o aparecimento de perturbações de saúde que podem resultar na diminuição da longevidade e sobrevivência à medida que se vai envelhecendo (Silva, 2006; Vaz, 2008, como citados em Carvalho, 2013).
Idade biológica	Consiste no envelhecimento orgânico, associado à diminuição da capacidade funcional (Fontaine, 2000, como citado em Carvalho, 2013). De acordo com OMS (2015), o envelhecimento a nível biológico está relacionado com a aglomeração das deteriorações moleculares e celulares, resultando numa perda gradual das reservas fisiológicas e, consequentemente, na maior probabilidade de contrair alguma enfermidade e/ou declínio de capacidades.
Idade psicológica	Relaciona-se com o processo cognitivo-afetivo e o comportamento na velhice. Isto é, define-se pela autorregulação individual, pelas mudanças nas funções psicológicas e pela forma de lidar com o processo de senescência (Lima, 2010, como citado em Carvalho, 2013).
Idade cultural e social	Consiste nos papéis sociais expectáveis que influenciam o autoconceito do que é a velhice, o que pode potenciar a discriminação baseada na idade.

Nota. Elaboração própria baseada em Carvalho (2013) e Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015)

De acordo com Birren e Schroots (1996, como citados em Fachine & Trompieri, 2012), o envelhecimento pode subdividir-se em: primário - relacionado como uma característica genética típica do ser humano no envelhecimento normal/senescência que todos os seres humanos atingem, sendo um processo gradual e progressivo; secundário - representa o envelhecimento patológico, consistindo no surgimento de doenças não relacionadas com o processo de envelhecimento normal; e terciário – remete para o envelhecimento terminal em que ocorrem perdas físicas e cognitivas profundas, causadas pela sobreposição de efeitos negativos gerados pelo envelhecimento.

Comumente confundido com o envelhecimento, surge um conceito complementar, mas distinto, a velhice, que remete para uma fase específica do desenvolvimento humano normativo, porém, nem todos os seres humanos vivem este período ou da mesma forma, ao contrário de envelhecer, que todos experienciam. Assim, a velhice configura uma etapa do envelhecimento, alcançada apenas por pessoas que atingem idades superiores a 65 anos e

apresenta variações (intra e intergrupais), indo ao encontro de Dardengo e Mafra (2018) e Ribeiro (2012), quando conceptualizam a velhice como experiência de vida de elevado grau de subjetividade (depende de fatores intrínsecos), mas também, normativa (depende de fatores extrínsecos ou ambientais).

De acordo com Dardengo e Mafra (2018, p. 18), “o conceito «velhice» foi socialmente construído, podendo ser considerado uma invenção social”, e talvez por esse motivo, o construto não reúna consenso e difira cultural e temporalmente, sendo retratada até finais do século XX “como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais” (Debert, 1999, como citado em Dardengo & Mafra, 2018, p. 7), visão, que gradualmente foi sendo modificada por via da amplificação dos conhecimentos científicos nas áreas da saúde e ciências sociais, tornando evidente as potencialidades e ganhos possíveis de alcançar, também nesta fase. Estamos, pois, perante um conceito impregnado de complexidade e dinamismo, tendo em conta a amplitude de dimensões subjacentes que precisam ser articuladas (i.e., biológica, psicológica, sociológica, económica, cultural e política), assim como, a adaptação requerida às rápidas transformações sociais em curso (Dardengo & Mafra, 2018).

Decorrente da nova realidade, em que as pessoas vivem para além do expectável à nascença, assiste-se ao surgimento de novas conceções acerca do envelhecimento e de uma melhor vivência da velhice (tabela 2), priorizando-se uma visão holística do indivíduo, que garante o seu bem-estar físico, mental e social, até ao fim (Almeida, 2007; Ribeiro, 2012). Para o sucesso desta missão, muito tem contribuído a ampla difusão de programas e estratégias, levada a cabo por organismos como a OMS e a ONU (e.g., “Década do envelhecimento saudável”), visando alertar os governos para a necessidade de adotarem políticas sociais e de saúde direcionadas aos idosos, urgentemente.

Tabela 2

Conceitos emergentes sobre envelhecimento.

Terminologia		Conceito
Envelhecimento ativo	(segundo a OMS em 2005)	Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, tendo como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem
Envelhecimento saudável	(segundo a OMS em 2015)	Processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite na idade avançada o bem-estar, mesmo em situações de doenças crónicas
Envelhecimento bem-sucedido	(segundo Baltes & Baltes em 1990)	Processo adaptativo que, através de uma estratégia de otimização seletiva com compensação, permite ao indivíduo gerir o balanço de perdas e ganhos (tendencialmente mais desfavorável com o aumento da idade), e assim (de forma ativa e idiossincrática), maximizar a eficácia no alcançar das metas (revistas), para si prioritárias, num contexto de inevitável redução de recursos/capacidades

Nota. Elaboração própria baseada em Almeida (2007) e Ribeiro (2012).

Porém, e tal como afirma Ribeiro (2012), embora esteja em causa uma matéria de extrema sensibilidade e do foro pessoal, tais conceitos tendem a descurar as preferências individuais e subjetivas dos cidadãos, configurando um quadro conceptual de base política e imposição normativa, suscitando acérrimas críticas. Em concordância, Almeida (2007) salienta, a insuficiência de estudos empíricos que permitam apurar a real perceção dos idosos acerca do seu processo de envelhecimento, e como tal, impossibilita a validação da pertinência de tais conceitos e compromete a eficácia das políticas e ações que neles assentam.

O século XXI dá início a uma nova era, no que concerne a abordar as questões inerentes ao envelhecimento, e principalmente, no combate à perspetiva que associava a velhice exclusivamente ao declínio físico e mental, perdas irreparáveis e situação de dependência. Tal estereótipo, parece definitivamente desmistificado e ultrapassado, passando a velhice a ser encarada com maior otimismo e naturalidade, assumindo-se como período no qual é possível descansar, desenvolver atividades prazerosas e cívicas, adquirir novas aprendizagens e criar ou reforçar laços sociais. Atualmente, a última fase da vida (independentemente dos anos que durar), pode ser abordada pelos indivíduos como oportunidade de desenvolvimento humano, com direito a ser vivida segundo a vontade e preferências de cada um, e não, sob os termos impostos pela sociedade.

A Solidão

A solidão configura um fenómeno muito frequente, sentido em vários momentos da vida, nas diferentes fases do desenvolvimento e por qualquer pessoa, embora apresente variações interculturais e individuais, visto que retrata um sentimento, e como tal, reveste-se de enorme subjetividade, representando para uns, sofrimento e depressão, e para outros, oportunidade para novas experiências e crescimento (Leuschner, 2019).

São várias definições que tentam conceptualizar a solidão, sem que nenhuma reúna consenso generalizado, porém, existem alguns denominadores em comum, nomeadamente: ser uma experiência subjetiva, nem sempre diretamente relacionada com um isolamento social objetivo; ser psicologicamente desagradável; e resultar de formas de relacionamento deficientes ou expectativas irreais (Azevedo & Afonso, 2016; Neto, 2000; Ouakinin & Barreira, 2015). No sentido lato, define-se como uma experiência subjetiva, decorrente da vivência de uma realidade diferente da expectável no campo das relações sociais, causando sofrimento psicológico e perturbações na saúde mental do indivíduo.

Segundo Rubenstein e Shaver (1982, como citado em Neto, 2000), existem quatro estados comuns na solidão, a saber: desespero, depressão, aborrecimento impaciente e auto depreciação. No que concerne a tipos de solidão, também são vários e com características próprias, que emergem da conjugação de vários fatores biopsicossociais, tendo sido identificados por diversos autores e aqui sintetizadas na tabela 4.

Tabela 4

Tipos de Solidão.

Tipos	Características	Autores
Situacional	Associada a fatores situacionais e ambientais, como experiências negativas ou conflitos interpessoais	Ouakinin & Barreira
De desenvolvimento	Associada a fatores desenvolvimentais como separações, pobreza e incapacidades físicas ou psicológicas	
Interna	Relacionada com fatores de personalidade, locus de controlo e deficientes estratégias de <i>coping</i>	
Ansiedade-solidão	Aversiva e resulta de uma alienação básica homem-homem	Moustakas
Ansiedade existencial	Parte integrante da experiência humana proporcionando auto confrontação e auto crescimento	
Crónica	Encarada como traço de personalidade, historial de sentimentos frequentes e intensos	
Situacional	Encarada como estado psicológico, sentida em momentos e situações diversas	Shaver et al.
Social	Falta de rede social	Weiss
Emocional	Falta de relação pessoal, íntima	

Nota. Elaboração própria baseada em Neto (2000) e Ouakinin & Barreira (2015)

Estudos desenvolvidos por Sullivan (1953, como citado em Neto, 2000), pretenderam aferir a vulnerabilidade à solidão com base nas características demográficas (sexo, idade e estado civil), tendo ficado evidente, que a solidão surge após a pré-adolescência. Posteriormente, compreendeu-se que a solidão também pode estar presente no período da infância, refutando o estereótipo que associa tacitamente a solidão aos idosos, muito pelo contrário, pois vários estudos demonstram que a solidão diminui à medida que a idade aumenta, tendência que apenas se inverte a partir dos 80 anos (Neto, 2000). Segundo o mesmo autor, verifica-se uma diminuição da rede social com o avançar da idade, porém, as relações sociais mantidas ao longo da vida são mais satisfatórias e originam emoções mais positivas.

Apesar de configurar uma experiência dolorosa, a solidão é natural da condição humana e pode ser utilizada de modo positivo (momentos intimistas e de introspeção, oportunidade de desenvolver novas aptidões ou gostos), porém, quando aliada a psicopatologias (como a depressão ou distúrbios da personalidade), pode suscitar um agravamento do isolamento físico

e social, e consequentemente, desencadear formas mais graves de solidão (crónica, emocional e social), como refere Neto (2000). Importa salientar, que “pessoas que sofrem de solidão apresentam mais sintomas depressivos e relatam sentirem-se menos felizes, com menor satisfação pessoal e mais pessimistas” (Ouakinin & Barreira, 2015, p. 131), validando a solidão como fator de risco para sintomas depressivos e evidenciando uma correlação entre solidão e depressão (Azeredo & Afonso, 2016; Faísca et al., 2019; Neto, 2000; Ouakinin & Barreira, 2015). Além de diretamente ligada ao isolamento social objetivo, também se associa frequentemente ao isolamento percebido, sendo comuns os relatos de pessoas que sentem solidão no meio de uma multidão, dado que “a presença de outros numa teia de afetos frágil e virtual, não assegura um espaço de partilha emocional ou de reconhecimento, intimidade e retorno” (Ouakinin & Barreira, 2015, p.131), traduzindo um fenómeno paradoxal já que vivemos na era da comunicação, contudo, a solidão reveste-se de complexidade pela panóplia de fatores que para ela concorrem, apesar de resultar essencialmente de relacionamentos sociais disfuncionais (reais ou não).

A solidão na velhice e a realidade em Portugal

Com o aumento da longevidade, veio a expansão do período vivido na velhice, fazendo emergir novos paradigmas e desafios a ele associados, inclusive, no que concerne à solidão, dada a gravidade da problemática e o número elevado de população idosa.

Como já referido, as amizades e o círculo social próximo tendem a estabilizar durante a vida adulta, constituindo uma rede de suporte que se mostra robusta e fiável também na velhice, assumindo especial relevância neste período, pelo apoio emocional e social que garante em situações de vulnerabilidade e perda (mais frequentes nesta fase), reconhecendo uma maior qualidade das relações sociais mantidas pelos idosos do que seria expectável (Luong et al., 2011). Contudo, não nos podemos abstrair das naturais mudanças físicas, psíquicas e sociais inerentes ao envelhecimento, bem como, as alterações de estilo de vida e mudanças na estrutura familiar, fatores que aumentam o risco de solidão, mesmo em pessoas independentes e saudáveis (Leuschner, 2019).

Concomitantemente, fenómenos como a globalização, a transição urbana, os movimentos migratórios e a digitalização, têm vindo a infligir mudanças recorrentes e bruscas nas sociedades, que assolam particularmente as pessoas mais velhas e contribuem para o agravamento da perceção de alienação e do sentimento de abandono (Azeredo & Afonso, 2016; Leuschner, 2019). A este respeito, o estudo de Leuschner (2019), revelou que a solidão é duas

vezes mais frequente na 4ª idade, isto é, acima dos 80 anos (14.8% - 16/64 anos; 29.2% - 80+ anos), e Benavente (2020), afirma que a longevidade expõe os idosos a mais riscos, entre eles, a solidão, sendo esta uma das preocupações das políticas públicas nacionais, e internacionais, na promoção do envelhecimento ativo e saudável. É imprescindível, ter em atenção, que os sentimentos de solidão tendem a assumir maior relevância no período da velhice, quer em termos de prevalência, quer na gravidade das consequências, com especial atenção para os casos em que ocorre uma institucionalização (Azeredo & Afonso, 2016).

Reconhecendo o crescendo da problemática, Berg-Weger e Morley (2020) identificaram, alguns efeitos negativos e os preditores da solidão na velhice (tabela 5).

Tabela 5

Efeitos negativos e fatores de risco da Solidão na velhice.

Efeitos Negativos Causados	Fatores de risco ou Preditores
Qualidade de vida	Viver em área rural
Cognição	Viuvez
Saúde subjetiva	Sexo Feminino
Stress e depressão	Baixo nível educacional e/ ou económico
Diminuição da qualidade de sono	Causas subjetivas
Incapacidade	Baixa funcionalidade, problemas cognitivos e incontinência
Doença cardiovascular	Depressão
Aumento de necessidade de cuidados médicos	Viver sozinho
Aumento da mortalidade	Sabedoria
Institucionalização	Défice de compreensão nos outros

Nota. Elaboração própria baseada em Berg-Weger & Morley (2020, p.243, tabelas 1 e 2)

A situação em Portugal revela uma realidade idêntica à maioria dos países ocidentais, com as seguintes particularidades: os idosos representavam em 2022, 24% da população total, 57% são mulheres, 25% vivem sós e 15% têm mais de 85 anos (Serra & Garcia, s.d.); subsiste uma assimetria litoral/interior em matéria de serviços e oportunidades, provocando desigualdades que se agudizam por conta do número elevado de idosos residentes no interior, resultando em inúmeras situações de isolamento social, solidão e ausência de cuidados de saúde (Serra & Garcia, s.d.; Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2021); em zona urbana, 91% dos idosos acompanhados num Centro de Saúde do Norte, relatam sentir solidão (30% apresenta níveis graves), dando origem ao aumento da procura de serviços de saúde e do consumo crónico de medicamentos (SNS, 2019).

Embora, a grande maioria dos idosos portugueses revele, que quase nunca se sente só, a percentagem desce consideravelmente com o aumento da idade, fixando-se nos 73% na faixa

até 74 anos, descendo a partir dessa idade para os 62% (Serra & Garcia, s.d.), em concordância com os dados apurados pelo SNS (2021), aquando do estudo sobre a prevalência da solidão em que foram auscultadas 1200 pessoas (50-101 anos), revelando valores de incidência de 9.9% (50-64 anos) e 26.8% (acima dos 85). No mesmo sentido, Faísca et al. (2019) apuraram, que apenas 12.7% dos idosos abrangidos no seu estudo sentiam solidão (maior incidência acima dos 75 anos), e que a solidão se constitui como forte preditor da depressão, cuja incidência nos idosos portugueses é de 11.88%. Outros dados provêm do estudo desenvolvido por Azeredo e Afonso (2016), com população idosa de Viseu a usufruir de serviços institucionais, onde os autores concluem que os idosos em situação de institucionalização, viuvez ou divórcio, são os que mais sentem solidão, e esta, tende a diminuir com o desenvolvimento de atividades lúdicas/de lazer e através da manutenção de boas relações intergeracionais e familiares.

Os dados expostos corroboram a constatação feita por Faísca et al. (2019), não considerando a solidão como inerente à velhice, no entanto, a sua combinação com outros fatores potencia sintomas depressivos, em consonância com Calha et al. (2014, p. 14), quando afirmam, que “Apenas através da análise das causas associadas ao estado de saúde e à prevalência da depressão e solidão, se pode romper com as tradicionais formas simplistas de categorização da velhice, dos seus problemas e das suas situações”.

Importa, reter, que a depressão afeta gravemente a saúde mental dos indivíduos, sendo a população idosa especialmente vulnerável a esta patologia, fatores, cuja conjugação num país extremamente envelhecido como Portugal, pode despoletar um quadro de elevada complexidade em matéria de doença mental (Faísca et al., 2019). Contudo, no entendimento destes autores, tal preocupação, ainda se encontra em níveis moderados, visto que os dados disponíveis sobre a incidência da solidão nos idosos não revelam a consistência necessária para estabelecer uma relação linear entre solidão e depressão, apesar de vários estudos atestarem uma forte ligação entre ambas.

Assim, e segundo o SNS (2019) e Rodrigues (2018), afigura-se pertinente a implementação de estratégias e medidas políticas legislativas, sociais e de saúde, que visem a manutenção de uma vida ativa e saudável durante a velhice, contribuindo para a diminuição da solidão e dos efeitos negativos a nível psicológico, físico e social.

Intervenção Social com idosos em contextos de solidão

O papel do Interventor Social

Tendo em consideração, o conhecimento adquirido sobre as possíveis consequências da solidão nos indivíduos, fazer uma gestão eficaz da solidão na velhice revela-se crucial e deve ser alvo de particular atenção por parte de todos os Interventores Sociais, cuja ação seja direcionada a idosos (Berg-Weger & Morley, 2020). Refira-se, no entanto, que subsistem incertezas no seio da comunidade científica sobre quais as intervenções mais eficazes na prevenção e gestão da solidão junto da população idosa, podendo, esta falta de consenso, advir da existência de múltiplas intervenções sem a devida avaliação de impacto efetuada (Valtorta & Hanratty, 2012). Porém, existem já alguns estudos que podem orientar a Intervenção Social, como é exemplo Gierveld (1998), ao constatar que a criação de pequenos grupos de pessoas solitárias e o seu envolvimento em práticas de treinamento de competências para o estabelecimento de vínculos relacionais e para a regulação dos comportamentos de comunicação, revela uma eficácia elevada na redução da solidão. Também Neril e Freire (2000) e Tiwari (2013) sugerem algumas estratégias de intervenção com potencial para prevenir e/ou reduzir a solidão na velhice, das quais, os interventores sociais se podem apropriar para promover intervenções inovadoras, criativas e eficazes.

Importa referir, que as estratégias em apreço podem contemplar: consciencialização dos idosos acerca dos seus papéis, direitos e deveres enquanto cidadãos; investimento no seu autocuidado e saúde física e mental; promoção do seu crescimento espiritual; promoção da sua capacidade de estabelecer prioridades pessoais e defender a sua privacidade e pontos de vista; criação de momentos de transmissão de sentimentos, experiências e conhecimentos; participação, voluntária, dos idosos em atividades sociais; manutenção ou estabelecimento da comunicação com pessoas da mesma faixa etária, ou com idades diferentes; envolvimento em grupos de convívio; promoção da criação de novos relacionamentos de amizade e do conhecimento de novas pessoas, ou pela manutenção de contactos com familiares e amigos; e consciencialização das pessoas idosas acerca das dificuldades decorrentes da adaptação às mudanças naturais do envelhecimento, sem que estas se traduzam necessariamente no seu afastamento social, isolamento, inatividade e/ou depressão (Neril & Freire, 2000; Tiwari, 2013).

Segundo Jacob (2007), Ramos (2002) e Sequeira e Silva (2002), a convivência entre pares e o contacto com várias pessoas pode suscitar hábitos saudáveis, estimular a auto valorização, favorecer a criação de suporte social, aumentar a satisfação com a vida e, conseqüentemente, contribuir para a redução da solidão e para a melhoria do bem-estar psicológico e a saúde dos indivíduos. Mais recentemente, há a reportar novas técnicas de intervenção social na solidão em idosos, nomeadamente, o uso de robôs sociais como ferramenta para a diminuição do

isolamento e/ou solidão, com Fields et al. (2019) a levar a cabo um estudo exploratório, envolvendo uma equipa multidisciplinar composta por assistentes sociais e artistas, que realizava a sua intervenção através do teatro e da robótica social. Juntam-se a esta, intervenções através de videoconferências, linhas de combate à solidão, grupos de exercício físico online, jogos digitais e atividades sociais baseadas no treino de competências tecnológicas e no uso da internet (Dieguez, 2020).

Reconhece-se, ao interventor social, um papel mutável, mas de elevada relevância, no combate à solidão na velhice, exigindo do profissional a capacidade para se adaptar constantemente às mudanças e adotar novas estratégias e ferramentas, que se provem eficazes e inovadoras. Cabe assim, ao interventor, a tarefa de analisar o contexto em que está inserido e as singularidades do público-alvo, para melhor adaptar a sua estratégia de intervenção em função das especificidades encontradas (Dieguez, 2020). A relevância e competência do interventor social encontram-se devidamente comprovadas, assim como, a validade das estratégias/projetos/ações por este desenvolvidas e/ou implementadas, cujo intuito é promover a criação/reparação de relações sociais e incentivar o envolvimento social dos idosos, assumindo-se como elemento vital em projetos de prevenção ou mitigação da solidão (Jacob, 2007; Ramos, 2002; Sequeira & Silva, 2003).

O Projeto “IdoVis”

O projeto de intervenção social denominado “IdoVis” foi lançado em março de 2016 pela Cáritas Diocesana de Coimbra (CDC), com base no Diagnóstico Institucional elaborado em 2015 junto dos utentes e da Equipa Técnica multidisciplinar da entidade promotora (Dantas et al., 2017). O diagnóstico revelou essencialmente três necessidades, a saber: promover a criação de novos laços de afeto e a presença humana nas várias respostas da Instituição, com ênfase nas respostas residenciais e de apoio domiciliário; fomentar a literacia da população idosa do domínio da saúde, estimulando a sua compreensão e participação ativa na gestão do seu próprio processo de envelhecimento, incitando a sua sensibilização para a adoção de hábitos de vida saudáveis; enquadrar e fortalecer um programa de atividades para pessoas idosas, autónomas e dependentes, que revelasse efeitos positivos ao nível da sua qualidade de vida e promovesse o envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Em resposta às necessidades identificadas, o projeto consistiu na criação de um grupo de idosos independentes visitantes de outros idosos em situação de dependência (CDC, 2021; Dantas et al., 2017), cujos objetivos e ações realizadas se encontram explanados na tabela 6.

Tabela 6***O Projeto “IdoVis”.***

Objetivos	Melhorar o estado afetivo e emocional dos idosos em situação de dependência;
	Originar redes de suporte afetivo entre participantes;
	Capacitar o grupo de visitantes com técnicas relacionais de forma a promover interações positivas para ambos os grupos;
	Fomentar o envelhecimento ativo, o voluntariado entre pares, o sentimento de utilidade, a atividade e a literacia dos idosos.
Estratégias ou Ações	Criação do perfil de visitante ⁶ e visitado ⁷ e seleção de participantes para ambos os grupos;
	Implementação de um programa de capacitação e formação para os idosos visitantes, baseada em alterações do envelhecimento, humanização dos cuidados e importância dos afetos (em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e o Ageing@Coimbra);
	Realização de visitas semanais entre participantes, com apoio e supervisão técnica;
	Avaliação dos efeitos da implementação do Projeto, sobretudo ao nível da qualidade de vida e do bem-estar dos idosos, antes e após a intervenção.

Nota. Elaboração própria baseada em Dantas et al. (2017, p. 51)

À data do artigo, apenas se encontravam disponíveis os resultados do estudo exploratório longitudinal, realizado por Dantas et al., (2017), referente à avaliação do projeto-piloto antes e após a intervenção, num período de 3 meses. Com base nessa avaliação, foi possível verificar uma redução da solidão nos idosos visitados (o índice médio de solidão nos idosos visitados desceu de 40,85 para 35), e um aumento da qualidade de vida no grupo de visitantes (subida da média de 99,56 para 107,25, na escala utilizada). Constatou-se ainda, uma diferença significativamente positiva no que respeita à autonomia, atividades e participação social dos idosos visitantes, quando comparados os dados apurados antes e após o projeto. Em virtude da pertinência e eficácia demonstrada, o projeto foi replicado nos anos seguintes (Dantas et al., 2017).

O Projeto “Lado a Lado”

O Projeto “Lado a Lado” foi promovido pelo Centro de Acolhimento João Paulo II (CAJP II), em parceria com a Associação Académica de Coimbra (AAC), destinando-se a jovens com idade compreendida entre os 18 e os 35 anos, com dificuldades financeiras e que se encontrem a estudar fora do seu local de residência, e simultaneamente, a idosos com idade compreendida entre os 80 e os 100 anos, a viver sozinhos ou em casal, com capacidades cognitivas funcionais e em contexto de isolamento ou solidão (AAC, 2020; NEFAGir, 2019). O projeto defende uma

⁶ Pessoas idosas, autónomas e independentes, sem dificuldades de expressão, com interesse em participar no Projeto e apoiadas pelas respostas de Centro de Dia e/ou Estrutura Residencial para Pessoas Idosas da CDC.

⁷ Pessoas idosas em situação de dependência, conscientes e orientadas, sem visitas de cuidadores informais, que se auto percecionassem como solitárias e que usufruíssem das respostas sociais de Unidade de Longa Duração e Manutenção, Estrutura Residencial para Idosos e/ou Serviço de Apoio Domiciliário da CDC.

intervenção focada na intergeracionalidade, promovendo laços sociais e entreajuda entre estudantes e idosos da cidade de Coimbra.

Concretamente, em termos de objetivos, o projeto visa diminuir a solidão e/ou isolamento social dos idosos, ao mesmo tempo, que auxilia os estudantes deslocados a suprir encargos com alojamento, configurando uma intervenção social inovadora e eficaz, uma vez que se baseia no “duplo acompanhamento” (NEFAgir, 2019). De acordo com Simões (2013), a implementação do projeto obedece às seguintes fases: idoso realiza a sua inscrição no CAJP II; técnicos da Instituição realizam visita domiciliária à casa do idoso a fim de verificar as condições de habitabilidade e a existência de espaço próprio para o estudante; estudante faz inscrição junto da AAC; procede-se à seleção do estudante e estabelece-se contacto inicial; participantes são alvo de avaliações psicológicas realizadas pelos técnicos do CAJP II; sessão informativa sobre os direitos e deveres de ambas as partes, aceitação e assinatura do compromisso vinculativo.

O “Lado a Lado” inscreve-se não só como projeto de combate à solidão, mas também, como boa prática de educação intergeracional, revelando efeitos marcantes nos seus beneficiários, nomeadamente: nos jovens – impulsiona melhores resultados académicos, promove o desenvolvimento pessoal e interpessoal, permite uma visão e compreensão holística sobre a velhice; nos idosos – proporciona melhorias na saúde física e mental, impulsiona um aumento da autoperceção e da autoestima, possibilita a aquisição de novas habilidades sociais e a criação de relações interpessoais, estimula o gosto pela vida e o sentimento de reconhecimento (Villas Boas et al., 2017).

Segundo testemunho providenciado pela então Diretora Técnica do CAJP II⁸, a iniciativa foi muito bem-recebida pela comunidade local, tendo sido replicada em outras freguesias da cidade devido aos bons resultados demonstrados na promoção do envelhecimento ativo. De igual forma, salientou, a repercussão temporal dos impactos positivos do projeto, com base nos relatos frequentes, dando conta visitas dos estudantes aos idosos (no domicílio ou instituições), mesmo após a conclusão dos seus estudos.

Discussão

A transformação sociodemográfica imposta pelo aumento da longevidade, veio acentuar algumas problemáticas associadas ao envelhecimento, com especial incidência, na última fase da vida, cuja duração se prolonga cada vez mais. Uma dessas problemáticas é a solidão, que de

⁸ Obtido em 2019, por intermédio de entrevista presencial concedida a uma das autoras deste artigo (Inês Carreira).

forma estereotipada, vem sendo associada à velhice como uma inevitabilidade, embora a literatura não corrobore tal perspectiva. Comprovado está, que o envelhecimento é um processo que acompanha o ser humano durante toda a vida e a solidão é um sentimento comum, normal e inerente ao processo.

Assim, em algum momento da vida, todas as pessoas experienciam momentos de solidão, porém, enquanto entidade social, o ser humano, não está preparado para viver “sozinho”, como tal, quando demasiado exposto à solidão, tende a sofrer danos biopsicossociais severos, em consonância com Neto (2000). Não podemos deixar de salientar, que a solidão, embora não seja um sentimento exclusivo dos idosos ou de elevada prevalência em Portugal, não pode ser uma problemática negligenciada, tendo em conta a probabilidade de sobreposição com outras vulnerabilidades próprias da velhice, exponenciando as consequências e o impacto negativo na duração e qualidade de vida, como atestam Azeredo e Afonso (2016); Calha et al. (2014) e Neto (2000).

De extrema relevância, são a tendência de agravamento do envelhecimento populacional, as mudanças constantes em curso nas sociedades e a validação da solidão como fator preditor da depressão, constituindo um conjunto de fatores que podem despoletar um aumento acentuado da incidência e intensidade da solidão nos indivíduos mais velhos, já naturalmente frágeis e socialmente mais desprotegidos, constituindo matéria de relevo para todos os intervenientes sociais a trabalhar com população idosa.

Neste sentido, todas as Ciências Sociais devem privilegiar intervenções focadas no combate à solidão na velhice de forma a mitigar os efeitos negativos do fenómeno, bem como, implementar estratégias de prevenção (extensíveis a todas as pessoas de qualquer idade), que articulem políticas sociais adequadas, estabelecimento de redes sociais informais, promoção da comunicação e partilha, e o incentivo aos contactos pessoais regulares, seguindo as recomendações de Neril e Freire (2000) e Tiwari (2013). A título de exemplo, apresentámos dois projetos implementados em Coimbra, que configuram intervenções sociais bem-sucedidas, tendo em conta os bons resultados alcançados em matéria de combate à solidão, assim como, no campo do envelhecimento ativo/saudável e da educação intergeracional.

Consideramos, que o objetivo geral do nosso trabalho foi alcançado, pois, foi possível clarificar a conceptualização em torno do envelhecimento, velhice e solidão, bem como, apreender a relação que se estabelece entre a velhice e a solidão, e as potencialidades de uma intervenção social multidisciplinar direccionada a esta problemática.

Conclusão

Dada a complexidade dos constructos e amplitude do tema, o maior constrangimento residiu na necessidade de síntese dos assuntos abordados e na limitada análise de projetos, ainda assim, esperamos que o artigo consiga alertar para um fenómeno que tende a aumentar de prevalência em Portugal e cujos impactos assumem elevada gravidade, contribuindo também, para aumentar a confiança nos intervenores sociais, que devem assumir um papel relevante e desenvolver intervenções eficazes e inovadoras, complementares às políticas públicas sociais e de saúde, que defendam o direito do idoso de viver uma velhice digna, saudável e menos solitária.

Referências bibliográficas

- Almeida, M. (2007). Envelhecimento: activo? bem-sucedido? saudável? Possíveis coordenadas de análise...*Fórum Sociológico*, 17(II série), 17-24.
<https://journals.openedition.org/sociologico/1599>
- Associação Académica de Coimbra (2020). *CAJPII Centro de Acolhimento João Paulo II*.
<https://academica.pt/aac/banco-de-voluntariado/cajpii-centro-de-acolhimento-joao-paulo-ii>
- Azeredo, Z., & Afonso, M. (2016). Solidão na perspetiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313-324. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
- Benavente, R. (2020). Envelhecimento normativo e envelhecimento patológico. In R. Benavente (Coord.). *Intervenção psicológica em gerontologia* (pp.1-44). Pactor
- Berg-Weger, M., & Morley, J. (2020). Loneliness in Old Age: An Unaddressed Health Problem. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(3), 243-245.
<https://doi.org/10.1007/s12603-020-1323-6>
- Calha, A., Arriaga, M., & Cordeiro, R. (2014). Prevalência da solidão e depressão na população Idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 9-14.
https://www.researchgate.net/publication/263429333_Prevalencia_da_solidao_e_depressao_na_populacao_idosa_residente_na_zona_historica_da_cidade_de_Portalegre
- Cáritas Diocesana de Coimbra (2021). *IDOVIS: Idosos Visitadores de Outros Idosos*.
<https://caritascoimbra.pt/project/idovis/>
- Carvalho, M. (2013). Um percurso heurístico pelo envelhecimento. In M. I. Carvalho (Ed.) *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 1-11). Pactor

- Dantas, C., Melo, R., Boleto, A., Silva, F., & Rodrigues, F. (2017). Projeto IdoVis: Visitadores contribuem para um envelhecimento com mais afetos. *Journal of Aging and Innovation*, 6(3), 47-58. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5-visitadores.pdf>
- Dardengo, C. & Mafrá, S. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, 18(2), 1-23. <https://orcid.org/0000-0001-7150-1425>
- Dieguez, C. (2020). *Em tempos de isolamento social. Isolamento social e solidão – Intervenções com base tecnológica na população idosa: uma revisão integrativa de literatura* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório UC. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/94574/1/Tese%20de%20Mestrado%20%20Cassia%20Zefa%20Ruas%20Dieguez.pdf>
- Faísca, L., Afonso, R., Pereira, H., & Patto, M. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*, 37(1), 209-222. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/7115>
- Fechine, B., & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace: Revista Científica Internacional*, 1(7), 106-132. <https://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica---es-fisiol--gicas-normais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>
- Fields, N., Xu, L., Greer, J., & Murphy, E. (2019). Shall I compare thee...to a robot? An exploratory pilot study using participatory arts and social robotics to improve psychological well-being in later life. *Aging & mental health*, 25(3), 575-584. <http://dx.doi.org/10.6020/1679-9844/2007>
- Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, (8), 73-80. <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/2781577/111286.pdf>
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos: atividades*. Âmbar.
- Leuschner, A. (2019, novembro 29). *A Solidão dos mais velhos na arquitetura das famílias* [Comunicação]. A Idade do amanhã: desafios éticos da longevidade – XXII Seminário Nacional do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, Coimbra https://www.cneqv.pt/pt/publicacoes?download_document=8555&token=05f0028aa13fba7e42eb0a04a1832b91

- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <http://doi/10.14195/978-989-26-0355-1>
- Lopes, R., Lopes, M., & Camara, V. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *Passo Fundo*, 6(3), 373-381. <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/362/818>
- Luong, G., Charles, S., & Fingerman, K. (2011). Better with age: Social relationships across adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(1), 9-23. doi: 10.1177/0265407510391362
- NEFagir (2019). *Centro de Acolhimento João Paulo II*. Recuperado em 20/05/2022, de <https://nefagir.webnode.pt/centro-de-acolhimento-joao-paulo-ii/>
- Neril, A., & Freire, S. (2000). *E por falar em boa velhice*. Papirus
- Neto, F. (2000). Solidão. In F. Neto. *Psicologia Social II* (pp.315-382). Universidade Aberta
- Organização das Nações Unidas (s/d). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização Mundial da Saúde (2015). *Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Ouakinin, S., & Barreira, D. (2015). Solidão e Saúde Mental. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 28(1), 130-132. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/6162/4224>
- Pordata (2023, Julho 3). *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Recuperado em 25/09/2023, de <https://www.pordata.pt/portugal/populacao+residente+segundo+os+censos+total+por+grandes+grupos+etarios-512>
- Ramos, M. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias* (7), 156-175. <https://www.scielo.br/j/soc/a/VMH7xnfRKMg4qqSWt746CBQ/?lang=pt&forat=pdf>
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto* (2), 33-52. <https://www.redalyc.org/pdf/4265/426539987004.pdf>
- Rodrigues, R. (2018). Solidão, Um Fator de Risco. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 34(5), 334–338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516. <https://core.ac.uk/download/pdf/70650845.pdf>

- Serra, A. & Garcia, R. (s.d.). *Como envelhecem os portugueses?* [Infografia]. Pordata. <https://www.pordata.pt/publicacoes/infografias/como+envelhecem+os+portugueses+-195>
- Serviço Nacional de Saúde (2019, 22 de julho). *Estudo: Impacto da solidão em idosos*. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/07/22/estudo-impacto-da-solidao-em-idosos/>
- Serviço Nacional de Saúde (2021, maio 31). *A solidão e o isolamento social*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/>
- Simões, P. (2013, Maio 7). *Projeto Lado a Lado*. Blogspot Gerontologia e Envelhecimento Activo. Recuperado em 20/05/2022, de <https://gerontologiapedrosimoes.blogspot.com/2013/05/projecto-lado-lado.html>
- Tavares, R.; Jesus, M.; Machado, D.; Braga, V.; Tocantins, F., & Merighi, M. (2017). Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira Geriátrica e Gerontológica*, 20(6), 889-900. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091>
- Tiwari, S. (2013). *Loneliness: A disease?* *Indian Journal Psychiatry*, 55(4), 320–322. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.120536>
- Valtorta, N., & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 518–522. <https://dx.doi.org/10.1258%2Fjrsm.2012.120128>
- Villas-Boas, S., Oliveira, A., Ramos, N., & Montero, I. (2017). A educação intergeracional no quadro da educação ao longo da vida e do envelhecimento ativo. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, Vol. Extra (5), 188-193. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6861/1/2017%20S.%20Vilas%20Boas%20N.Ramos%20et%20al%20REIPE.pdf>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Adaptação de pessoas idosas em situações de enfrentamento ao estresse: Atuação dos centros de atenção psicossocial

Título resumido do manuscrito: Um relato da assistência do CAPS a pessoas idosas

Angelo Maximo Soares de Araujo Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano |
Núcleo de estudos e pesquisas em urgência, emergência e terapia intensiva
ORCID: 0000-0002-1742-2205

Rita de Cássia Azevedo Constantino

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano |
Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Nefrologia | rconstantino06@gmail.com.
ORCID: 0000-0002-5210-726X

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Nutricionista | Universidade Estácio de Sá | PPgSCol/UFRN | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso:
Brasil, Portugal e Espanha | mayaraaraujonutri@gmail.com.
ORCID: 0000-0002-0611-2949

Allyne Costa Siqueira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano |
allynecosta1995@gmail.com.
ORCID: 0009-0009-7475-3797

Zamir Vidal de Negreiros Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano |
zamirvnf@gmail.com.
ORCID: 0009-0003-1067-8421

Maria Eduarda

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longevidade - Observatório do Envelhecimento Humano |
maria.nascimento.016@ufrn.edu.br.
ORCID: 0000-0001-55785413

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) de Lisboa | Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio - FIOCRUZ RJ |
Universidade Federal do Rio Grande do Norte | EPSJV - FIOCRUZ/RJ | Academia Norte Rio-grandense de
Odontologia | Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte | renatagalvaodiniz@gmail.com.
ORCID: 0000-0003-4963-3653

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde,
Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | ana.elza.mendonca@ufrn.br.
ORCID: 0000-0001-9015-211X

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi- FACISA | Rede
Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal
e Espanha | thaiza.nobre@ufrn.br.
ORCID: 0000-0002-8673-0009

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) | Departamento de Saúde Coletiva (UFRN) | Grupo
Longevidade - Observatório do Envelhecimento Humano | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade,
Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | vilani.nunes@ufrn.br.
ORCID: 0000-0002-9547-0093.

Resumo

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde responsáveis pelo acompanhamento de indivíduos em sofrimento psíquico ou que precisem de apoio no enfrentamento de situações vulneráveis. Apesar do foco em tratamento, o ambiente é aberto à comunidade para realização de atividades, recebendo pacientes, dentre eles, pessoas idosas. Um dos métodos utilizados no serviço são as estratégias de coping, definidas como esforços adotados pelas pessoas para adaptarem-se a circunstâncias diversas ou enfrentar situações de estresse. **Objetivo:** Relatar como as atividades de convivência desenvolvidas no CAPS

influenciam no dia a dia das pessoas idosas. Método: estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido no CAPS na cidade de Natal/RN/Brasil, em novembro de 2022, por graduandos de enfermagem, durante práticas do componente de Saúde Mental. Resultados: Percebeu-se crescente procura da população idosa pelo serviço necessitando ser acolhida e receber cuidados. Este tipo de cuidado é aplicado por meio de diversas atividades que possibilitam aos participantes se expressem em diversas situações e contextos e construam o sentimento de autonomia e pertencimento, atenuando possíveis situações de estresse e frustrações ocasionados por situações externas. Considerações Finais: Identificada a importância da participação da equipe multiprofissional para acolhimento dos pacientes na perspectiva de elaborar um plano de atividades para exercitar o sentimento de pertencimento e reinserção da pessoa idosa à sociedade. Isso se dá por meio da escuta ativa durante o atendimento individual como também realização de oficinas terapêuticas, grupos de psicoterapia e outras atividades que possibilitam a reconstrução do sentimento de pertencimento social.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Estratégia de coping; Centro de Atenção Psicossocial.

Introdução

O aumento da expectativa de vida humana é uma realidade no mundo inteiro, e com esse avanço surgem inúmeras considerações cruciais relacionadas à longevidade. À medida que a idade avança, torna-se evidente que a qualidade de vida das pessoas idosas pode ser impactada por desafios que frequentemente acompanham o envelhecimento, incluindo declínios físicos e mentais (VASCONCELOS et al., 2022). Nesse cenário, emerge uma necessidade premente de adaptar o ambiente que circunda as pessoas idosas de forma a garantir uma assistência integral que considere as dimensões sociais, psicológicas e físicas.

O processo de envelhecimento traz consigo uma série de questões que expõem a saúde mental das pessoas idosas a uma maior suscetibilidade a emoções e pensamentos que podem conduzir a situações de estresse e frustração. Entre essas preocupações estão a perda de entes queridos, incluindo seus parceiros de vida, sentimentos de incapacidade e o temor inerente ao ciclo natural da vida (DIAS & RIBEIRO, 2018). É importante notar que estudos apontam que, globalmente, cerca de 7% da população com mais de 60 anos é afetada por depressão, e 3,8% sofre com transtornos de ansiedade, números que ganharam ainda mais relevância no contexto da recente pandemia de COVID-19, a qual pode ter contribuído para um aumento

significativo do estresse a longo prazo (PEREIRA & FERREIRA & FIRMINO, 2022), embora seu impacto real ainda não seja totalmente compreendido.

A Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece a atual década como um período de avanços na promoção de um envelhecimento mais ativo e saudável (ONU, 2020). Uma das estratégias-chave para alcançar esse objetivo é a disponibilização de serviços de saúde voltados especificamente para as pessoas idosas, serviços que devem ser concebidos com uma visão integral que preserve e fomente a individualidade e a autonomia desses indivíduos.

No Brasil, as necessidades relacionadas à saúde mental são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que compreende uma ampla variedade de serviços que têm como missão apoiar a continuidade do cuidado. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) agem como uma peça fundamental dessa rede de cuidados. Os CAPS são serviços de saúde que adotam uma abordagem interdisciplinar, sendo responsáveis pelo acompanhamento de indivíduos que enfrentam sofrimento psíquico ou que necessitam de apoio diante de situações de vulnerabilidade. Embora sua ênfase recaia no tratamento, é importante ressaltar que esses centros têm suas portas abertas à comunidade para a realização de atividades diversas, o que os torna acessíveis a diversos perfis de pacientes, inclusive pessoas idosas (BRASIL, 2023).

Dentro do contexto do enfrentamento ao estresse, um dos métodos que se destacam nesses serviços são as estratégias de coping. Essas estratégias, definidas por Lazarus e Folkman (1984), englobam um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais adotados pelas pessoas para se adaptarem e enfrentarem circunstâncias adversas e situações estressantes ao longo de suas vidas. Os pesquisadores citados ainda subdividem o coping em duas categorias distintas: a focalizada no problema e a focalizada na solução (LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

Diante desse cenário, destaca-se a relevância das estratégias de coping no cotidiano das pessoas idosas que frequentam os Centros de Atenção Psicossocial e que se encontram em situações de enfrentamento ao estresse. Considerando essa premissa, o objetivo deste estudo é relatar como as atividades de convivência desenvolvidas nos CAPS influenciam significativamente a vida diária das pessoas idosas. Essa abordagem visa contribuir para a compreensão e valorização das práticas de promoção da saúde mental voltadas para esse grupo específico de pacientes.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, a partir de um relato de experiência, realizado nas

dependências de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) localizado na cidade de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, Brasil. Este estudo foi realizado por estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como parte integrante das atividades do componente curricular de Saúde Mental, em novembro de 2022. A condução deste estudo foi viabilizada mediante uma imersão plena no ambiente do CAPS. Nesse intervalo de tempo, os estudantes de enfermagem tiveram a oportunidade de efetuar uma observação minuciosa do funcionamento do CAPS, abarcando a análise das suas políticas institucionais, dos protocolos de atendimento adotados e das modalidades terapêuticas empregadas.

Adicionalmente, os estudantes estiveram diretamente envolvidos nos grupos comunitários oferecidos pelo CAPS. Essa participação ativa possibilitou a integração com os profissionais de saúde e os usuários do serviço, estabelecendo relações pautadas na confiança mútua e viabilizando a coleta de informações por meio de entrevistas e diálogos informais. Estas interações enriquecedoras proporcionaram uma perspectiva singular das vivências e experiências dos usuários do serviço, contribuindo, assim, para o enriquecimento dos dados coletados.

A abordagem empregada neste estudo objetivou uma compreensão abrangente do impacto das estratégias de enfrentamento e das atividades de convivência no dia a dia das pessoas idosas que enfrentam situações de estresse no contexto do CAPS. A análise dos resultados foi conduzida de forma meticulosa, levando em consideração os relatos e percepções dos estudantes, bem como as práticas e intervenções realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS.

Em suma, a metodologia utilizada implicou em uma imersão integral no contexto do CAPS, abarcando observação detalhada, interação ativa com pacientes e profissionais, bem como uma análise qualitativa dos dados coletados, com o propósito de proporcionar uma compreensão aprofundada do impacto das estratégias de enfrentamento e das atividades de convivência no contexto das pessoas idosas que enfrentam situações de estresse.

Resultados

Ao longo da experiência, observou-se um aumento significativo na demanda por serviços do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por parte da população idosa em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Essa crescente procura destaca a necessidade de oferecer acolhimento e cuidados direcionados a esse grupo demográfico. As pessoas idosas que frequentam o CAPS

apresentam uma ampla gama de desafios emocionais e psicológicos, frequentemente associados a estresses decorrentes de eventos traumáticos, perdas significativas e preocupações relacionadas à saúde mental. Nesse contexto, as estratégias de enfrentamento (*coping*) desempenham um papel de extrema importância na capacidade de adaptação desses indivíduos diante das vicissitudes da existência.

As atividades de convivência oferecidas no âmbito do CAPS emergiram como um elemento fundamental para os participantes, proporcionando-lhes um espaço seguro e de apoio no qual podem expressar abertamente suas emoções, pensamentos e inquietações. Durante essas interações, os idosos têm a oportunidade de compartilhar suas experiências e estabelecer conexões com outros membros da comunidade, o que contribui significativamente para a construção de um senso de pertencimento e para a redução do estresse e das frustrações decorrentes de fatores externos.

Uma observação de destaque concentrou-se na oportunidade de uma abordagem multiprofissional por parte da equipe do CAPS, com o intuito de garantir um acolhimento apropriado para os pacientes idosos. Isso não se limita apenas à prática de escuta ativa durante as sessões individuais, mas também a implementação de oficinas terapêuticas, grupos de psicoterapia e outras atividades que promovem a reconstrução do senso de pertencimento social. A participação ativa da equipe multiprofissional desempenhou um papel essencial na elaboração de planos de atividades personalizados, atendendo às necessidades singulares das pessoas idosas (Quadro 1), estimulando, assim, a autonomia e a reintegração desse grupo na sociedade.

Quadro 1

Relação entre o profissional, sua importância e atividades que podem desenvolver dentro de uma possível composição da equipe multiprofissional em um CAPS, variando de acordo com as políticas e recursos específicos de cada unidade.

PROFISSIONAL	IMPORTÂNCIA	ATIVIDADES

Médico(a) Psiquiatra	São capacitados para diagnosticar e tratar transtornos mentais complexos, podendo prescrever e ajustar medicamentos psicotrópicos, além de colaborar em discussões clínicas para planejar o tratamento adequado.	- Avaliar e diagnosticar transtornos mentais, realizando entrevistas clínicas detalhadas e avaliações psiquiátricas; - Prescrever e ajustar medicamentos psicotrópicos conforme necessário, monitorando os efeitos e a tolerância do paciente; - Participar de reuniões clínicas e discussões de casos para planejar o tratamento multidisciplinar dos pacientes.
Psicólogo(a)	Desempenham um papel crucial na avaliação e no tratamento da saúde mental dos pacientes, fornecendo terapias individuais e em grupo, auxiliando na elaboração de estratégias de <i>coping</i> e promovendo a saúde emocional e psicológica dos pacientes.	- Realizar avaliações psicológicas, incluindo entrevistas e testes psicométricos para avaliar a saúde mental e emocional dos pacientes; - Oferecer psicoterapia individual, conduzindo sessões terapêuticas focadas em questões específicas do paciente; - Elaborar planos de tratamento psicológico personalizados com metas terapêuticas claras e mensuráveis; - Promover o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i>, ensinando técnicas de enfrentamento do estresse e fortalecimento emocional.
Enfermeiro(a)	São essenciais para o cuidado físico dos pacientes no CAPS, realizando avaliações de saúde, administrando medicamentos, monitorando efeitos colaterais e fornecendo orientações sobre saúde preventiva e autocuidado.	- Realizar avaliações de saúde física, incluindo exames de rotina, controle de sinais vitais e acompanhamento do estado geral de saúde; - Administrar medicações e tratamentos de acordo com as prescrições médicas, monitorando os efeitos colaterais e a resposta do paciente; - Oferecer orientação sobre saúde preventiva, incluindo hábitos alimentares, exercícios físicos e prevenção de doenças.
Terapeuta Ocupacional	Auxiliam os pacientes a melhorar suas habilidades ocupacionais e a alcançar independência funcional, práticas fundamentais para a reintegração social e qualidade de vida dos pacientes.	- Realizar avaliação das habilidades ocupacionais dos pacientes, identificando áreas de dificuldade e necessidades específicas; - Desenvolver planos de intervenção ocupacional, que podem incluir treinamento em atividades da vida diária e adaptações ambientais; - Promover a reabilitação funcional, auxiliando os pacientes a recuperar a independência em suas atividades diárias.
Assistente Social	Desempenham um papel vital na avaliação das necessidades sociais e psicossociais dos pacientes, oferecendo suporte para resolver questões legais, financeiras e encaminhamentos para recursos externos.	- Realizar avaliação socioeconômica e psicossocial para identificar fatores que afetam a saúde mental e o bem-estar dos pacientes; - Oferecer suporte na resolução de questões legais, como a obtenção de benefícios sociais e direitos do paciente; - Encaminhar pacientes para recursos externos e serviços sociais, como programas de assistência social e apoio comunitário.

Profissional de Educação Física	São capacitados a desempenhar um papel fundamental na promoção da saúde física dos pacientes, desenvolvendo programas de atividade física adaptados e auxiliando na prevenção de problemas de saúde relacionados à inatividade física.	- Desenvolver programas de atividade física adaptados às necessidades e condições de saúde dos pacientes; - Promover a saúde física e o bem-estar dos pacientes por meio de exercícios físicos, monitorando o progresso e adaptando os programas.
Técnico(a) de Enfermagem	Realizam o suporte direto no cuidado dos pacientes, auxiliando nos procedimentos técnicos, na administração de medicamentos e na coleta de informações de saúde.	- Auxiliar no cuidado direto aos pacientes, ajudando com a higiene pessoal, mobilidade e outras atividades diárias; - Realizar procedimentos técnicos, como a administração de medicamentos, curativos e coleta de amostras para exames; - Registrar informações de saúde dos pacientes, mantendo registros precisos de cuidados e observações clínicas.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2002.

Discussão

Os resultados deste estudo destacam a significativa relevância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto de suporte à população idosa que enfrenta situações de estresse. A crescente demanda por esses serviços reflete uma necessidade premente de adaptação dos cuidados de saúde mental às complexas particularidades emocionais e psicológicas inerentes ao processo de envelhecimento.

Um achado primordial deste estudo reside na eficácia das estratégias de *coping*, conforme definidas por Lazarus e Folkman (1984), na capacidade de adaptação das pessoas idosas a situações estressantes. Tais estratégias, englobando técnicas de enfrentamento como reavaliação cognitiva, busca de apoio social e expressão emocional, emergiram como recursos valiosos para enfrentar adversidades da vida. Nesse contexto, a convivência no âmbito dos CAPS se apresenta como um espaço crucial para o desenvolvimento e aplicação destas estratégias de coping, possibilitando aos idosos a aquisição de ferramentas práticas para lidar com o estresse. Isso conduziu de maneira notável à mitigação do estresse e à redução das frustrações associadas a eventos externos (LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

Adicionalmente, a criação de um ambiente seguro e acolhedor nos CAPS demonstraram um fator primordial para fomentar o senso de pertencimento e autonomia entre os participantes idosos. A abordagem multiprofissional envolveu a colaboração de diversos profissionais de saúde, como psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e psiquiatras, trabalhando em conjunto para elaborar planos de atividades individualizados. Estes planos consideraram as necessidades singulares de cada pessoa idosa, reconhecendo que o cuidado holístico implica na abordagem não apenas dos aspectos clínicos, mas também dos aspectos emocionais,

sociais e culturais.

A prática da escuta ativa durante o atendimento individual foi fundamental nesse processo, permitindo que os profissionais compreendessem profundamente as preocupações e necessidades dos idosos. Além disso, a realização de oficinas terapêuticas e grupos de psicoterapia proporcionaram um espaço para a exploração de questões emocionais e a construção de estratégias de enfrentamento mais eficazes. Esses cuidados holísticos e multiprofissionais foram essenciais não apenas na promoção da saúde mental, mas também na reintegração das pessoas idosas na sociedade (SOUZA, REZENDE & MARIN, 2022).

Nesse estudo foram identificadas algumas limitações, dentre elas relacionado a amostra restrita a um único CAPS em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, o que pode limitar a generalização dos resultados. Além disso, a coleta de dados foi realizada por estudantes de graduação de enfermagem, o que poderia ter introduzido vieses na interpretação das informações. No entanto, tais limitações não diminuem a importância dos achados obtidos.

Em síntese, este relato de experiência destaca a importância dos CAPS como pilares de suporte à saúde mental da população idosa em situações de estresse. Estratégias de *coping*, incluindo reavaliação cognitiva, busca de apoio social e expressão emocional, atividades de convivência, um ambiente acolhedor e uma abordagem multiprofissional e holística desempenham papéis cruciais na promoção da saúde mental e no bem-estar dos idosos. No entanto, pesquisas futuras podem ser necessárias para aprofundar a compreensão e a eficácia dessas abordagens em diferentes contextos e com amostras mais amplas de CAPS.

Conclusão

Este relato de experiência destaca a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na promoção da saúde mental de pessoas idosas em situações de enfrentamento ao estresse. Os resultados evidenciam que estratégias de *coping*, interações sociais e abordagens multiprofissionais desempenham um papel crucial nesse processo. A crescente demanda por esses serviços, entre idosos, sublinha a premente necessidade de fornecer cuidados personalizados considerando as particularidades emocionais e psicológicas inerentes ao envelhecimento.

Além disso, as atividades de convivência proporcionam um ambiente valioso para fortalecer o senso de pertencimento e estabelecer laços sociais, contribuindo significativamente para o bem-estar. A abordagem multiprofissional, aliada à escuta ativa, é fundamental para atender às necessidades individuais dos idosos, promovendo a saúde mental e a reintegração na

sociedade. Em síntese, os CAPS representam um recurso incontornável na promoção da saúde mental, exigindo um reconhecimento e expansão dessas práticas para beneficiar ainda mais esse segmento populacional, carente de uma abordagem holística.

Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
- Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Composição CAPS*. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps/caps>
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). *Qualidade de vida: comparação entre idosos de uma comunidade brasileira e idosos institucionalizados*. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(1), 37–54. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p37-54>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). *Assembleia Geral da ONU declara 2021-2030 como Década do Envelhecimento*. Recuperado de <https://www.paho.org/pt/noticias/14-12-2020-assembleia-geral-da-onu-declara-2021-2030-como-decada-do-envelhecimento>
- Pereira, D., Ferreira, S., & Firmino, H. (2022). *O Impacto da Pandemia na Saúde Mental da População Geriátrica*. *Revista Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental*, 8(2), 49-57. DOI: 10.51338/rppsm.253
- Souza, Aline Pereira de, Rezende, Kátia Terezinha Alves, & Marin, Maria José Sanches. (2022). *Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(5), 1741–1752. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1374974>
- Vasconcelos, C. L. B. de, Bastos, G. C. F. C., Sousa, I. F. de, & Almeida, R. J. de. (2022). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa*. *Revista Brasileira Militar de Ciências*, 8(20), DOI: 10.36414/rbmc.v8i20.133

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

**Título completo do manuscrito: Adesão ao autocuidado da pessoa com
Diabetes Mellitus Tipo 2**

Título resumido do manuscrito: Adesão ao autocuidado DMT2

Pedro Emanuel Lima Silva

Enfermeiro I ARS do Algarve I pedrosilva211194@outlook.pt

Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva

Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa I Instituto de Ciências da Saúde I
Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Porto, Portugal I Escola Superior de Saúde Jean Piaget
de Vila Nova de Gaia, Portugal I mafaldassilva@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-2509-5566

Maria Margarida Silva Vieira Ferreira

Doutora em Investigação Aplicada, Medicina Preventiva Saúde Pública e Cirurgia I CINTESIS – Centro de
Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde I Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de
Gaia, Portugal I margarida.v.ferreira@ipiaget.pt

ORCID: 0000-0003-2232-7314

Rita Costa

Enfermeira I ARS do Algarve I Ritagcosta623@gmail.com

Resumo

O presente estudo pretendeu avaliar o impacto da adesão ao autocuidado da pessoa idosa com Diabetes Mellitus tipo 2. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo. Amostra por bola de neve, composta por 38 pessoas idosas não institucionalizadas. Utilizou-se a Escala de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada por Bastos (2004), que avaliou a adesão quanto às atividades de autocuidado: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés, medicamentos e hábitos tabágicos. A amostra é composta por pessoas do género feminino (57,9%), média de 68 anos, reformados (73,7%), 1º ciclo do ensino básico (50%) e com diagnóstico médico realizado entre 6 a 10 anos de idade.

84,2% afirmam possuir uma comorbilidade associada à Diabetes. Seguem uma alimentação saudável em média 3,9 dias/semana, e na alimentação específica verificou-se adesão em média de 2,5 dias/semana. Baixa adesão na “Atividade física”, com uma média de 1,7 dias. Quanto à “Monitorização da glicémia”, avaliam o nível do açúcar em média de 2,4 dias/semana. Em média 5,7 dias tem boa adesão quanto aos “Cuidados com os pés”. Boa adesão aos “Medicamentos”, em média de 4,8 dias/semana. Cerca de 92,1% não fuma atualmente e, destes, a maioria nunca fumou. As atividades de autocuidado com maior adesão foram a toma de medicamentos para a diabetes e o autocuidado com os pés. As atividades com menor adesão consistiram na monitorização da glicemia e atividade física. É essencial informar e consciencializar a pessoa com diabetes para que seja responsável pela adoção de hábitos de vida saudáveis.

Palavras-chave: idoso; autocuidado; cooperação e adesão ao tratamento; diabetes mellitus tipo 2.

Introdução

A diabetes mellitus (DM) é uma doença crónica, não transmissível, que requer autogestão diária por meio do estabelecimento e manutenção de um tratamento contínuo (Joshi et al., 2022). Constitui um desafio a nível global que afeta a saúde da pessoa, família e comunidade devido ao impacto que tem na qualidade de vida, podendo culminar em incapacidade, diminuição da produtividade, complicações crónicas decorrentes da doença e até a morte (Portela et al., 2022).

Existem fatores que contribuem para o aumento da DM tipo 2, entre os quais se destacam o envelhecimento populacional, as mudanças alimentares, consumo de álcool e drogas e o sedentarismo. As pessoas portadoras de DM tipo 2 desempenham um papel fundamental na promoção do seu autocuidado através da adoção de estilos de vida saudáveis, modificações alimentares, adesão à medicação, cuidados regulares com os pés e monitorização dos níveis de açúcar no sangue prevenindo complicações associadas à doença.

As complicações inerentes à DM constituem as principais causas de morte precoce em diferentes países, onde se verificam mais de 4 milhões de mortes na faixa etária entre os 20 e os 79 anos em 2019 (International Diabetes Federation, 2019). A Federação

Internacional de Diabetes aponta para 537 milhões de pessoas diagnosticadas com DM tipo 2, e prevê-se um aumento para 643 milhões até 2030 (Saeedi et al., 2019). Estas são menos frequentes e menos graves em pessoas que monitorizam adequadamente a glicemia capilar e adotam medidas efetivas na gestão eficaz da doença desenvolvendo atividades de autocuidado (Portela et al., 2022), particularmente as atividades recomendadas pelos profissionais de saúde.

O autocuidado refere-se à capacidade da pessoa para realizar atividades que promovam a proteção da sua saúde, desenvolvimento e bem-estar (Suplici et al., 2021). Para garantir a adesão às atividades de autocuidado é importante o suporte familiar. Segundo Alhaiti e seus colaboradores (2020), existe um elevado nível de adesão entre as pessoas que possuem bom apoio familiar comparativamente com as pessoas com pouco apoio familiar. Família e amigos apoiam a pessoa portadora de DM garantindo que estes se encontram motivados e que tomam decisões adequadas seguindo as recomendações, realizando mudanças no estilo de vida, recebendo treino efetivo para a automonitorização, e garantindo a capacitação e o empoderamento.

Com a realização deste estudo pretendeu-se avaliar o impacto da adesão ao autocuidado da pessoa idosa com DM tipo 2.

Métodos

Estudo quantitativo, transversal e descritivo. Amostra por bola de neve, composta por 38 pessoas idosas não institucionalizadas. Na primeira parte do questionário pretendeu-se realizar uma caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes onde constaram 11 questões relativas ao género, idade, grupo étnico, estado civil, habilitações, atividade profissional/ocupação, há quantos anos é diabético, que tipo de medicação faz para controlar a diabetes (comprimidos, insulina ou comprimidos e insulina), se tem alguma outra patologia, se tem ou já teve alguma complicação devido à diabetes, e se realiza a autoavaliação da glicemia capilar. Na segunda parte aplicou-se o Questionário de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada por Bastos (2004) versão validada do instrumento *Summary of Diabetes Self-Care Activities*.

O instrumento baseia-se no autorrelato que permite avaliar seis dimensões dos comportamentos de autocuidado referentes aos últimos sete dias: alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidados com os pés,

medicamentos e hábitos tabágicos. A avaliação é parametrizada em dias da semana, numa escala de 0 a 7, que corresponde aos comportamentos que a pessoa adotou na semana anterior ao questionário, sendo o zero a situação menos desejável, pois significa que a pessoa inquirida nos últimos 7 dias não apresentou o comportamento desejável relativamente à questão abordada e 7 a mais favorável, pois significa que a pessoa inquirida apresentou, todos os dias da semana anterior ao questionário, o comportamento desejável. As questões abordadas na parte da dimensão da alimentação específica, de acordo com Bastos (2007), devem ser recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0. O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo número destes, sendo que, os resultados (médias) são expressos em dias por semana.

Os critérios de inclusão definidos foram as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, residentes na área metropolitana do Porto, capacidade cognitiva preservada para responder ao questionário e possuir o diagnóstico médico de DM tipo 2. Os dados foram tratados com recurso ao *software* IBM SPSS (versão 26.0). O estudo recebeu parecer favorável da Comissão de Ética de uma instituição de ensino superior.

Resultados e Discussão

Os participantes são maioritariamente do género feminino (57,9%), média de 68 anos, reformados (73,7%), cerca de 50% frequentaram até ao 1º ciclo do ensino básico e foi realizado o diagnóstico médico entre 6 a 10 anos de idade. Cerca de 84,2% afirmam possuir uma comorbilidade associada à diabetes. Os dados obtidos encontram-se descritos na Tabela 1.

Relativamente à alimentação geral verificou-se que os participantes, em média, nos 7 dias anteriores ao questionário, aderiram 4,8 dias ($\pm 2,3$) a uma alimentação saudável; em média, durante o último mês, os indivíduos aderiram 2,1 dias por semana ($\pm 2,8$) a um plano alimentar recomendado por um profissional de saúde; e aderiram, em média, à ingestão de fruta e legumes 4,9 dias ($\pm 2,8$) na semana anterior ao questionário. No estudo desenvolvido por Delmondes e Abreu (2022) referem que comportamentos alimentares desadequados tem uma relação com a DM tipo 2 devido ao baixo consumo de alimentos ricos em fibras e ao elevado consumo de açúcar, carboidratos refinados, sódio e gorduras.

No que se refere à alimentação específica verificou-se que em média, houve um consumo de carnes vermelhas em 2,3 dias ($\pm 1,7$), na semana anterior ao questionário, resultado que vai de acordo com o estudo conduzido por Salvado (2012) que verifica que em média, houve um consumo de carnes vermelhas em 2,9 dias, na semana anterior ao questionário. Já no estudo desenvolvido por Santos e Faro (2018) verificaram que uma alimentação específica mais adequada. Constatou-se que, em média, 2,1 ($\pm 2,2$) dias na última semana aquando do questionário os inquiridos misturaram mais do que um hidrato de carbono (HC) à refeição. Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, observou-se que, em média, 1,8 dias da semana são ingeridos mais de que um copo de bebidas alcoólicas à refeição.

A APDP (2019) refere a importância de incluir alimentos ricos em fibra nas suas refeições, como o pão de mistura ou centeio, ou flocos de aveia, leguminosas (grão, feijão, ervilhas, favas, lentilhas), pois permitem diminuir a glicemia após as refeições, reduzir os níveis de colesterol, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento do intestino. Segundo Delmondes e Abreu (2022) a adesão ao tratamento da DM tipo 2 através da dietoterapia é fundamental para promover uma melhor orientação e capacitação nutricional, com o intuito de minimizar as complicações.

A adesão à prática de atividade física é baixa, sendo que na adesão à atividade física continua a média de adesão foi de 2,5 dias ($\pm 2,9$) e no exercício físico foi de 0,9 dias ($\pm 1,9$). Resultados congruentes com o estudo desenvolvido por Boell e seus colaboradores (2020) no qual apuraram que existe baixa adesão à atividade física e à alimentação saudável. O exercício regular pode prevenir ou retardar o desenvolvimento do diabetes tipo 2. A Associação Protetora Diabéticos de Portugal (2019) alude aos benefícios do exercício físico com regularidade, num mínimo de 30 minutos diários, o qual irá cooperar para a redução da gordura visceral, diminuindo assim a resistência à insulina, aprimorando a ação da insulina no organismo do indivíduo. A prática regular de atividade física para as pessoas com DM tipo 2 é relevante para a manutenção da qualidade de vida. Contribui para a melhoria do controle glicémico, redução dos fatores de risco cardiovasculares, perda de peso corporal e aumento do bem-estar (Delmondes e Abreu, 2022). Face aos resultados identificados e à adesão às atividades de autocuidado em contexto de exercício físico, é importante promover estes hábitos, pelo menos, durante pelo menos 30 minutos diários. O exercício físico, feito regularmente e

por um mínimo de 30 minutos diários, contribuirá para a redução da gordura visceral, diminuindo a resistência à insulina, ou seja, melhorando a ação da insulina no organismo (Moura et al., 2021).

A adesão à monitorização da glicemia capilar é baixa, uma vez que avaliam em média 2,4 dias ($\pm 2,9$) por semana. Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2019), o controlo apertado dos níveis de glicemia, através da frequente monitorização dos níveis glicémicos, associou-se uma diminuição da infeção. Os resultados deste estudo estão em consonância com os achados apresentados no estudo desenvolvido por Santos et al., em 2018. A adesão à dieta e à prática de exercício físico é influenciada pelos comportamentos que precederam o surgimento da doença, exercendo impacto direto na adesão subsequente à dieta e ao exercício físico.

Quanto ao autocuidado com os pés, verificou-se que, em média, examinam os pés 4,6 dias ($\pm 2,9$) por semana. Segundo um estudo desenvolvido por Batista et al., em 2018, as orientações dos profissionais de saúde relacionadas com os cuidados aos pés contribuem para melhorar os níveis de literacia junto das pessoas e assim promover maior adesão ao autocuidado com os pés, prevenindo o surgimento de complicações.

A toma da medicação é realizada corretamente, em média, 4,8 dias por semana, o que pode ser explicado pela não necessidade do uso de insulina, pois as outras duas perguntas referentes a toma de medicação têm uma média de 6,6 dias por semana. A percentagem global de adesão à medicação entre pessoas com DM tipo 2 é inferior ao ideal por diferentes motivos, nomeadamente, o esquecimento da toma da medicação (Alshehri et al., 2020).

Relativamente aos hábitos tabágicos, constatou-se que 92,1% dos participantes afirmaram não ter fumado nos últimos 7 dias, enquanto 7,9% apresentaram hábitos tabágicos. Cerca de 55,3% nunca fumaram e 34,2% deixou de fumar há mais de dois anos. Campagna e colaboradores, em 2019, constataram no estudo que desenvolveram que existe um risco aumentado de DM tipo 2 em pessoas fumadoras. Os mesmos autores referem que os que fumavam entre 16 a 20 cigarros por dia tinham um risco 3,27 vezes maior de desenvolver comparativamente com os que não fumaram.

Tabela 1

Adesão às atividades de autocuidados nos diferentes domínios.

Itens e fatores		M	DP
Alimentação geral	Em quantos dos últimos sete dias seguiu uma alimentação saudável?	4,8	2,3
	Em média, no último mês, quantos dias por semana seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	2,1	2,8
	Em quantos dos últimos sete dias comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou vegetais (incluindo os da sopa)?	4,9	2,8
Alimentação específica		3,9	2,6
	Em quantos dos últimos sete dias comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	2,3	1,7
	Em quantos dos últimos sete dias comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	3,5	3,1
	Em quantos dos últimos sete dias misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	2,1	2,2
	Em quantos dos últimos sete dias consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	1,8	2,7
	Em quantos dos últimos sete dias adoçou as suas bebidas com açúcar?	2,6	3,1
Atividade Física		2,5	2,6
	Em quantos dos últimos sete dias praticou atividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)	2,5	2,9
	Em quantos dos últimos sete dias participou numa sessão de exercício físico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0,9	1,9
Monitorização da glicemia		1,7	2,4
	Em quantos dos últimos sete dias avaliou o açúcar no sangue?	2,4	2,9
	Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue, pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	2,3	2,8
Autocuidado com os pés		2,4	2,9
	Em quantos dos últimos sete dias examinou os seus pés?	4,6	2,9
	Em quantos dos últimos sete dias lavou os seus pés?	6,5	1,1
	Em quantos dos últimos sete dias secou os espaços entre os dedos dos pés, depois de os lavar?	5,9	1,9
		5,7	2

Uso de medicação	Em quantos dos últimos sete dias, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da diabetes?	6,6	1,3
	Em quantos dos últimos sete dias tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	1,3	2,8
	Em quantos dos últimos sete dias tomou o número indicado de comprimidos da diabetes?	6,6	1,3
		4,8	1,8

Notas: M = média; DP = desvio padrão

Conclusão

A promoção do autocuidado em pessoas com DM tipo 2 é um desafio complexo e multifacetado que requer a integração de diversos fatores pessoais, sociais e clínicos. As atividades de autocuidado com maior adesão foram a toma de medicamentos para a diabetes e o autocuidado com os pés. As atividades com menor adesão consistiram na monitorização da glicemia e atividade física. Neste estudo destacou-se a importância das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde como um alicerce fundamental para capacitar os pacientes, suas famílias e comunidades a adotarem práticas de autocuidado adequadas. As ações desenvolvidas de forma estruturada desempenham um papel vital ao educar, empoderar e envolver ativamente as pessoas para gerir adequadamente a sua situação de saúde.

Referências bibliográficas

- Ali Hassan Alhaiti, Mohammed Senitan, Wireen Leila T. Dator, Chandrakala Sankarapandian, Nadiyah Abdulaziz Baghdadi, Linda Katherine JONES, Cliff Da Costa, George Binh Lenon. (2020). Adherence of Type 2 Diabetic Patients to Self-Care Activity: Tertiary Care Setting in Saudi Arabia. *Journal of Diabetes Research*. <https://doi.org/10.1155/2020/4817637>
- American Diabetes Association (2020). Introduction: standards of medical care in diabetes-2020. *Diabetes Care*. 43(1). <http://dx.doi.org/10.2337/dc20-Sint>
- Batista, I.B., Pascoal, L.M., Gontijo, P.V.C., Brito, P.S., Sousa, M.A., Santos Neto, M., Sousa, M.S. (2020). Association between knowledge and adherence to foot self-care practices performed by diabetics. *Revista Brasileira de Enfermagem*. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0430>

- Campagna, D., Alamo, A., Di Pino, A., Russo, C., Calogero, A. E., Purrello, F., & Polosa, R. (2019). Smoking and diabetes: dangerous liaisons and confusing relationships. *Diabetology & metabolic syndrome*, 11, 85. <https://doi.org/10.1186/s13098-019-0482-2>
- International Diabetes Federation. IDF diabetes atlas [Internet]. 9th. ed. International Diabetes Federation; 2019. [cited 2019 Nov 20]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/>
- Joshi, J., Patel, P., Gandhi, S., Patel, N., & Chaudhari, A. (2022). Factors influencing adherence to self-care practices among patients of type 2 diabetes mellitus from Saurashtra region of Gujarat: A conclusive research. *Journal of family medicine and primary care*, 11(10), 6395–6401. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_473_22
- Portela, R. de A., Silva, J. R. S., Nunes, F. B. B. de F., Lopes, M. L. H., Batista, R. F. L., & Silva, A. C. O. (2022). Diabetes mellitus type 2: factors related to adherence to self-care. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0260>
- Moura, B., Vidal, D. G., & Ferreira, M. (2021). Adherence of people with type 1 diabetes to self-care activities / Adesão das pessoas com diabetes tipo 1 às atividades de autocuidado. *Journal of Nursing and Health*, 11(3). <https://doi.org/10.15210/jonah.v11i3.20491>
- Saeedi, P., Petersohn, I., Salpea, P., Malanda, B., Karuranga, S., Unwin, N., Colagiuri, S., Guariguata, L., Motala, A. A., Ogurtsova, K., Shaw, J. E., Bright, D., Williams, R., & IDF Diabetes Atlas Committee (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes research and clinical practice*, 157, 107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
- Sociedade Brasileira de Diabetes - SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2019-2020; [cited 2019 Dec 18]. Available from: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
- Suplici, S. E. R., Meirelles, B. H. S., Silva, D. M. G. V. da ., & Boell, J. E. W.. (2021). Adesão

ao autocuidado de pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Primária: estudo de método misto. *Escola Anna Nery*, 25(5). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0032>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Alto Minho + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável: diagnóstico orientado para as comunidades ERPI com o Protocolo MAIEC®

Título resumido do manuscrito: Alto Minho + Inclusivo e Diagnóstico Comunitário

Odete Maria Azevedo Alves

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE; Institute of Biometric Sciences Abel Salazar I (ICBAS) |
University of Porto, Porto, Portugal | odete.alves@ulsam.min-saude.pt | odetemaalves@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-1294-3407

Pedro Miguel de Almeida Melo

Escola Superior de Enfermagem do Porto | pedromelo@esenf.pt
ORCID ID: 0000-0002-0005-6384

Paula Clara Ribeiro Santos

School of Health, Polytechnic of Porto, Porto, Portugal; Research Centre in Physical Activity, Health and Leisure. Faculty of Sport - University of Porto and Laboratory for Integrative and Translational Research in Population Health, Porto, Portugal | paulaclara@ess.ipp.pt
ORCID ID: 0000-0003-3548-700X

Laura da Conceição Mendes de Brito

Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca | britolaura@hotmail.com / laurabritoscmpb.pt
ORCID ID: 0000-0002-5564-5231

Olga Fernandes Franco Rodrigues

Centro Paroquial e Social de Guilhadeses – Arcos de Valdevez | olgaffrodrigues1981@gmail.com
ORCID ID: 0009-0002-3942-1796

Maria da Graça Netto Lima da Silva Pereira Ferro

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE | graca.ferro@ulsam.min-saude.pt
ORCID ID: 0000-0002-0083-2371

Nádia Verónica Sampaio Andrade

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE | nadia.andrade@ulsam.min-saude.pt

ORCID ID 0009-0003-7686-0496

Pedro Maciel Barbosa

School of Health, Polytechnic of Porto, Porto, Portugal; Center for Research in Rehabilitation, School of Health, Polytechnic of Porto, Porto, Portugal | p.macielsbarbosa@gmail.com

ORCID ID 0000-0003-4189-674X

Cláudia Telles de Freitas

Serviço Nacional de Saúde, Portugal; Universidade Católica Portuguesa - Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde | claudiatellesfreitas.partners@gmail.com | ctfreitas@ufp.edu.pt

ORCID ID 0000-0003-4497-3640

Rui Pedro Teixeira Ferreira da Silva

Câmara Municipal de Vila Nova de Cerveira

RTeixeira@cm-vncerveira.pt

Resumo

O projeto “Alto Minho + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável” trata-se de uma iniciativa conjunta entre entidades públicas e de solidariedade social do Alto Minho e conta com o envolvimento ativo da comunidade. Através de uma abordagem colaborativa e participativa, pretende criar um ambiente favorável à promoção da saúde e bem-estar da população idosa, contribuindo assim para uma sociedade mais inclusiva e coesa.

Pretende avaliar o Empoderamento comunitário e a Gestão comunitária como estratégias para garantir a participação ativa dos idosos e colaboração das instituições. O Modelo de Avaliação e Intervenção em Enfermagem Comunitária (MAIEC[®]) é utilizado para entender as necessidades de saúde das comunidades, incluindo análise das populações, recursos locais, condições ambientais e sociais que afetam a saúde comunitária. Através de grupos focais com líderes/membros da comunidade foi avaliado o Empoderamento comunitário e com a aplicação de um questionário foi efetuado o diagnóstico da Gestão comunitária.

Em termos de diagnóstico da Gestão comunitária para a promoção do envelhecimento

ativo e saudável das pessoas idosas residentes em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, verifica-se que a Liderança comunitária – subdimensão “Conhecimentos”, Participação comunitária e Processo comunitário se encontram comprometidos. Quanto ao nível do Empoderamento comunitário, constata-se seis domínios com score inferior a 2, comum a mais do que uma comunidade.

No Empoderamento comunitário, existem domínios suscetíveis de serem melhorados e a Gestão comunitária está comprometida. Torna necessário a implementação de um programa de intervenção multidisciplinar focado na promoção do envelhecimento ativo e saudável, considerando as comunidades como unidade de cuidados.

Palavras-chave: envelhecimento ativo e saudável; idosos; empoderamento e gestão comunitária; equipa multidisciplinar; modelo de avaliação e intervenção em enfermagem comunitária.

Introdução

Dada a relevância do envelhecimento demográfico atual e a projeção de um contínuo aumento da prevalência de pessoas idosas nos próximos anos, torna-se fundamental implementar medidas de prevenção da ocorrência de quedas e de lesões, com a inevitável hospitalização, perda da capacidade funcional, institucionalização e risco de morte, e respetivas consequências a nível pessoal, familiar, social e económico (Baptista *et al.*, 2019; WHO, 2020).

Um de entre vários fatores que contribuem para a ocorrências de quedas e de lesões nos idosos é a sarcopenia. O termo sarcopenia surge pela primeira vez em 1988, porém uma definição internacional ainda não é consensual. Em concordância com a definição de sarcopenia do *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP), atualmente esta não compreende somente a diminuição de massa muscular, incluindo na sua definição a perda de força muscular e a diminuição do desempenho funcional (Abellan van Kan, 2009). É, atualmente, definida como uma desordem progressiva e generalizada do músculo-esquelético que está associada a uma maior probabilidade de complicações de saúde, incluindo quedas, fraturas, incapacidade física e mortalidade. Atualmente, para além do envelhecimento, três fatores foram reconhecidos como potenciais causas da sarcopenia: (a) doenças sistémicas, especialmente aquelas que

aumentam os processos inflamatórios; (b) inatividade física; e (c) ingestão inadequada de energia ou proteína. Assim, tendo em conta os seus fatores causais, a sarcopenia é atualmente classificada como: (a) primária, relacionada apenas com a idade; e (b) secundária, quando há ocorrência de fatores de causalidade que não o envelhecimento, tais como doenças crónicas (Cruz-Jentoft *et al.*, 2019). Esta desordem, anteriormente entendida como uma condição inerente à idade, apresenta causas diferentes e afeta muitos indivíduos independentemente da idade. A sarcopenia é atualmente reconhecida como uma condição patológica e foi incluída na classificação internacional de doenças (OMS, 1994). A prevalência da sarcopenia aumenta com a idade, o que traduz graves perdas para a saúde das pessoas idosas, influenciando a sua qualidade de vida. Alguns estudos referem que associado à sarcopenia existe também um aumento da prevalência de doenças crónicas, tais como dislipidémia, hipertensão, insulinoresistência e diabetes *mellitus* do tipo 2 (Karakelides & Nair, 2005). Outros estudos demonstraram que determinados valores do quociente da massa muscular esquelética estavam associados com perturbações do desequilíbrio, incapacidade na realização das atividades de vida diária (AVD) e quedas durante o ano anterior (Baumgartner *et al.*, 1998).

Tonga, *et al.* (2020) verificaram que a morbilidade psicológica é um fator de risco para a fragilidade e comprometimento cognitivo e, por sua vez, menor pontuação no *Mini Mental State Examination* (MMSE) está associada a maior fragilidade, comorbilidade e dependência nas AVD (Alencar *et al.*, 2013), acelerando o processo para um quadro demencial. Isto sugere que um mecanismo subjacente à ligação entre a fragilidade e a cognição pode envolver fatores psicológicos, tais como distúrbios de humor (Hammami *et al.*, 2020), e estes, por sua vez, têm repercussões na qualidade de vida e diminuem a autonomia na realização das AVD (Rosenberg *et al.*, 2019).

A dor crónica moderada a intensa é um sintoma comum entre as pessoas idosas, qualquer que seja o contexto, no domicílio, em internamento ou institucionalizado, e pode ter um forte impacto na sua qualidade de vida. Afeta cerca de 50% dos idosos que vivem na comunidade e atinge cerca de 83% daqueles que estão institucionalizados em lares (DGS, 2010). Estima-se que 45 a 80% dos idosos institucionalizados tem dor substancial subtratada (Ickowicz *et al.*, 2002). A dor musculoesquelética está associada à diminuição da qualidade de vida e a limitações nas atividades de vida diária e na

mobilidade (Sodhi *et al.*, 2020). Está associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, aumento do risco de polimedicação e de interações medicamentosas, constituindo um grave problema de saúde pública (Ickowicz *et al.*, 2002). Verifica-se que a frequência da dor e da fragilidade aumenta com a idade e, muitas vezes, coexistem. Por isso, e pelo facto de a dor também ser fator de risco para quedas, limitação funcional e morte, a dor persistente tem sido considerada causa, consequência ou mesmo manifestação adicional de fragilidade. Vários estudos recentes têm apoiado a existência da associação entre dor e risco de fragilidade (Sodhi *et al.*, 2020; Chiou *et al.*, 2018; Chen *et al.*, 2019; Guerriero & Reid, 2020; Lin *et al.*, 2020). Muitos estudos têm vindo, também, a associar dor crónica e depressão, assim como depressão e síndrome de fragilidade (Chiou *et al.*, 2018; Mezuk *et al.*, 2012).

As quedas são o acidente doméstico mais frequente nas pessoas idosas e a principal causa de morte acidental na população dos maiores de 65 anos. Em Portugal, entre 2000 e 2013, em cada 100 internamentos em indivíduos com mais de 65 anos, três tiveram como causa uma queda, sendo que, em média, cada um destes internamentos teve a duração de 13 dias. De referir, ainda, que a cada 100 internamentos devido a quedas, seis têm como desfecho a morte ainda no hospital. Estudos mostraram uma taxa de incidência de quedas nos idosos de cerca de 12% (DGS, 2017; Preto, 2017).

Para reverter esta tendência implica potenciar os fatores promotores de um envelhecimento ativo, no que diz respeito à alimentação saudável, à prática do exercício físico, à gestão medicamentosa, à estimulação cognitiva, à gestão da dor e ao aumento do nível da literacia em saúde.

Com base no problema e proposta apresentados, realçamos a relevância na implementação de um projeto de intervenção comunitária multidisciplinar sustentável, o que pressupõe o estabelecimento de parcerias e o envolvimento da comunidade na resolução dos problemas/necessidades identificadas.

O projeto “*Alto Minho + Inclusivo para um envelhecimento ativo e saudável*” trata-se de uma iniciativa conjunta entre entidades públicas e de solidariedade social do Alto Minho e conta com o envolvimento ativo da comunidade. Através de uma abordagem colaborativa e participativa, pretende criar um ambiente favorável à promoção da saúde

e do bem-estar da população idosa, contribuindo assim para uma sociedade mais inclusiva e coesa. Os objetivos do nosso estudo, no que se refere às comunidades como clientes, foram:

- Identificar o nível de *Empoderamento comunitário* das comunidades envolvidas na promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia;
- Identificar o diagnóstico de enfermagem no foco *Gestão comunitária*, usando como referencial o MAIEC[®], destas comunidades para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia.

No que se refere às pessoas idosas, ainda que não seja a parte do estudo explorada neste artigo, tivemos como objetivos: avaliar a presença de fragilidade; avaliar o risco de sarcopenia; avaliar o risco nutricional; avaliar *Status Mental e Cognitivo*; avaliar o risco de queda e a funcionalidade; avaliar os conhecimentos das pessoas idosas relacionados com a prevenção de quedas, estado nutricional, bem-estar físico e mental e dor; avaliar Ansiedade e Depressão; avaliar a Dor; e avaliar a qualidade de vida nas pessoas idosas. Neste artigo apresentamos os resultados relacionados com a abordagem das comunidades como unidade de cuidados.

Métodos

Para fazer a abordagem das comunidades como clientes, utilizamos o *Protocolo MAIEC[®]* que se desenvolve em quatro fases: a avaliação do nível de *Empoderamento comunitário*, o diagnóstico da *Gestão comunitária*, as intervenções que respondem aos diagnósticos e a avaliação de ganhos em saúde. A realização do diagnóstico da *Gestão comunitária* das comunidades alvo deste estudo, para a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia, tem como referencial a matriz de decisão clínica do MAIEC[®] (que prescreve a atividade de diagnóstico e as intervenções a realizar de acordo com os diagnósticos, utilizando termos da *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE[®]*).

Como populações-alvo, selecionámos as comunidades que correspondem às instituições de cada um dos concelhos abrangidos na implementação do projeto, cujos critérios de inclusão foram: serem instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas nas comunidades e aceitarem participar no nosso estudo.

Para a avaliação do nível de *Empoderamento comunitário* foram organizados grupos

focais com os líderes e membros da comunidade onde foi aplicada a *Escala de Avaliação do Empoderamento comunitário* (EAvEC) (Melo *et al.*, 2020).

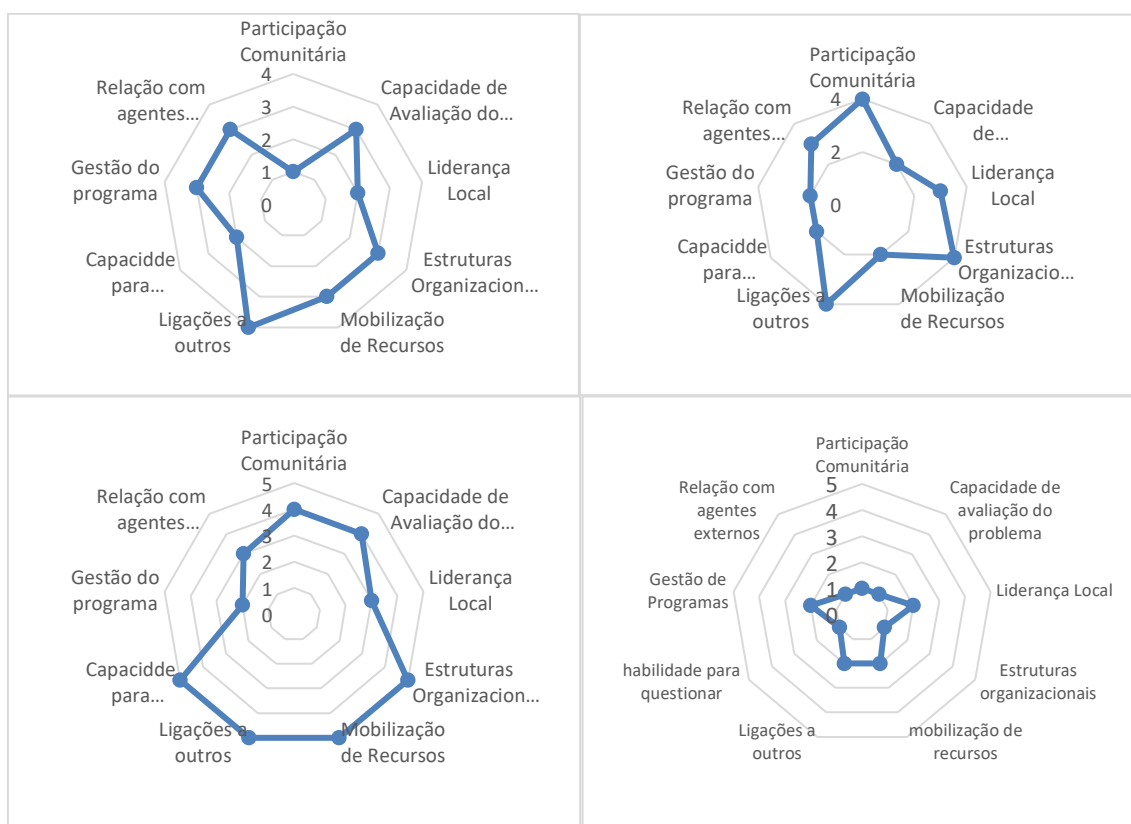
Para a realização do diagnóstico do estado da *Gestão comunitária* das comunidades para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia foi aplicado o questionário MAIEC[®] (Melo, 2020) aos líderes e a todos os membros destas comunidades com a colaboração das Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária das UCC, dos concelhos de cada instituição alvo deste projeto. As fases seguintes decorrem desta primeira, com o estabelecimento do diagnóstico, da intervenção e avaliação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária, nas comunidades após a intervenção.

Resultados

Participaram no nosso estudo quatro Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) dos quatro concelhos abrangidos pelo estudo. Relativamente à caracterização sociodemográfica, verificamos que as comunidades são constituídas pelos colaboradores das instituições, integrados em equipas multidisciplinares. A amostra é constituída por 49 colaboradores das quatro comunidades ERPI na avaliação do *Empoderamento comunitário* e por 50 colaboradores na avaliação da *Gestão comunitária*. Numa fase inicial, foi avaliado o *Empoderamento comunitário* das comunidades envolvidas na promoção do envelhecimento ativo e saudável e a prevenção da sarcopenia. Os resultados são apresentados através de gráficos radar para cada uma das instituições, conforme as recomendações do autor (Melo, 2020):

Figura 1

Nível de Empoderamento Comunitário para cada uma das quatro comunidades ERPI do Alto Minho



Da análise dos resultados obtidos permitiu-nos identificar que à exceção de uma comunidade que apresenta *score* inferior a 2 em todos os domínios do nível de *Empoderamento comunitário*, as restantes três comunidades têm *score* entre 3 a 5 em mais de metade dos domínios.

Assim, *na comunidade 1*, dois terços (67%) dos domínios apresenta um *score* entre 3 e 4. Destacamos os domínios “*Ligações a outros*” com o maior *score* de 4 e “*Participação comunitária*” com o menor *score* de 1. Os domínios “*Liderança local*” e “*Capacidade para questionar o porquê*” obtiveram um *score* de 2.

Na *comunidade 2*, 55,6% dos domínios apresentam um *score* superior ou igual a 3, dos quais se destacam os domínios “*Participação comunitária*”, “*Estruturas organizacionais*” e “*Ligações a outros*” que possuem o *score* de 4. Os restantes domínios apresentam *score* igual a 2.

E, *na comunidade 3*, à exceção do domínio “*Gestão do programa*” que apresenta *score*

2, os restantes (89%) domínios apresentam *score* entre 3 a 5.

Como referido, na *comunidade 4* todos os domínios apresentam um *score* inferior ou igual a 2.

O nível de *Empoderamento comunitário* com *score* inferior a 2, comum a mais do que uma comunidade, constata-se em seis domínios, que apresentamos com as respetivas sentenças sugeridas pelo autor (Melo, 2020, p. 150-151) (Figura 1):

Em 3 comunidades:

- *Capacidade para “questionar porquê”* (2): “São desenvolvidas discussões em pequenos grupos para questionar sobre os assuntos da IPSS e para desafiar o conhecimento adquirido.”, ou num nível mais baixo (1), “Não são realizadas discussões em grupo para questionar os assuntos da IPSS.”
- *Gestão do programa* (2): “A gestão do programa é realizada pelo agente em discussão com a IPSS.”

Em 2 comunidades:

- *Liderança local* (2): “Existem líderes para os setores de atividade da IPSS. Alguns setores de atividade da IPSS não funcionam sob a liderança dos seus líderes.”
- *Capacidade de avaliação do problema* (2): “A IPSS apresenta baixa competência e consciencialização para levar a cabo uma avaliação.” Ou a um nível mais baixo (1): “A IPSS não realiza qualquer avaliação de problema.”
- *Mobilização de recursos* (2): “Apenas os mais ricos e/ou influentes mobilizam os recursos criados pela IPSS. Os membros da IPSS são recrutados para providenciar recursos.”
- *Participação comunitária* (1): “Nem todos os membros e grupos da IPSS estão a participar nas atividades e reuniões da IPSS.”

De referir que o domínio mais bem qualificado, com um *score* entre quatro e cinco nestas três comunidades, foi “*Ligações a outros*” que pressupõe “*Ligações interdependentes*, definidas e envolvidas no desenvolvimento da IPSS, baseado no respeito mútuo” ou num nível superior que “As ligações geram recursos, financiamento e recrutamento de novos membros. As decisões resultam em melhorias para a IPSS.”.

Apresentamos agora os resultados relacionados com o diagnóstico no foco *Gestão Comunitário* e as suas três dimensões: *Liderança comunitária*, *Participação comunitária* e *Processo comunitário*, resultado da aplicação do questionário MAIEC®, organizados na

figura 2:

Figura 2

Diagnóstico da Gestão comunitária para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem na comunidade ERPI.

GESTÃO COMUNITÁRIA		
COMPROMETIDA ☒ NÃO COMPROMETIDA ☐		
DIMENSÃO DIAGNÓSTICA:		
LIDERANÇA COMUNITÁRIA	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	PROCESSO COMUNITÁRIO
COMPROMETIDA ☒	Comprometida ☒	Comprometido ☒
NÃO COMPROMETIDA ☐	Não comprometida ☐	Não comprometido ☐
SUB-DIMENSÕES DE DIAGNÓSTICO:		
CONHECIMENTOS	PARCERIAS	COPING COMUNITÁRIO
DEMONSTRADO ☐	Demonstrado ☐	Demonstrado ☐
NÃO DEMONSTRADO ☒	Não demonstrado ☒	Não demonstrado ☒
CRENÇAS	ESTRUTURAS ORGANIZATIVAS	
DEMONSTRADO ☒	Demonstrado ☐	
NÃO DEMONSTRADO ☐	Não demonstrado ☒	
VOLIÇÃO	COMUNICAÇÃO	
DEMONSTRADO ☒	Demonstrado ☐	
NÃO DEMONSTRADO ☐	Não demonstrado ☒	

Em termos de diagnóstico da *Gestão comunitária* para a promoção do envelhecimento ativo e saudável no que concerne à prevenção de complicações, como a fragilidade das pessoas idosas que residem em ERPI, verifica-se que se encontra comprometida, considerando o comprometimento das dimensões *Liderança comunitária* (subdimensão “*Conhecimentos*”), *Participação comunitária* e *Processo comunitário*.

Relativamente à dimensão diagnóstica *Liderança comunitária*, os colaboradores acreditam na importância do projeto, do envolvimento individual e têm vontade em participar no projeto, pelo que se considerou que as subdimensões “*Crenças*” e “*Volição*” não se encontram comprometidas, a subdimensão “*Conhecimentos*” está não demonstrada, uma vez que existem colaboradores que não conhecem os fatores que podem contribuir para o aumento da fragilidade e da sua prevalência nas pessoas idosas institucionalizada.

Na dimensão diagnóstica *Participação comunitária*, as três subdimensões: “*Parcerias*”, “*Estruturas organizativas*” e “*Comunicação*” surgem como comprometidas. Os

colaboradores consideram que não existem evidências destas três subdimensões no que diz respeito à promoção do envelhecimento ativo e saudável, nomeadamente, à prevenção de complicações, como a fragilidade nas pessoas idosas residentes em ERPI. Na dimensão diagnóstica *Processo comunitário*, que também se encontra comprometida, é avaliada a subdimensão “*Coping comunitário*”, que está associado à capacidade da comunidade em mobilizar os recursos e responder aos seus problemas, que neste caso se revelou não demonstrado, pela in experiência das comunidades com projetos relacionados com a temática em estudo.

Discussão

Perante a carência de estudos em contexto de ERPI e a natureza das comunidades estudadas com resultados publicados, alicerçados no *modelo conceptual MAIEC®*, como é o caso de escolas, empresas, hospitais e ACeS, não nos permitem realizar comparações no que concerne a avaliação do nível de *Empoderamento comunitário* e avaliação diagnóstica da *Gestão comunitária*, no contexto do presente estudo.

Ao referir que uma comunidade apresenta *score* inferior a 2 em todos os domínios do nível de *Empoderamento comunitário* e nas restantes é comum a mais do que uma comunidade em seis domínios, isto significa que existem domínios suscetíveis de serem intervencionados e melhorados, como é o caso da Capacidade para “*questionar porquê*”, da *Gestão do programa*, da *Mobilização de recursos*, da *Participação comunitária*, da *Capacidade de avaliação do problema* e da *Liderança local*.

A *Gestão comunitária* direcionada para a promoção do envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem em ERPI está comprometida.

Dado existirem colaboradores que não conhecem os fatores que podem contribuir para o aumento da fragilidade e da sua prevalência nas pessoas idosas institucionalizada, leva-nos a tomar consciência da necessidade acrescida de trabalhar a *motivação* para a *participação* no projeto e de investir na formação para colmatar o défice de conhecimento dos colaboradores, sobre os aspetos basilares da promoção do envelhecimento ativo e saudável e da prevenção de complicações como a fragilidade, *declínio cognitivo* e *risco de queda* nas pessoas idosas residentes em ERPI.

Apesar dos colaboradores considerarem que as IPSS têm experiência no desenvolvimento de projetos relacionados com a promoção do envelhecimento ativo e

saudável, a prevenção da fragilidade, o declínio cognitivo e das quedas nas pessoas idosas, verificou-se que a maioria não sabia se o risco de queda era avaliado na sua instituição, com algum instrumento de avaliação específico e não identificaram os aspetos na comunidade que envolve a IPSS, que possam promover o envelhecimento ativo e saudável.

Por fim, relativamente às dificuldades que possam comprometer o trabalho em parceria entre a IPSS e outras instituições na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na prevenção da fragilidade, no *declínio cognitivo* e *quedas* nas pessoas idosas, apenas alguns colaboradores identificaram alguns aspetos.

Este estudo veio mostrar que urge continuar a intervir no sentido de divulgar as parcerias existentes, promover a criação de novas estruturas organizativas envolvendo os colaboradores ou os seus representantes e otimizar os recursos de comunicação existentes entre os membros da comunidade.

Estes resultados também sugerem a necessidade de continuar a intervir a partir de reuniões com os membros e líderes das comunidades para identificar experiências anteriores e recursos, levando à consciencialização da comunidade para as suas estratégias de *coping* comunitário, conforme sugerido por Melo (2020).

O modelo conceptual MAIEC[®] (Melo, 2020) continuará a ser decisivo para a melhoria do *Empoderamento comunitário* e da *Gestão comunitária* para a promoção do envelhecimento ativo e prevenção da sarcopenia nas pessoas idosas residentes em ERPI alvo do estudo, com a intervenção do Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na mesma, pois será possível demonstrar ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Comunitária com as comunidades, com as pessoas idosas residentes e com a participação ativa de todos os parceiros na tomada de decisão para criar e impulsionar o desenvolvimento de um programa de intervenção comunitária multidisciplinar, envolvendo Enfermeiro, Fisioterapeuta, Psicóloga, Nutricionista e Médico, para a promoção de um envelhecimento ativo, com a diminuição da síndrome da fragilidade, do risco de quedas e melhoria da qualidade de vida.

Conclusão

Em relação ao *Empoderamento comunitário*, os domínios suscetíveis de serem

melhorados, como é o caso da Capacidade para “questionar porquê”, da *Gestão do programa*, da *Mobilização de recursos*, da *Participação comunitária*, da *Capacidade de avaliação do problema* e da *Liderança local*.

A *Gestão comunitária* está comprometida pelo comprometimento nas suas três dimensões: a *Liderança comunitária*, a *Participação comunitária* e *Processo comunitário*. Estes resultados permitiram-nos reforçar que existe a necessidade da implementação de um programa de intervenção comunitária multidisciplinar focado na promoção de um envelhecimento ativo e saudável das pessoas idosas que residem em ERPI, onde a abordagem da *Gestão comunitária* e do *Empoderamento comunitário* emergem como essenciais, considerando, de forma inovadora, as comunidades ERPI como unidades de cuidados.

Referências bibliográficas

- Abellan van Kan, G. (2009). Epidemiology and consequences of sarcopenia. *JNHA-The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13, 708-712.
<https://doi.org/10.1007/s12603-009-0201-z>
- Alencar, M. A., Dias, J. M. D., Figueiredo, L. C., & Dias, R. C. (2013). Fragilidade e alteração cognitiva em idosos comunitários. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71, 362-367.
<https://doi.org/10.1590/0004-282X20130039>
- Baptista, F. L. D., Zymbal, V., & Carnide, F. (2019). Prevenção da sarcopenia, fragilidade e de quedas. Faculdade da Motricidade Humana.
- Baumgartner, R. N., Koehler, K. M., Gallagher, D., Romero, L., Heymsfield, S. B., Ross, R. R., ... & Lindeman, R. D. (1998). Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *American journal of epidemiology*, 147(8), 755-763.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009520>
- Chen, C., Winterstein, A. G., Fillingim, R. B., & Wei, Y. J. (2019). Body weight, frailty, and chronic pain in older adults: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 19(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12877-019-1149-4>
- Chiou, J. H., Liu, L. K., Lee, W. J., Peng, L. N., & Chen, L. K. (2018). What factors mediate the inter-relationship between frailty and pain in cognitively and functionally sound older adults? A prospective longitudinal ageing cohort study in Taiwan. *BMJ open*, 8(2), e018716. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018716>

- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., ... & Zamboni, M. (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, 48(1), 16-31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz046>
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde [DGS] (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Orientação n.º 15, de 14/12. Lisboa: DGS.
- Guerriero, F., & Reid, M. C. (2020). Linking persistent pain and frailty in older adults. *Pain Medicine*, 21(1), 61-66. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz174>
- Hammami, S., Zarrouk, A., Piron, C., Almas, I., Sakly, N., & Latteur, V. (2020). Prevalence and factors associated with frailty in hospitalized older patients. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01545-4>
- Ickowicz, E., Ferrell, B., Casarett, D., Epplin, J., Fine, P., Gloth, M., Herr, K., Katz, P., Keefe, F., Koo, P. J. S., O'Grady, M., Szwabo, P., Vallerand, A. H., & Weiner, D. (2002). The management of persistent pain in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6 SUPPL.), S205-S224. PMID: 12067390 DOI: 10.1046/j.1532-5415.50.6s.1.x
- Karakelides, H., & Nair, K. S. (2005). Sarcopenia of aging and its metabolic impact. *Current topics in developmental biology*, 68, 123-148. [https://doi.org/10.1016/S0070-2153\(05\)68005-2](https://doi.org/10.1016/S0070-2153(05)68005-2)
- Lin, T., Zhao, Y., Xia, X., Ge, N., & Yue, J. (2020). Association between frailty and chronic pain among older adults: a systematic review and meta-analysis. *European Geriatric Medicine*, 11, 945-959. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00382-3>
- Melo, P. (2020). Enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública. Lidel.
- Melo, P., Teixeira, M. A., Fernandes, C., Ferreira, L., Santos, S., Sousa, M. I. C. D.,... & Dimande, M. M. (2020). Tradução para português e validação cultural da Empowerment Assessment Rating Scale. *Revista ROL de enfermagem*, 1(43), 441-446.
- Mezuk, B., Edwards, L., Lohman, M., Choi, M., & Lapane, K. (2012). Depression and frailty in later life: a synthetic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(9), 879-892. <https://doi.org/10.1002/gps.2807>

- Organização Mundial da Saúde [OMS] (1994). CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. Edusp.
- Preto, I. C. (2017). Quedas em idosos: investigar para conhecer para intervir (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança (Portugal)).
- Rosenberg, T., Montgomery, P., Hay, V., & Lattimer, R. (2019). Using frailty and quality of life measures in clinical care of the elderly in Canada to predict death, nursing home transfer and hospitalisation-the frailty and ageing cohort study. *BMJ open*, 9(11), e032712. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032712>
- Sodhi, J., Karmarkar, A., Raji, M., Markides, K. S., Ottenbacher, K. J., & Al Snih, S. (2020). Pain as a predictor of frailty over time among older Mexican Americans. *Pain*, 161(1), 109. [10.1097/j.pain.0000000000001711](https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001711)
- Tonga, J. B., Eilertsen, D. E., Solem, I. K. L., Arnevik, E. A., Korsnes, M. S., & Ulstein, I. D. (2020). Effect of self-efficacy on quality of life in people with mild cognitive impairment and mild dementia: the mediating roles of depression and anxiety. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 35, 1533317519885264. <https://doi.org/10.1177/1533317519885264>
- WHO - World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: baseline report.

Agradecimentos

Agradecemos aos dirigentes e colaboradores das comunidades Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária das Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), dos concelhos de cada instituição alvo.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Análise da eficácia de um programa de fisioterapia preventiva em idosos que vivem na comunidade de Secretário, Rio de Janeiro

Título resumido do manuscrito: Programa de fisioterapia preventiva em idosos

Carla Gabriele dos Santos Maciel de Souza

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | carlamacielfisio@hotmail.com

ORCID: 0009-0004-3461-1456

Luísa Maria de Jesus Amaral

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | lamaral@ufp.edu.pt

ORCID: 0000-0001-9388-0059

Mariana Cervaens

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | cervaens@ufp.edu.pt

ORCID: 0000-0003-2738-1571

Resumo

Este estudo pretendeu analisar a eficácia da realização de um programa de fisioterapia na aptidão física, medo de quedas e qualidade de vida (QV) de idosos que vivem na comunidade de Secretário, Rio de Janeiro. Trata-se de um estudo quasi-experimental com uma amostra de 23 idosos de ambos os sexos, com uma média de idades de 70,96 anos, registados no Programa de Saúde da Família do bairro de Secretário, Rio de Janeiro. As atividades foram realizadas duas vezes por semana com duração de 60 minutos, durante 6 meses. Foram aplicados questionários de anamnese, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) e Falls Efficacy Scale-International (FES). Para o equilíbrio utilizou-se a Escala de Equilíbrio BERG, Timed Up and Go (TUG), Five Step Test e, por último, Teste de Caminhada (TC) 10m. A intervenção consistiu numa fase de aquecimento, exercícios de mobilidade ativa dos membros superiores e inferiores, exercícios de equilíbrio e dupla tarefa. Em todas as variáveis

estudadas houve melhorias significativas após a intervenção. Quanto aos testes físicos, o TC, TUG e Step Test tiveram uma correlação positiva entre si e negativa com a Berg. O TC, TUG, Step test, escala FES e Berg apresentaram uma correlação com alguns domínios da escala de QV, SF-36. Mesmo considerando as limitações do presente estudo, o programa de fisioterapia implementado parece proporcionar benefícios em todos os parâmetros analisados, ou seja, na aptidão física, medo de quedas e QV. Contudo, estes resultados deverão ser analisados com precaução pelo facto de não ter havido um grupo de controlo.

Palavras-chave: fisioterapia; prevenção; exercício terapêutico; idoso.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial. Estudos demonstram que, em 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de idosos. O processo de envelhecimento provoca uma perda funcional e estrutural progressiva no organismo, destacando a perda de massa e força muscular provenientes do processo de sarcopenia, perda de massa óssea, da produção hormonal e lentidão no tempo de reação. Tais fatores levam ao comprometimento do controlo postural, da capacidade funcional e do padrão da marcha do idoso (Sherrington *et al.*, 2008).

A queda é o tipo de acidente mais frequente no idoso e classificada como a terceira principal causa de morte nos maiores de 65 anos. No Brasil, cerca de 29% dos idosos caem, no mínimo, uma vez por ano e 13% deles de forma recorrente (Perracini & Ramos, 2002), sendo que as quedas lideram o número de internamento hospitalar, representando 56,1% desse total (Gawryszewski, Jorge & Koizumi, 2004).

A Fisioterapia é um importante componente para o sucesso do envelhecimento, e a escolha da modalidade dos exercícios deve valorizar, acima de tudo, as preferências pessoais e as possibilidades/capacidades do idoso. O lazer e a socialização devem integrar um programa bem-sucedido, e, para que isso ocorra, as atividades devem ser, sempre que possível, realizadas em grupo e variadas (Chang, Huang e Jung, 2011). O fisioterapeuta intervém também de forma efetiva na prevenção e na promoção da saúde do idoso, visando a preservação das suas funções, o adiamento da instalação de incapacidades e, de um modo geral, promovendo uma vida mais saudável e com melhor

qualidade. O potencial das capacidades físicas, tais como força, flexibilidade, potência aeróbia, equilíbrio, entre outras, proporciona uma melhoria significativa nas atividades da vida diária, reduzindo a fadiga a pequenos esforços, minimizando o risco de quedas e acidentes, e, deste modo, favorece um envelhecimento saudável (De Matos et al., 2018).

O presente estudo tem como objetivo principal analisar a aptidão física, o medo de quedas e a qualidade de vida de idosos que vivem na comunidade de Secretário, Rio de Janeiro, antes e após a participação de um programa de fisioterapia preventiva.

Métodos

Estudo quasi-experimental realizado no Município de Petrópolis, bairro Secretário, área rural pertencente ao estado do Rio de Janeiro. As atividades foram realizadas ao ar livre na Praça José Lima.

População e Amostra

Os critérios de inclusão utilizados foram idade igual ou maior que 60 anos, capacidade cognitiva preservada, sedentários, ou seja, não praticantes de atividade física, com capacidade de realizar atividades de forma independente e residir na comunidade e estar registrado no PSF-Secretário. Foram excluídos os candidatos que utilizassem algum tipo de auxiliar de marcha como bengalas, canadianas, muletas ou andarilhos. Indivíduos hipertensos e diabéticos que não estivessem controlados. Idosos com déficit visual, auditivo e/ou neurológicos que os impedisse de responder os questionários e realizar as tarefas propostas.

A amostra por conveniência do estudo foi composta por 33 idosos, sendo 25 do sexo feminino e 7 do sexo masculino inscritos no Programa de Saúde da Família (PSF). Entre as participantes do sexo feminino, a idade mínima observada foi de 66 anos e a idade máxima 79 anos. Já nos participantes do sexo masculino, a idade mínima e máxima encontrada foi de 66 e 86 anos, respectivamente.

Dos 33 participantes, 2 foram excluídos por não cumprirem os critérios de seleção e 8 por não terem concluído o programa por motivo de doença ou falecimento.

Aspetos Éticos da Pesquisa

A primeira etapa da recolha de dados foi o contato com o médico responsável pela unidade de saúde, ao mesmo foram expostos os principais aspetos da pesquisa como público-alvo, instrumentos de avaliação, tipo de intervenção, tempo de duração, objetivos e possíveis intercorrências, e nesse caso a necessidade da sua atuação na prestação dos primeiros socorros.

Na segunda etapa, foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Petrópolis a autorização para a realização do estudo. Neste procedimento foi anexado o projeto de pesquisa, assim como o termo de concordância do médico do PSF.

Após a obtenção da aprovação da Plataforma Brasil através do Parece Consubstanciado 4.775.992, a secretaria municipal de saúde e o PSF foram comunicados e o trabalho pôde, então, ser iniciado.

Na quarta etapa realizou-se uma reunião com os 9 profissionais de saúde da unidade, a fim de informar detalhadamente sobre o projeto, e ficaram responsáveis pelas inscrições dos idosos no programa. Para o recrutamento da amostra foi exibido um vídeo na sala de espera da unidade onde foram passadas as informações sobre a pesquisa.

Após a fase das inscrições seguiu-se para a quinta etapa que se deu através de uma reunião com os idosos, onde houve palestra informativa, sobre o programa de Fisioterapia preventiva. Os utentes interessados e que preenchessem os critérios de inclusão puderam participar, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Materiais e Instrumentos

Para a recolha de dados foram necessários 4 dias para a realização de todas as avaliações, com duração média de 90 minutos.

Primeiramente foi realizada a anamnese aos participantes e foram aplicados instrumentos de avaliação, tais como o *Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36) e a *Falls Efficacy Scale-International* (FES). Posteriormente, o idoso foi conduzido a uma sala preparada com as devidas marcações e aplicou-se a Escala de Equilíbrio BERG, o *Timed Up and Go* (TUG), *Five Step Test* e, por último, o Teste de Caminhada 10m. As avaliações foram efetuadas pela mesma ordem a todos os idosos e as questões foram realizadas de forma individual. A finalidade de cada teste, assim como

as opções de resposta, foram explicadas pelo avaliador para que o entrevistado se familiarizasse.

Procedimentos metodológicos

Foram realizadas atividades físicas duas vezes por semana, com duração de 60 minutos, durante 6 meses. Como medidas de segurança contra Covid-19 solicitou-se a utilização de máscara, aferiu-se a temperatura de todos os participantes antes das atividades e higienizou-se as mãos com álcool 70% no início e no final de cada intervenção.

Como acessórios foram utilizados, arcos e bolas de diversos tamanhos e texturas, rolos de espuma e cordas. No início de cada atividade, durante 10 minutos, colocava-se uma música instrumental e eram realizadas mobilizações articulares leves como forma de aquecimento, tais como rotação dos ombros, rotação, flexão e extensão da coluna cervical, abrir e fechar as mãos, entre outros movimentos articulares.

Seguidamente, o ritmo musical variava de lento para mais acelerado de modo a acompanhar os exercícios, e por aproximadamente 30 minutos realizavam-se atividades como exercícios ativos de membros superiores e inferiores, utilizando-se os materiais descritos anteriormente, e também eram efetuados exercícios de equilíbrio e dupla tarefa. Depois, durante 10 minutos, como atividade tridimensional, a amostra era organizada num círculo, e era selecionado um ritmo de forma aleatória, para que os idosos se movimentassem de forma livre e descontraída, de preferência movimentando braços e pernas ao mesmo tempo. E, por último, uma música relaxante instrumental era colocada, e entre 5 a 10 minutos eram dedicados ao retorno à calma, através de relaxamento, movimentos leves associados a respiração, e automassagem.

Procedimentos Estatísticos

A análise de dados e o respetivo tratamento estatístico ocorreu através da versão 27.0 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

No que diz respeito à análise descritiva de caracterização das variáveis qualitativas, como o sexo e o grau de escolaridade, esta foi realizada através de frequências relativas (%). Em contrapartida, para análise das variáveis quantitativas, recorreu-se, simultaneamente, à média e desvio-padrão.

A partir do teste da normalidade em variáveis quantitativas (teste de *Shapiro-Wilk*), foi

possível verificar que as variáveis não seguem uma distribuição normal. Desta forma, para a comparação dos resultados das amostras emparelhadas, utilizou-se o teste de *Wilcoxon*. Para estabelecer correlações entre os testes e as escalas utilizadas, recorreu-se ao coeficiente de Spearman. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

Resultados

Dos 33 utentes elegíveis para integrarem o programa de fisioterapia estabelecido, 23 idosos concluíram o estudo, sendo 78,2% do género feminino e 21,73% do masculino. Na Tabela 1 estão descritos alguns parâmetros da amostra, como idade, Índice de massa corporal (IMC), número de medicação tomada e o número de pessoas com quem viviam.

Tabela 1

Idade, índice de massa corporal (IMC), número de medicação e número de pessoas que vivem.

	Média	Desvio padrão
Idade (anos)	70,96	6,42
IMC (kg/m ²)	27,43	4,73
Nº Medicação	2	2,07
Nº de pessoas que coabitam	1,7	1,69

Em relação à faixa etária, a média de idade dos idosos foi de 70,96±6,42 anos. Analisando o IMC, a média foi de 27,43±4,74 kg/m², sendo considerada como sobrepeso. A média de medicamentos utilizados pelos participantes do estudo foi de 2±2,07 e em média viviam com 2 pessoas.

Na Tabela 2 encontra-se o historial médico, destacando as patologias que a amostra apresentava.

Tabela 2

Historial médico da amostra.

Resposta	N	%

Sem patologia	3	13
Hipertensão arterial	6	26,1
Patologia Cardíaca e Respiratória	2	8,7
Patologia Ortopédica	9	39,1
Patologia Cardíaca e Ortopédica	3	13

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

Analisando a tabela, entre as patologias reportadas, as osteoarticulares foram as mais frequentes, sendo 39,1%. E, 13% dos participantes não possuía nenhum tipo de doença. Já 26,1% dos idosos referiu hipertensão arterial como comorbilidade.

A Tabela 3 refere-se à questão efetuada na anamnese, se conseguem levantar-se do solo sem ajuda.

Tabela 3

Resultados da questão se levanta sozinho do solo.

Resposta	N	%
Sim	17	73,9
Não	6	26,1

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

Pode-se observar que, maioritariamente, 73,9% responderam positivamente, ou seja, que conseguiam levantar do solo sem ajuda.

Na Tabela 4 é possível verificar os resultados antes e depois da intervenção nos 8 domínios avaliados pelo questionário SF-36, capacidade funcional (CF), limitação por aspetos físicos (LPAF), dor, estado geral de saúde (EGS), vitalidade (V), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (ES) e saúde mental (SM).

Tabela 4

Questionário SF-36.

Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	p (Wilcoxon)

CF	80 (22,26)	89,35 (16,60)	<0.001*
LPAF	50 (39,17)	66,73 (28,58)	<0.001*
Dor	64,74 (23,23)	71,78 (21,05)	<0.001*
EGS	67,96 (25,90)	75,39 (20,63)	<0.001*
V	51,52 (25,20)	59,3 (20,13)	<0.001*
AS	79,43 (25,17)	83,04 (21,36)	0,005*
AE	70,91 (41,83)	82,52 (27,18)	0,008*
SM	63,83 (25,25)	71,26 (21,69)	<0.001*

Nota: *p<0,05; Legenda: CF= capacidade Funcional; LPAF= limitação por aspectos físicos; EGS= estado geral de saúde; V= vitalidade; AS= aspectos sociais; AE= aspectos emocionais; SM= saúde mental.

Através da tabela verificou-se que a amostra apresentou aumentos significativos em todos os domínios avaliados no questionário SF-36 quando comparados antes e depois da intervenção.

No que diz respeito aos resultados da escala FES e testes físicos de capacidade funcional, estes encontram-se na Tabela 5.

Tabela 5

Resultados Escala FES e Testes de Capacidade Funcional.

Variável	Antes Média (DP)	Depois Média (DP)	p (Wilcoxon)
FES (pontos)	24,35 (8,36)	22,83 (6,98)	0.015*
Berg (pontos)	52,04 (3,14)	53,52 (2,13)	0.001*
Five Step test (s)	17,78 (7,08)	14,83 (5,88)	<0.001*
TUG (s)	9,78 (2,47)	9,04 (2,06)	<0.001*
TC (m/s)	8,65 (2,23)	8 (1,68)	0.001*

*p<0,05; Legenda: FES = Falls Efficacy Scale; TUG = Timed Up and Go; TC = Teste de Caminhada.

Analisando a tabela 5, verificou-se que houve uma melhoria significativa em todos os parâmetros avaliados após a intervenção do protocolo.

Por fim, na tabela 6 encontra-se a correlação efetuada entre as características da amostra, as escalas e testes efetuados no início do estudo. Analisando a tabela, a idade

obteve uma correlação positiva com o Step Test e negativa com o Berg. O IMC teve uma correlação negativa com o domínio vitalidade. A medicação teve uma correlação positiva com o FES e negativa com os domínios CF, LPAF e AS. O número de pessoas com quem vivem apresentou uma correlação positiva com o domínio AS. Quanto aos testes físicos, o TC teve uma correlação positiva com o TUG e Step Test e negativa com Berg, domínios CF, LPAF e AE. O TUG apresentou uma correlação positiva com Step Test e negativa com o Berg, domínios CF e AE.

O Step test também apresentou uma correlação negativa com o Berg e os domínios CF e AE. A escala FES teve uma correlação negativa com os domínios LPAF e EGS. A escala Berg apresentou uma correlação positiva com os domínios CF e AE. Quanto aos domínios do questionário SF-36 apresentaram sempre correlação positiva entre eles, como CF com LPAF e AE; LPAF com EGS, V e AE; Dor com AS; EGS com V; V com AS, AE e SM e, por fim, AS com SM ($0,001 < p < 0,024$).

Tabela 6

Correlação entre as características da amostra, as escalas e os testes avaliados no primeiro momento.

		IMC	Medicacão	Nº pessoas coabitam	TC	TUG	Step test	FES	Berg	CF	LPAF	Dor	EGS	V	AS	AE	SM
Idade	Spearman	0.172	-0.04	-0.358	0.21	0.346	0.452	-0.176	-0.554	-0.083	0.056	0	0.264	0.006	-0.159	-0.222	0.26
	p	0.434	0.856	0.093	0.337	0.105	0.03*	0.423	0.006**	0.705	0.798	0.998	0.224	0.977	0.468	0.309	0.231
IMC	Spearman		0.215	0.186	-0.111	-0.126	-0.125	0.077	-0.08	0.166	-0.343	-0.057	-0.245	-0.475	-0.24	-0.161	-0.298
	p		0.325	0.396	0.613	0.567	0.571	0.726	0.716	0.449	0.109	0.795	0.26	0.022*	0.269	0.462	0.167
Medicação	Spearman			-0.007	0.148	-0.009	0.066	0.608	-0.37	-0.474	-0.434	-0.195	-0.273	-0.336	-0.584	-0.281	-0.379
	p			0.976	0.499	0.968	0.766	0.002**	0.082	0.022*	0.039*	0.373	0.207	0.117	0.003*	0.194	0.075
Nº pessoas coabita	Spearman				-0.294	-0.429	-0.407	-0.182	0.229	0.141	-0.119	0.337	-0.14	0.078	0.452	0.208	-0.044
	p				0.173	0.051	0.054	0.405	0.294	0.522	0.588	0.115	0.524	0.723	0.03*	0.341	0.841
TC	Spearman					0.917	0.739	0.132	-0.525	-0.653	-0.495	-0.303	-0.129	-0.142	-0.091	-0.597	-0.016
	p					<0.001*	<0.001**	0.547	0.01*	0.001**	0.016*	0.16	0.559	0.519	0.681	0.003**	0.944
TUG	Spearman						0.762	-0.007	-0.463	-0.483	-0.359	-0.271	-0.021	-0.082	-0.141	-0.504	0.122
	p						<0.001**	0.974	0.026*	0.019*	0.093	0.211	0.926	0.711	0.52	0.014*	0.58
Step test	Spearman							-0.037	-0.531	-0.483	-0.27	-0.262	0.135	0.048	-0.168	-0.472	0.234
	p							0.866	0.009**	0.02*	0.212	0.227	0.538	0.83	0.443	0.023*	0.283
FES	Spearman								-0.019	-0.425	-0.530	-0.336	-0.484	-0.232	-0.292	-0.173	-0.212
	p								0.933	0.043*	0.009**	0.117	0.019*	0.287	0.176	0.429	0.332

Berg	Spearman	0.511	0.235	0.153	-0.144	0.213	0.347	0.540	0.144
	p	0.013*	0.28	0.487	0.511	0.329	0.105	0.008**	0.513
CF	Spearman		0.590	0.242	0.399	0.368	0.135	0.504	0.169
	p		0.003**	0.266	0.06	0.084	0.54	0.014*	0.44
LPAF	Spearman			0.404	0.653	0.567	0.226	0.487	0.377
	p			0.056	0.001*	0.005*	0.299	0.018*	0.076
Dor	Spearman				0.151	0.373	0.431	0.4	0.244
	p				0.49	0.079	0.04*	0.058	0.261
EGS	Spearman					0.550	-0.128	0.212	0.27
	p					0.007*	0.562	0.332	0.213
V	Spearman						0.468	0.499	0.642
	p						0.024*	0.015*	0.001**
AS	Spearman							0.247	0.470
	p							0.255	0.024*
AE	Spearman								0.355
	p								0.096

* p<0,05; **p<0,01 Legenda: FES = Falls Efficacy Scale; TUG = Timed Up and Go; TC = Teste de Caminhada; CF= capacidade Funcional; LPAF= limitação por aspectos físicos; EGS= estado geral de saúde; V= vitalidade; AS= aspectos sociais; AE= aspectos emocionais; SM= saúde mental.

Discussão

As recomendações atuais sobre exercícios para idosos incluem uma frequência mínima de 3 a 5 dias/semana para exercícios de intensidade moderada, ou um mínimo de 3 dias/semana para intensidade moderada ou vigorosa. No entanto, considerando a alta proporção de idosos brasileiros que não praticam atividade física regular, são necessárias opções alternativas que possibilitem a preservação da saúde com menos frequência ou por meio de doses menores de exercícios (Palma *et al.*, 2016). Os resultados do presente estudo mostraram que mesmo um programa duas vezes por semana, durante 6 meses, pode promover melhorias na capacidade física, funcional, medo de quedas e qualidade de vida.

Entretanto, a prescrição dos exercícios principalmente em idosos deve apresentar alguns cuidados, quanto ao tipo, intensidade, duração e frequência, e avaliar sempre os níveis de saúde do idoso (Tribess *et al.*, 2012).

Segundo Assumpção *et al.* (2022), a perda de massa muscular e o aumento da massa gorda elevam o risco de mortalidade e produzem efeitos negativos à saúde e à qualidade de vida, como declínio da velocidade da marcha e da capacidade funcional, maior ocorrência de quedas, fragilidade e doenças crônicas não transmissíveis. O protocolo de tratamento foi realizado com base no treino de transferência e equilíbrio, fortalecimento muscular global, coordenação motora e alongamento muscular. No presente estudo verificou-se eficácia do exercício duas vezes por semana para melhorar o desempenho geral dos idosos. Esse resultado contribui de forma relevante para essa população, pois mesmo pequenas melhorias na condição física e na autonomia, como foi o medo de quedas, o ganho de equilíbrio e o aumento da velocidade da marcha, nessa faixa etária, repercutem positivamente na dificuldade de realização das atividades de vida diária, melhorando assim sua mobilidade, reduzindo o risco de quedas e para mortalidade precoce por todas as causas.

Aproximadamente 14% dos custos totais com saúde estão relacionados a medicamentos e mais de um quarto dos medicamentos são prescritos para idosos, que representam menos de 12% da população, chegando a consumir, proporcionalmente, cerca de três vezes mais medicamentos que os indivíduos mais jovens, pois um grande número deles sofre de vários problemas de saúde. Nos idosos estes medicamentos são, em sua maioria, de uso crônico, fazendo com que o uso de múltiplos medicamentos

predisponha à ocorrência de interações medicamentosas (Faber, Scheider & Soares, 2017). Os resultados do presente estudo evidenciam algumas características do perfil de idosos que corroboram com o observado na literatura, quando a média foi de 2 tipos de medicamentos por idoso avaliado, e quando comparada a outras variantes a medicação teve uma correlação positiva com o medo de quedas, e negativa com os domínios da escala de qualidade de vida CF, LPAF e AS. É importante compreender o esquema terapêutico do idoso para que se possa prestar assistência qualificada. A utilização de mais de duas medicações é explicada por Faber, Scheicher e Soares (2017) ao afirmar que a presença de uma ou mais doenças crônicas contribui para o problema da polifarmacologia nos idosos.

Para Jesus (2017), a avaliação da qualidade de vida é fundamental e deve ser considerada como parte integrante na avaliação de saúde do idoso pelo facto de abordar aspectos que passam despercebidos na avaliação clínica em serviços de saúde. Idosos que participam em programas de atividade física (caminhada, fortalecimento muscular, resistência, flexibilidade e equilíbrio) apresentam melhor qualidade de vida do que idosos que não participam dessas atividades. Em relação à qualidade de vida, medida pelo SF-36 neste estudo e seus subsequentes oito domínios, observou-se uma melhoria estatisticamente significativa em todos os domínios, como capacidade funcional, limitações por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental e, na sua maioria encontraram-se correlacionados positivamente entre si, no início do estudo, assim como o número de pessoas com quem vive com os aspetos sociais. Tal como no estudo de Gontijo e Leão (2013), que teve como objetivo investigar a eficácia de um programa de fisioterapia preventiva para idosos, os mesmos evidenciaram a melhoria significativa da qualidade de vida e equilíbrio dos idosos e reafirmaram tais evidências por meio do papel preventivo desenvolvido no âmbito da fisioterapia.

No que diz respeito ao sexo, as mulheres podem ser alvo principal já que a perda da massa óssea ocorre mais previamente do que nos homens. Estudos revelam que, o conjunto histórico de patologias ortopédicas e reumáticas corrobora com as informações dessas doenças em idosos. Como evidenciado neste estudo, as doenças ortopédicas apareceram em 39,1% dos participantes, seguido da hipertensão arterial (26,1%), sendo a amostra constituída maioritariamente por mulheres. Dessa forma, as

alterações fisiológicas ou patológicas podem resultar em diminuição da massa óssea, e assim aumentar a propensão para quedas (Siloti *et al.*, 2009).

A grande limitação deste estudo foi não ter um grupo de controlo para comparação. O número de amostragem ter sido restrito, assim como a heterogeneidade de género e comorbilidades. A falta de um follow-up, que poderia ter ajudado a compreender o prolongamento destes resultados, sendo necessários mais estudos sobre esta temática.

Conclusão

Após a implementação de um programa de fisioterapia, e apesar das limitações do estudo, os resultados evidenciam que poderá haver benefícios na qualidade de vida. De igual forma, houve uma redução significativa no medo de ocorrência de quedas durante diversas atividades, assim como melhoria da capacidade funcional, nomeadamente no equilíbrio, no subir e descer degraus, e na marcha. O número de medicação tomada pelos idosos encontrava-se diretamente relacionado com o medo de quedas, menor capacidade funcional, maior limitação física, e maior dificuldade nos aspetos sociais. Estes últimos estavam positivamente correlacionados com número de pessoas que coabitam, e com a saúde mental. Os aspetos sociais, mentais, emocionais e emocionais correlacionaram-se com a vitalidade dos idosos participantes.

Perante os resultados positivos do presente estudo, pressupõe-se que a fisioterapia poderá ter um papel importante na prevenção, promoção e educação para a saúde.

Referências Bibliográficas

- Assumpção, D. D., Borim, F. S. A., Oliveira, T. M. D., Yassuda, M. S., Neri, A. L. & Francisco, P. M. S. B. (2022). Mudanças em indicadores antropométricos e de velocidade de marcha em idosos: estudo de coorte. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 25(5). <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.210238.pt>
- Chang, M., Huang, Y. H. & Jung, H. (2011). The effectiveness of the exercise education programme on fall prevention of the community-dwelling elderly: a preliminary study. *Hong Kong journal of occupational therapy*, 21(2), 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2011.10.002>
- Matos, J. I. A., da Macena Pereira, M. R., Domingues, J. & Carr, A. M. G. (2018). Fisioterapia na promoção da qualidade de vida do idoso. *Revista Saúde-UNG-Ser*,

11(2 ESP), 57.

- Faber, L. M., Scheicher, M. E. P. & Soares, E. (2017). Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(2), 195-210. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p195-210>
- Gawryszewski, V. P., Jorge, M. H. P. D. M. & Koizumi, M. S. (2004). Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Revista da associação médica brasileira*, 50, 97-103. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100044>
- Gontijo, R. W., & Leão, M. R. de C. (2013). Effectiveness of a preventive physical therapy program for the elderly. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23(2), 173–180. <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20130028>
- Jesus, I. T. M. D., Diniz, M. A. A., Lanzotti, R. B., Orlandi, F. D. S., Pavarin, S. C. I. & Zazzetta, M. S. (2018). Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. *Texto e Contexto-Enfermagem*, 27. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004300016>
- Sherrington, C., Whitney, J. C., Lord, S. R., Herbert, R. D., Cumming, R. G. & Close, J. C. (2008). Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2234-2243. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.02014.x>
- Siloti, F. R., Santos, H. M. A., Pedro, K. dos S. M., & Borges, S. de M. (2009). Ensino e Pesquisa ASSISTIDOS POR UM PROGRAMA DE. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, 6(11), 5–12. ISSN (eletrônico): 2318-2083
- Palma, M. R., Freire, A. P. C. F., De Carvalho Rossi, M., Abegão, M. F., Vanderlei, L. C. M., & Pacagnelli, F. L. (2016). Effects of transition from supervised cardiac rehabilitation program to unsupervised in individuals with heart diseases. *Journal of Physical Education (Maringá)*, 27(1), 1–11. <https://doi.org/10.4025/jphyseduc.v27i1.2728>
- Perracini, M. R. & Ramos, L. R. (2002). Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de saúde pública*, 36, 709-716. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000700008>
- Tribess, S.; Virtuoso Júnior, J. S. & Oliveira, R. J. D.E. (2012). Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. *Revista da Associação Médica*

Brasileira, 58(3), 341–347. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300015>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Animais de estimação e qualidade de vida
em adultos mais velhos

Título resumido do manuscrito: Animais de estimação e qualidade de vida
em adultos mais velhos

Tânia Marisa Pires Gordinho

Universidade do Algarve | tgordinho@hotmail.com

Cláudia Cristina Guerreiro Luísa

Universidade do Algarve | cluisa@ualg.pt

ORCID: 0000-0002-7250-4406

Resumo

O crescente envelhecimento populacional é uma realidade observada em muitos países, especialmente na Europa. Esta alteração demográfica trouxe a necessidade de compreender e lidar com os desafios associados a essa fase do ciclo de vida, que nem sempre é acompanhada de qualidade de vida. Nas últimas décadas, a relação entre humanos e animais tem passado por transformações, o que tem contribuído para uma reconfiguração dos papéis desempenhados pelos animais de estimação na sociedade, especialmente pelos cães.

A pesquisa objetivou investigar a relação entre adultos mais velhos e cães de estimação e avaliar a influência dos mesmos na sua qualidade de vida. Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, recorrendo à técnica da entrevista semiestruturada. A amostra é composta por oito pessoas com mais de 60 anos residentes na cidade de Quarteira. Os resultados obtidos destacam a conexão especial entre idosos e os seus cães de estimação, considerados membros da família. A convivência traz benefícios como companhia, promove a atividade física e socialização. Os cães contribuem para a redução da tristeza e da depressão, aumentam a felicidade, a energia positiva, o entusiasmo, a disposição, a distração, o estímulo mental, as aprendizagens, a responsabilidade, o valor, o propósito e o sentido de vida. Também

oferecem carinho, amor, consolo e podem suprir perdas humanas, despertando uma vontade renovada de viver. Conclui-se que os cães de estimação exercem uma influência positiva na qualidade de vida dos idosos, proporcionando benefícios a nível biológico, psicológico e social.

Palavras-chave: Envelhecimento; relação humano-animal; cães de estimação; qualidade de vida.

Introdução

A atual dinâmica demográfica é marcada pelo fenómeno do envelhecimento da população, que tem ocorrido desde 1950 e se intensificado especialmente ao longo do século XXI. Em 1950, a população com 60 anos ou mais representava 8% dos habitantes do planeta, passando para 13,5%, em 2020, e estima-se que chegue a 28,2% em 2100. Nesse ano, os idosos com 65 anos ou mais vão representar 22,6% da população e os com 80 anos ou mais alcançam 8,1% da população (Alves, 2019). As projeções para Portugal apontam para um aumento do número de pessoas com 65 anos ou mais, de 2,2 para 3,0 milhões em 2080 (INE, 2020). Novas áreas de estudo têm surgido nas últimas décadas, com o objetivo de compreender e caracterizar as formas de envelhecer positivamente. A relação entre as pessoas idosas e os animais é uma dessas áreas, onde as intervenções assistidas por animais já são conhecidas pelos seus benefícios.

Historicamente, há registos de que a domesticação de animais alterou a relação e aumentou os laços afetivos entre humanos e animais. Atualmente, os animais de estimação, especialmente cães e gatos, são considerados membros da família, sendo visível o progressivo aumento de habitações onde estão inseridos. Este aumento ajuda a compreender que os animais estão a assumir um lugar de enorme importância na preservação da saúde física e mental dos indivíduos (Tatibana & Costa-Val, 2009). Em Portugal, um estudo da MultiDados, realizado entre janeiro e março de 2021, mostrou que 68% das famílias tem, no mínimo, um cão e que 62% tem pelo menos um gato (MARKETEER, 2022). Os resultados do estudo “Primeiros momentos com os animais de estimação” da Royal Canin, indicam que cerca de 7 em cada 10 portugueses (68,7%) consideram o seu animal de estimação como membros essenciais da família (Veterinária Atual, 2021). A Associação Americana de Medicina Veterinária (AVMA) define a ligação

humano-animal como dinâmica e benéfica para ambas as espécies, influenciada por interações físicas, psicológicas e emocionais essenciais para o bem-estar e saúde das mesmas (Faraco, 2008).

A investigação científica sobre a relação humano-animal tem vindo a desenvolver-se e é possível encontrar estudos que a evidenciam, alguns dos quais estão presentes neste artigo. Gazzana e Schmidt (2015) investigaram o vínculo afetivo entre humanos e animais de estimação no ambiente familiar, assim como a importância dessa relação segundo as percepções dos participantes. Os resultados indicaram que a maioria dos participantes considerava o seu animal de estimação como um membro da família. Os animais oferecem amor e companhia sem as exigências dos humanos, aceitam sem julgamentos e despertam características como o instinto e a lealdade. Observou-se que os animais ganham cada vez mais relevância na relação familiar, reforçando a ideia da família multi espécie (Gazzana & Schmidt, 2015).

De acordo com Walsh (2009), são os idosos que mais valorizam os animais de companhia pelo bem-estar que proporcionam. Stanley et al. (2014) estudaram a associação entre a posse de um animal de estimação e a solidão, em pessoas com 60 anos ou mais que procuram o seu médico de família. Concluíram que os animais de estimação atenuam o sentimento de solidão em pessoas que residem sozinhas e podem funcionar como uma fonte significativa de conexão social. Assim, a necessidade de conexão social, considerada como a existência de relações significativas com outros humanos, pode ser satisfeita, em parte, pela posse de animais de estimação. Estes proporcionam aos seus tutores um sentimento de valor e responsabilidade para com outro ser vivo, dado que dependem dos donos para sobreviver, o que pode fornecer benefícios à saúde dos adultos mais velhos. Os proprietários de animais de estimação são 36% menos propensos a relatar solidão do que os não proprietários (Stanley et al., 2014).

A pesquisa realizada por Heiden e Santos (2009) sobre os benefícios psicológicos da convivência com animais de estimação para os idosos permitiu aferir que, para existirem benefícios, é necessário que os idosos tenham amor pelos animais. Um dos motivos mais referidos para terem um animal de estimação foi porque gostavam, o que demonstra afeto. A maioria dos inquiridos expressou considerar o seu animal de estimação como membro da família e que as principais vantagens da convivência eram a “alegria,

companhia, segurança, ter um passatempo e distração” (Heiden & Santos, 2009, p.495).

Souto et al. (2019) investigaram os efeitos da convivência de idosos com cães de estimação, tendo concluído que esse convívio favorece o bem-estar dos adultos mais velhos, pois os animais de companhia fornecem suporte emocional, contribuem para a realização de caminhadas e brincadeiras, para uma maior sensação de segurança e socialização, minimizam a possibilidade de quedas, previnem possíveis doenças e diminuem sintomas de patologias existentes.

Gee e Mueller (2019), no seu estudo, encontraram também fundamentos dos benefícios da posse de animais de estimação para a saúde física e mental dos idosos. A posse desses animais proporciona uma oportunidade para cuidar de um ser vivo, o que diminui os sentimentos de solidão dos donos. Foram encontradas igualmente evidências de que os proprietários, especialmente de cães, têm maior motivação para praticar atividade física, o que beneficia a sua saúde física e cardiovascular.

Ikeuchi et al. (2021) sustentam que os idosos socialmente isolados, donos de cães, apresentam uma melhor saúde psicológica do que aqueles que nunca foram tutores de cães de estimação.

Na investigação de Souto et al. (2019), os participantes destacaram o sentimento de companhia, derivado da coabitação com cães de estimação. Ficou confirmado que a posse de um cão de estimação diminui o sentimento de solidão nos idosos, ao proporcionar momentos de distração e conversa, ou seja, os cães de estimação são também referenciados como o seu suporte emocional. A maioria dos entrevistados referiu “sentimentos de alegria, relaxamento, autoconfiança, bem-estar e satisfação com a vida” (Souto et al., 2019, p.11). Este apoio emocional contribui muito significativamente para a saúde mental dos idosos, ao ponto de uma entrevistada dizer que a companhia do seu cão afastou a depressão que sentia (Souto et al., 2019).

Os resultados do estudo qualitativo de Hui Gan et al. (2020) com 14 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, donos de animais de estimação, mostraram que os cães são o tipo mais comum de animais de estimação e que todos os entrevistados tinham tido experiências com animais anteriormente. A investigação demonstrou que a posse de animais de companhia beneficia a saúde mental dos donos, dado que proporcionam companhia, conforto, sensação de segurança, elevam o humor, dão um senso de

significado e propósito de vida, motivam a envolvimento em atividades, reduzem a solidão e aumentam a socialização com amigos e familiares, o que pode ampliar a resiliência das pessoas mais velhas para enfrentar transtornos de saúde mental (Hui Gan et al., 2020). Micková et al. (2019) consideram que passear com cães pode trazer muitas vantagens para as pessoas, em geral, sendo o grupo etário dos idosos que mais beneficia, ao nível da atividade física e da saúde. Na sua investigação, com o objetivo de avaliar o efeito da posse de cães e a sua relação com a atividade física dos adultos mais velhos, os resultados mostraram que os donos de cães excederam significativamente os minutos de atividade física moderada ou vigorosa recomendados pela Organização Mundial de Saúde.

As investigadoras Souto et al. (2019) verificaram que o passeio das idosas entrevistadas com os seus cães permitiu-lhes fazer novas amizades e manter uma rede de contactos na sua zona de residência, em ruas próximas e em jardins. Também outros locais que costumavam frequentar com os seus animais, como clínicas veterinárias e lojas de animais, possibilitaram o convívio e a interação com outras pessoas. Ter um cão de estimação favorece, assim, a continuidade da vida social dos mais velhos, o que contribui para uma melhor qualidade de vida, pois beneficia a saúde física e mental.

Pruchno et al. (2018) investigaram a associação entre envelhecimento bem-sucedido, apoio social e posse de um animal de companhia, tendo concluído que a posse de um cão está associada a menos doenças crónicas, maior desempenho funcional e níveis mais altos de sucesso subjetivo, especialmente quando os idosos não têm apoio humano. De igual forma, ter um cão e um gato está relacionado com uma maior capacidade funcional, menor dor e níveis mais elevados de sucesso subjetivo. Estes resultados mostram que ter um cão proporciona maiores benefícios do que ter um gato. As descobertas indicam que apoiar a posse de cães de estimação para idosos que não tenham redes sociais pode ter um efeito positivo na experiência de envelhecimento.

O presente estudo debruçou-se sobre o cão como animal de estimação/companhia dos adultos mais velhos com o propósito de analisar a influência dos mesmos na qualidade de vida dos adultos mais velhos.

Os objetivos gerais foram os seguintes: (i) investigar a relação entre adultos mais velhos e cães de estimação e (ii) avaliar a influência de cães de estimação na qualidade de vida de adultos mais velhos.

Métodos

Trata-se de uma investigação qualitativa, de carácter descritivo e exploratório que utilizou como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada. O estudo foi realizado na cidade de Quarteira, sendo os oito participantes seleccionados de maneira não probabilista, criterial e bola de neve. Foram critérios de inclusão ter 60 ou mais anos, ser reformado ou pensionista, não institucionalizado, residente autonomamente na Cidade de Quarteira e coabitante com, no mínimo, um cão de estimação há mais de seis meses, com vínculo com o mesmo. Os voluntários foram entrevistados individualmente, nos meses de janeiro e fevereiro de 2023.

O tratamento dos dados foi realizado através da técnica de análise de conteúdo.

Ao longo de toda a investigação foi tido em consideração a preservação da identidade quer dos entrevistados como dos seus animais.

Resultados

Participaram oito indivíduos na investigação, sendo sete do género feminino (87,5%) e um do género masculino (12,5%). As idades estavam compreendidas entre os 60 e os 76 anos, sendo a média de 68 anos. Todos os entrevistados são de nacionalidade portuguesa e, em relação ao estado civil atual, verificou-se que a maioria é divorciado/separado (37,5%), duas pessoas são casadas (25%), duas viúvas (25%) e uma solteira (12,5%). A maioria vive sozinha com o cão (37,5%), duas residem com o filho (25%), duas com o marido/companheiro (25%) e uma com o filho e o marido (12,5%). Todas vivem em apartamento. O nível de escolaridade varia desde a 4.ª classe (37,5%) até à Licenciatura (12,5%). Relativamente à situação profissional, seis indivíduos são reformados (75%) e dois são pensionistas (25%).

Os cães de estimação dos entrevistados eram maioritariamente do sexo masculino (87,5%), com idades compreendidas entre os três e os doze anos. A maioria é de raça indefinida (62,5%), havendo dois Chihuahua (25%) e um Shih-Tzu (12,5%). O peso varia, sendo que o menor tem 4 kg e o maior 33 kg. Quanto ao tamanho, a maior parte é de porte pequeno (50%), três são de porte médio (37,5%) e um é grande (12,5%). Os gastos médios mensais dos donos com os seus cães de estimação variam entre os 20 € e os 150 €, sendo que a maioria (37,5%) referiu gastar cerca de 50 €.

No que respeita à categoria “Motivações para a posse de cães de estimação”, procurou-se identificar as motivações dos participantes para a posse de cães de estimação. Todos os entrevistados afirmaram que tinham os seus animais desde que eles eram pequenos. Os motivos referidos para terem cães de estimação no presente foram a sensação de companhia, o amor, o apego, o aumento de sentimentos de felicidade, a boa energia e a redução da tristeza e da depressão.

Em relação à diferença entre ter e não ter um cão de estimação, todas as respostas foram no sentido positivo para a posse de cães, sendo a companhia que o animal proporcionava o aspeto mais destacado pelos tutores. Os resultados demonstraram que o animal era uma companhia que ajudava o dono a ocupar o tempo, acarinhava-o, proporcionava-lhe amor, alegria e felicidade. Além disso, o cão servia como parceiro para brincadeiras, conversas, desabafos, contribuía para a boa forma física do tutor, disciplinava-o, tornava-o mais responsável e tudo isto sem exigir nada em troca, como se pode ler nos testemunhos:

“(...) o cão dá muito carinho ao dono, (...) eu nunca me senti tão amada por um ser humano como sinto amada por um animal.” (E5)

“(...) Principalmente para quem está sozinho, é uma companhia impressionante.” (E8)

A categoria “Convivência com cães de estimação” teve como objetivo descrever os sentimentos e a relação dos participantes com o cão de estimação. Foi questionado aos idosos, *o que o seu cão significava para si*, e todas as respostas demonstraram a presença de laços afetivos profundos, como se pode perceber pelas palavras utilizadas para descrever os animais, tais como: companheiro; família; pessoa; amor; paz; calma; aconchego; vida e lindo. O seguinte relato comprova o descrito:

“(...) ele faz parte, de facto, da minha família (...)” (E1; E3)

No que respeita à *descrição dos sentimentos dos entrevistados pelo seu cão de estimação* verificou-se que o amor foi predominante nas respostas: A análise das respostas também permitiu constatar que existiam sentimentos de preocupação em relação ao bem-estar do animal, bem como à possibilidade da sua ausência.

No que concerne à *forma como os entrevistados expressavam os seus sentimentos pelo cão de estimação*, todos afirmaram falar com o animal e a maioria descreveu diversos gestos de atenção, cuidado e carinho:

“Brincar, falar, (...) trocar beijinhos, lambe a cara, festinhas, gosta muito de estar deitadinho sobre o meu colo (...)” (E2)

No que respeita à *relação com o cão*, a maior parte dos idosos referiu ser uma ligação de “família”, utilizando palavras como “filho”, “avó” e “irmão”. Quatro inquiridos consideravam os seus animais como companheiros, três como amigos, e um acrescentou que se tratava de uma relação de grande cumplicidade e amor. Houve também um indivíduo que descreveu a relação como sendo de proteção.

As respostas à questão sobre *a importância do cão para a vida atual dos donos*, mostraram que os seus animais desempenhavam um papel extremamente relevante. O motivo mais apontado pelos entrevistados foi a companhia, no entanto, muitos outros foram mencionados. Estes animais promoviam a socialização, o convívio e a interação com outras pessoas, proporcionavam momentos de distração, serviam de motivação para a realização de rotinas de autocuidado e para a prática de atividade física, especialmente caminhadas e brincadeiras. Além disso, eles despertavam sentimentos de responsabilidade, valor, propósito e sentido de vida, contribuíam para elevar as emoções, transmitiam calma, representavam uma fonte de afeto, ajudavam a superar problemas, ofereciam apoio e força para ultrapassar algumas limitações de saúde e conferiam uma sensação de segurança aos seus donos.

Na categoria “vantagens e desvantagens da convivência” perguntou-se aos idosos se *consideravam que ter um cão trouxe benefícios à sua vida*, e todos responderam afirmativamente, com muito entusiasmo. A companhia foi o motivo mais destacado nas entrevistas, no entanto, muito outros foram apontados, tais como: vontade de viver; alegria; felicidade; entusiasmo pela vida; boa energia; amor; dedicação; atenção; responsabilidade; ocupação; confiança; manter as rotinas; sair de casa; novas aprendizagens; saúde física, mental e substituição de perdas humanas.

Seguidamente, os idosos foram questionados sobre se *consideravam que ter um cão trouxe aspetos negativos à sua vida* e praticamente todos os entrevistados afirmaram que não, usando expressões como “não”, “nenhum”, “zero”, “só positivos”, “pelo contrário” e “nada negativo”. Apenas um indivíduo mencionou que “o veterinário é muito caro” e referiu que “muitas vezes é muito difícil vir à rua, as minhas pernas costumam a andar”. No entanto, enfatizou que é “um grande prazer viver com ele” e acrescentou

“eu vou mais depressa à farmácia (...) para ele do que se eu precisar para mim, para mim eu faço chá”.

Na última categoria, sobre “Cães de estimação e qualidade de vida” procurou-se identificar a influência de cães de estimação na qualidade de vida dos participantes.

Todos afirmaram que a convivência com o cão de estimação influenciava positivamente a sua qualidade de vida. As razões apresentadas foram a companhia, a felicidade/alegria/boa disposição, a atividade física, a distração, as rotinas, o estímulo mental e o conhecimento/aprendizagem.

De um modo global, destacaram-se benefícios a nível social, emocional, físico e psicológico em todas as categorias.

Discussão

Através da análise dos resultados, foi possível perceber que, em sintonia com o estudo realizado por Hui Gan et al. (2020) com o objetivo de explorar a posse de animais de estimação em idosos e a sua influência na saúde mental, todos os entrevistados conviveram com animais de estimação no passado.

Janevic et al. (2019) na sua investigação sobre como os animais de companhia contribuem para o envelhecimento saudável, verificaram que os animais podem oferecer inúmeros benefícios para os adultos mais velhos, sendo a companhia o principal motivo para a convivência. No presente estudo, a companhia, o amor, o apego e a afeição foram as motivações mais mencionadas pelos entrevistados para terem os seus animais de estimação. Esses resultados são corroborados pelo estudo de Heiden e Santos (2009), que destaca o afeto positivo e a companhia como os motivos mais relatados pelos idosos para decidirem ter um animal. O aumento dos sentimentos de felicidade, a boa energia e a redução da tristeza e da depressão também levaram alguns entrevistados a decidir ter um cão de estimação. Souto et al. (2019) afirmaram na sua pesquisa, sobre os efeitos da convivência domiciliar de idosos com cães de estimação para a saúde, que os animais favorecem a saúde mental dos donos, sendo um suporte emocional muito importante.

Todos os participantes consideraram que ter um cão de estimação era melhor que não ter, sendo que a maioria referiu a companhia como a principal diferença positiva. Do ponto de vista dos idosos, o animal também ajudava a passar o tempo, oferecia carinho,

amor, consolo, alegria e felicidade. Era um parceiro de brincadeiras, conversas e desabafos, além de ajudar a ter uma boa forma física, disciplina e responsabilidade. Tudo isto de forma desinteressada, sem pedir nada em troca. De acordo com a investigação de Gazzana e Schmidt (2015), os animais oferecem “amor e companhia sem as mesmas exigências dos seres humanos” (p.1016).

A pesquisa realizada por Heiden e Santos (2009), com o objetivo de identificar os benefícios psicológicos da convivência com animais de estimação para os idosos e analisar os vínculos afetivos entre eles, permitiu constatar que os entrevistados consideravam o animal como membro da família e o vínculo estabelecido era muito forte. No mesmo sentido, os resultados do estudo aqui apresentado revelaram vínculos afetivos elevados entre os donos e os seus cães. Segundo Zapata-Herrera et al. (2021), o vínculo formado, comparável ao que se estabelece com um familiar querido, juntamente com a companhia dos animais, contribui para a promoção da saúde dos idosos. O sentimento predominante dos entrevistados em relação aos seus cães era o amor, expressado através de conversas e outros gestos de atenção, cuidado e carinho. Vieira (2019) identificou no seu estudo vários gestos de cuidados e atenção dos donos para com os animais, incluindo a comunicação através da linguagem oral. De acordo com Heiden e Santos (2009), para haver benefícios para os proprietários decorrentes da convivência com animais de estimação, é necessário que eles tenham amor e apego pelos seus animais. A maioria dos donos também demonstrou sentimentos de preocupação com o animal. Segundo Anderson et al. (2015), no seu estudo sobre os benefícios e desafios da posse de animais de estimação, as preocupações com o bem-estar dos animais são um dos principais problemas enfrentados pelos idosos ao adotarem animais bem como o receio de os perder. Os participantes também atribuíam falas, pensamentos, emoções e sentimentos aos seus cães, exatamente como publicado no artigo de Cabral e Savalli (2020) sobre a relação humano-cão. Por sua vez, os animais comunicavam através de gestos e sons.

Assim como nas descobertas da investigação de Heiden e Santos (2009), em que a maioria dos entrevistados considerava os seus animais como membros da família, também podemos concluir no presente estudo que todos os participantes mantinham uma relação familiar com os seus cães de estimação. Para alguns inquiridos, também se tratava de um relacionamento de companheirismo, amizade e proteção. As rotinas que

todos os entrevistados mantinham com os seus animais incluíam passeios/caminhadas diárias, o que, segundo eles, os ajudava a praticar exercício físico. A prática de atividade física foi referida como um benefício decorrente da posse de cães de estimação na literatura encontrada (Ikeuchi et al., 2021; Micková et al., 2019; Souto et al., 2019).

Além disso, as respostas dos inquiridos permitiram perceber que os passeios também contribuíam para a socialização dos donos, como constatado nos estudos de Hui Gan et al. (2020), Souto et al. (2019) e Zapata-Herrera et al. (2021). Ikeuchi et al. (2021), na sua investigação sobre o impacto da posse de animais de estimação na saúde psicológica de proprietários socialmente isolados, concluíram que os cães, em particular, podem aumentar o envolvimento em atividades físicas e sociais e oferecer apoio emocional aos seus donos, o que reduz a sensação de isolamento social e solidão, e melhora a saúde psicológica dos idosos.

Os resultados obtidos através da pesquisa de Zapata-Herrera et al. (2021) mostraram que a companhia proporcionada pelos animais era o aspeto mais importante para os tutores. No presente estudo, esse foi também o maior valor atribuído pelos participantes aos seus animais. Adicionalmente, foram mencionados outros pontos como socialização, distração, rotina, atividade física, responsabilidade, valor, propósito e sentido de vida, aumento de emoções, calma, fonte de afetos, superação de problemas, apoio, força e segurança. Estes benefícios também estão refletidos na literatura atual (Hui Gan et al., 2020; Ikeuchi et al., 2021; Souto et al., 2019 e Stanley et al., 2014). Outros aspetos gratificantes para os idosos, decorrentes da posse de um animal de estimação e mencionados por Zapata-Herrera et al. (2021), incluem a possibilidade de expressar emoções agradáveis, o aumento da interação social, do sentimento de utilidade e da atividade.

Relativamente aos aspetos negativos, praticamente todos os inquiridos negaram que o animal tivesse trazido algo prejudicial para as suas vidas. Apenas um indivíduo fez referência aos gastos financeiros. As despesas associadas aos animais, enquanto desvantagens, estão em consonância com os estudos de Anderson et al. (2015) e Souto et al. (2019).

O conceito de qualidade de vida foi associado pela maioria dos entrevistados ao fator financeiro. Segundo Almeida et al. (2012), o poder económico é um dos aspetos objetivos a considerar na avaliação da qualidade de vida. No entanto, todos os idosos

afirmaram que o cão de estimação influenciou positivamente a sua qualidade de vida, sendo a companhia o aspeto mais referido. Foram também percebidas melhorias ao nível da felicidade, alegria, boa disposição, atividade física, distração, rotina, estímulo mental e do conhecimento/aprendizagem. Estes resultados são corroborados por vários autores (Souto et al., 2019 e Zapata-Herrera et al., 2021), e segundo Almeida et al. (2012) enquadram-se na dimensão subjetiva de qualidade de vida. De acordo com Gee et al. (2017) a literatura associa a posse de animais de estimação a benefícios significativos para os adultos mais velhos e sugere que pode contribuir para a manutenção e melhoria da qualidade de vida das pessoas nessa faixa etária.

Conclusão

A presente investigação evidência de forma inequívoca a influência positiva que os animais de estimação exercem na qualidade de vida dos idosos, representando um passo crucial para lhes garantir um futuro mais enriquecedor e saudável. Que este estudo seja um catalisador para o desenvolvimento de programas e políticas que enriqueçam a vida da nossa população mais velha, proporcionando-lhes um processo de envelhecimento mais gratificante e significativo, sempre acompanhado da inestimável companhia dos seus queridos amigos de quatro patas.

Referências Bibliográficas

- Almeida, M., Gutierrez, G., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. Edições EACH. http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2019/01/qualidade_vida.pdf
- Alves, J. E. D. (2019). Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Revista Longeviver*. <https://encurtador.com.br/xJ589>
- Anderson, K. A., Lord, L. K., Hill, L. N., & McCune, S. (2015). Fostering the human-animal bond for older adults: Challenges and opportunities. *Activities, Adaptation & Aging*, 39(1), 32-42. <https://doi.org/10.1080/01924788.2015.994447>

- Cabral, F. G. D. S., & Savalli, C. (2020). Sobre a relação humano-cão. *Psicologia USP*, 31. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190109>
- Faraco, C. B. (2008). Interação humano-animal. *Ciência veterinária nos trópicos*, 11(1), 31-35. <https://encurtador.com.br/ahrT9>
- Gazzana, C., & Schmidt, B. (2015). Novas configurações familiares e vínculo com animais de estimação em uma perspectiva de família multiespécie. In *Anais do III Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha* (pp. 1000-1020). <https://encurtador.com.br/enzAU>
- Gee, N. R., & Mueller, M. K. (2019). A systematic review of research on pet ownership and animal interactions among older adults. *Anthrozoos*, 32(2), 183-207. <https://doi.org/10.1080/08927936.2019.1569903>
- Gee, N. R., Mueller, M. K., & Curl, A. L. (2017). Human–animal interaction and older adults: An overview. *Frontiers in psychology*, 8, 1416. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01416>
- Heiden, J., & Santos, W. (2009). Benefícios psicológicos da convivência com animais de estimação para os idosos. *ÁGORA: revista de divulgação científica*, 16(2), 487-496. <http://www.periodicos.unc.br/index.php/agora/article/view/138>
- Hui Gan, G. Z., Hill, A. M., Yeung, P., Keesing, S., & Netto, J. A. (2020). Pet ownership and its influence on mental health in older adults. *Aging & mental health*, 24(10), 1605-1612. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1633620>
- Ikeuchi, T., Taniguchi, Y., Abe, T., Seino, S., Shimada, C., Kitamura, A., & Shinkai, S. (2021). Association between experience of pet ownership and psychological health among socially isolated and non-isolated older adults. *Animals*, 11(3), 595. <https://doi.org/10.3390/ani11030595>
- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2020, março 31). *Projeções de População Residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Janevic, M., Solway, E., Malani, P., Singer, D., Kirch, M., Kullgren, J., & Connell, C. (2019). How pets contribute to healthy aging. *University of Michigan National Poll on Healthy Aging*, 4. <https://curtlink.com/vJ3txHxT>

- MARKETEER. (2022). *Caderno Animais de Estimação*, 307, 132. <https://encurtador.com.br/twOU9>
- Micková, E., Machová, K., Daďová, K., & Svobodová, I. (2019). Does dog ownership affect physical activity, sleep, and self-reported health in older adults?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3355. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183355>
- Pruchno, R., Heid, A. R., & Wilson-Genderson, M. (2018). Successful aging, social support, and ownership of a companion animal. *Anthrozoös*, 31(1), 23-39. <https://doi.org/10.1080/08927936.2018.1406199>
- Souto, C. D. C. L., da Silva, R. C. F., Porto, C. M., Zimmermann, R. D., & da Costa, M. L. G. (2019). Efeitos do convívio domiciliar com cães de estimação na saúde de idosos. *Estud. interdiscip. envelhec*, 24(3), 4-21. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1104056>
- Stanley, I. H., Conwell, Y., Bowen, C., & Van Orden, K. A. (2014). Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone. *Aging & mental health*, 18(3), 394-399. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.837147>
- Tatibana, L. S., & da Costa-Val, A. P. (2009). Relação homem-animal de companhia e o papel do médico veterinário. *Projeto De Educação Continuada. Revista Veterinária e Zootecnia em Minas*, 28(103), 12-18. <http://www.crmvmg.gov.br/RevistaVZ/Revista03.pdf#page=11>
- Veterinária Atual. (2021, julho 2). *Maioria dos portugueses considera médico veterinário importante para o bem-estar animal*. <https://encurtador.com.br/fquCP>
- Vieira, M. N. F. (2019). Quando morre o animal de estimação. *Psicologia Em Revista*, 25(1), 239-257. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n1p239-257>
- Walsh, F. (2009). Human-animal bonds I: The relational significance of companion animals. *Family process*, 48(4), 462-480. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01296.x>
- Zapata-Herrera, M., Sanmartín-Laverde, C. M., & Hoyos-Duque, T. N. (2021). Comprensión del vínculo persona mayor-mascota como alternativa para la

promoción de la salud. *MedUNAB*, 24(2), 193-202.
<https://doi.org/10.29375/01237047.4056>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Aplicabilidade da caderneta de saúde da
pessoa idosa como instrumento de avaliação multidimensional em
instituições de longa permanência

Título resumido do manuscrito: Avaliação multidimensional da saúde em
ILPIS

Angelo Maximo Soares de Araujo Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano | Núcleo de estudos e pesquisas em urgência, emergência e terapia intensiva
ORCID: 0000-0002-1742-2205

Rita de Cássia Azevedo Constantino

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano | Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Nefrologia
ORCID: 0000-0002-5210-726X

Zamir Vidal de Negreiros Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano
ORCID: 0009-0003-1067-8421

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida
do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha
ORCID: 0000-0002-0611-2949

Allyne Costa Siqueira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do
Envelhecimento Humano
ORCID: 0009-0009-7475-3797

Maria Eduarda Silva do Nascimento

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem em

Nefrologia – NEPEN

ORCID: 0000-0001-5578-5413

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) de Lisboa | Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) | Academia Norte Rio-grandense de Odontologia | Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do

Norte | renatagalvaodiniz@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-4963-3653

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-

Graduação em Saúde Coletiva | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde,

Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | ana.elza.mendonca@ufrn.br.

ORCID: 0000-0001-9015-211X

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Ciências da saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi- FACISA | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade

de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | thaiza.nobre@ufrn.br.

ORCID: 0000-0002-8673-0009

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) | Departamento de Saúde Coletiva (UFRN). Líder do Grupo Longevidade - Observatório do Envelhecimento Humano | Rede Internacional de

Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e

Espanha | vilani.nunes@ufrn.br.

ORCID: 0000-0002-9547-0093

Resumo

Como iniciativa do Ministério da Saúde, no Brasil, para qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas e acompanhar de forma longitudinal os aspectos da saúde dessa população no Sistema Único de Saúde, foi instituída a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI). Dessa forma, buscou-se analisar a aplicabilidade desse instrumento em instituições de longa permanência para pessoas idosas (ILPI). Trata-se de um estudo

descritivo realizado após avaliação da população idosa residente em oito instituições localizadas no município de Natal e região metropolitana. A CSPI é um instrumento amplo que permite a identificação e monitoramento das condições de saúde, estado nutricional, vulnerabilidade, ocorrência de quedas, entre outros aspectos. No entanto, foram identificadas fragilidades na sua utilização em ILPIs considerando as não especificidades da população idosa institucionalizada, sendo necessário contemplar neste instrumento aspectos relacionados ao contexto institucional, tendo em vista que nos questionamentos da referida caderneta não estão incluídos aspectos para avaliar as atividades instrumentais da vida diária, saúde mental, sobretudo pela elevada frequência de alterações das funções mentais nessa população. Observa-se a necessidade de adequar a CSPI à população idosa institucionalizada, tendo em vista as suas especificidades, maior vulnerabilidade, demanda por cuidados e acompanhamento, sendo prioritário e fortemente recomendado a inclusão de aspectos direcionados a atenção a essa população tendo em vista os aspectos de fragilidade e vulnerabilidade que necessitam de acompanhamento.

Palavras-chave: pessoa idosa; caderneta de saúde da pessoa idosa; instituição de longa permanência para idosos.

Introdução

O envelhecimento da população é uma realidade mundial desde a década de 1950, em que se observou o aumento do número absoluto e o percentual de pessoas idosas, o que se tornou mais evidente ao longo do século XXI. Nesse sentido, o Brasil acompanha o restante do mundo no quesito envelhecimento populacional, apresentando a diferença na velocidade que esse processo ocorre, sendo mais acelerado em comparação com outros países em escala mundial (WHO, 2015; WHO, 2021).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que, entre 2012 e 2021, houve um aumento de 11,3% para 14,7% da população com mais de 60 anos no país. Isso significa que o segmento de pessoas idosas saltou de 22,3 milhões para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período (Brasil, 2018). Tais números demonstram que estamos vivendo mais. Isso impõe ao Estado desafios na área da previdência, saúde, segurança, educação e tantos outros, a fim de que a maior expectativa de vida

deva ser sinônimo de alegria para toda sociedade.

O envelhecimento faz parte da vida e sua proteção é um direito social. Segundo a Constituição Federal Brasileira, é dever do Estado assegurar à pessoa idosa a proteção integral à vida e à saúde por meio de políticas públicas para proporcionar um envelhecimento saudável e com dignidade (Brasil, 1988).

Nesse sentido, foi instituída em 2003 a Lei nº 10.741/2003 intitulada como Estatuto do Idoso que em julho de 2022 passou a ser denominado Estatuto da Pessoa Idosa, numa oportuna alteração em seu nome por intermédio da sanção da Lei nº 14.423, de 2022, que alterou a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, em todo o aparato legal, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Tal modificação promove a inclusão dessa parcela da população e o combate ao preconceito (Brasil, 2003; Brasil, 2022).

O referido estatuto reforça que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à habitação, ao transporte, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2022).

Ainda na mesma década, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) foi instituída para reforçar seus direitos sociais, definindo diretrizes norteadoras e indicando as responsabilidades institucionais para que a população tenha um envelhecimento saudável. Com isso, para a implementação das diretrizes da política, foram instituídos instrumentos de apoio, como o Caderno de Atenção Básica, o Guia Prático do Cuidador e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) (Brasil, 2008; Brasil, 2021).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma ferramenta cujo principal objetivo é estabelecer um registro minucioso de informações pertinentes à saúde e qualidade de vida da pessoa idosa, possibilitando um acompanhamento mais preciso por parte dos profissionais de saúde. Engloba inúmeros aspectos, desde informações de cunho pessoal, ligados ao estilo de vida, hábitos alimentares, prática de atividade física e suporte social. Além disso, a CSPI oferece diretrizes e recomendações de saúde específicas para esse grupo etário, com orientações direcionadas aos aspectos nela contidos. Por meio dessa ferramenta, os profissionais de saúde têm a capacidade de

personalizar os cuidados com base nas necessidades individuais de cada paciente, contribuindo assim para uma abordagem mais abrangente e eficaz no que tange aos cuidados com a saúde da população idosa (Brasil, 2018).

Apesar do envelhecimento estar alcançando níveis elevados de longevidade, torna-se importante realizar o monitoramento global dos fatores de risco que possam desencadear a morbidade e a mortalidade, sobretudo relacionado às fragilidades na pessoa idosa, sendo crucial para sustentar e avançar nos estudos e nas políticas de saúde direcionadas a essa faixa etária da população. Nesse sentido, a utilização da CSPI direciona para projetos terapêuticos singulares para esse segmento etário, tendo como foco a promoção da saúde na pessoa idosa e a prevenção dos riscos, favorecendo a qualidade de vida dos idosos (Gonçalves et al., 2022).

A família desempenha um papel importante na vida e na manutenção do bem-estar das pessoas idosas, considerada fonte de suporte àqueles que necessitam de cuidados. No entanto, quando ocorre entre os integrantes do contexto familiar o convívio entre gerações pode gerar conflitos ou quando os membros da família não conseguem desempenhar a função de cuidadores, levando a necessidade de auxílio para a realização de atividades da vida diária resta a possibilidade de inserção em uma instituição de longa permanência para idosos - ILPI. Tal inserção também ocorre quando a família não possui estrutura (financeira, emocional, espaço físico, cuidadores), nem conta com o suporte do Estado e de organizações comunitárias para cuidar do familiar idoso no domicílio (Santos, 2021).

Faz-se necessário destacar que a institucionalização da pessoa idosa pode comprometer as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), normalmente desempenhadas em ambiente doméstico convencional, familiar, tais como preparar o próprio alimento, fazer compras, ações de cuidados com a casa, controlar suas finanças pessoais, que tomam outra dimensão na realidade institucional, é delegado a terceiros cuidados com a higiene, manutenção, administração de medicamentos e atividades em geral. Com isso, a autonomia e funcionalidade da pessoa idosa ativa institucionalizada são comprometidos por reduzir as possibilidades de tarefas rotineiras que podem evitar a depressão, isolamento social e alterações cognitivas (OMS, 2015).

A CSPI apresenta tópicos relacionados à avaliação das condições de saúde,

vulnerabilidade, avaliação nutricional, saúde bucal, vacinas, quesito ambiental, alertando para a segurança do ambiente domiciliar, registro de quedas e as consequências de saúde. Dependendo do grau de vulnerabilidade da pessoa idosa, o ambiente construído pode contribuir negativamente para a ocorrência de quedas, são os fatores extrínsecos. Outro indicador que poderá ser avaliado por meio da CSPI é a incidência de polifarmácia, que deve ser monitorada e registrada no controle das cadernetas por serem considerados fatores de riscos (Brasil, 2018).

Diante desse cenário de envelhecimento populacional e da crescente demanda por cuidados adequados às pessoas idosas em instituições de longa permanência (ILPI), a análise da aplicabilidade da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa emerge como uma necessidade premente. Este estudo visa aprofundar o entendimento sobre como essa ferramenta pode ser eficaz na promoção da saúde, prevenção de riscos e na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas em ILPIs. Ao avaliar as informações abrangentes contidas na CSPI e sua capacidade de adaptação às peculiaridades das instituições, faz-se de grande importância contribuir para a construção de políticas de saúde mais eficazes e para a garantia de um envelhecimento digno e saudável para essa parcela da população que tanto merece nosso cuidado e atenção. Objetivo: Analisar a aplicabilidade da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa em instituições de longa permanência para pessoas idosas (ILPI).

Métodos

Este estudo de natureza descritiva foi conduzido após a avaliação abrangente da população idosa residente em oito instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) situadas no município de Natal e sua região metropolitana. O período de coleta de dados estendeu-se por quatro anos, compreendendo o intervalo de novembro de 2018 a dezembro de 2022.

Para atingir os objetivos do estudo, empregou-se uma metodologia que consistiu em observações sistemáticas e análise documental relacionada às variáveis de interesse. Esta abordagem proporcionou uma visão abrangente das condições de saúde, bem-estar, qualidade de vida e outras dimensões relevantes que afetam os residentes idosos nas ILPIs.

As variáveis investigadas abarcaram indicadores de saúde física e mental, estado

nutricional, saúde bucal, registro de vacinação, aspectos ambientais, segurança nas instalações e incidência de quedas. Adicionalmente, foram registradas informações relativas à polifarmácia, um componente crítico na gestão de saúde de idosos.

O processo de coleta de dados foi conduzido de maneira sistemática e documentado por uma equipe de pesquisadores multidisciplinares, previamente treinados. A obtenção de informações ocorreu por meio de entrevistas estruturadas realizadas com os residentes idosos, seus familiares e cuidadores, além da análise de registros médicos e observações diretas das condições de vida nas ILPIs.

A decisão de realizar esse estudo ao longo de um período de quatro anos foi motivada pela intenção de capturar flutuações temporais nas condições de saúde e bem-estar dos idosos, proporcionando uma análise robusta e abrangente dos dados acumulados durante esse intervalo temporal.

Todas as etapas do presente estudo foram conduzidas em estrita conformidade com os princípios éticos da pesquisa, incluindo a obtenção de consentimento informado dos participantes e a garantia de preservação do anonimato e confidencialidade dos dados coletados. Essa abordagem metodológica rigorosa e de longa duração visa contribuir com informações fundamentais para aprimorar a qualidade de vida e o atendimento prestado à população idosa residente nas instituições de longa permanência na região de Natal e sua área metropolitana.

Resultados

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa mostra-se como ferramenta eficaz na identificação e acompanhamento da condição de saúde da pessoa idosa de forma individualizada nas suas diversas dimensões, desde seus aspectos demográficos, sociais, culturais, espirituais, familiares, econômicos, passando ainda pelo uso e quantidade de medicamentos, inclusive se há presença de alergia ou reações adversas, história pregressa de internações, diagnósticos de saúde e cirurgias, informações clínicas como os dados antropométricos que subsidiam a detecção do estado nutricional do idoso, acompanhamento dos níveis pressóricos e do controle da glicemia, registro de vacinas, identificação do grau de vulnerabilidade e capacidade funcional, aponta ainda para os riscos potenciais aos quais o idoso está sujeito, inclusive relacionados ao ambiente, registros de quedas, identificação de dor crônica, fatores

relacionados à cognição e humor, hábitos de vida, além da avaliação da saúde bucal do idoso, ou seja, a CSPI caso seja corretamente preenchida e periodicamente acompanhada, subsidia uma avaliação multidimensional da pessoa idosa.

A CSPI é um instrumento de ampla aplicabilidade que possibilita a identificação e monitoramento de diversas condições de saúde, tais como o estado nutricional, vulnerabilidade e ocorrência de quedas, entre outras variáveis relevantes. Neste estudo, priorizou-se a análise das variáveis diretamente relacionadas aos objetivos da CSPI, como a avaliação nutricional e a incidência de quedas, a fim de explorar minuciosamente as informações que esta ferramenta pode proporcionar para aprimorar os cuidados de saúde e a qualidade de vida dos idosos em instituições de longa permanência.

Diante disso percebe-se que a CSPI viabiliza a qualificação do cuidado, possibilitando intervenções eficazes, através da instrumentalização do conhecimento do ser idoso. A partir desse conhecimento sobre o indivíduo a ser assistido, o profissional de saúde pode organizar um plano individualizado, através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, visando a minimização dos agravos e a manutenção da capacidade funcional. Sabendo que estas são dimensões que compõem uma avaliação gerontogeriátrica, de acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), pode-se afirmar que a CSPI é capaz de instrumentalizá-la.

Entretanto, foram observadas limitações na utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) em instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), devido à falta de adequação desse instrumento às particularidades da população idosa institucionalizada. Ficou evidente a necessidade de aprimorar a CSPI, incorporando aspectos relacionados ao contexto institucional. Isso se justifica, uma vez que as questões abordadas na caderneta não englobam elementos essenciais para a avaliação das atividades instrumentais da vida diária, bem como da saúde mental das pessoas idosas, aspecto de relevância significativa devido à alta incidência de alterações nas funções mentais nessa população. A ausência de tais informações compromete a capacidade da CSPI de fornecer uma visão holística e precisadas condições de saúde e bem-estar das pessoas idosas residentes em ILPIs, o que justifica a necessidade de revisão e aprimoramento desse instrumento para atender às demandas específicas dessa população.

Discussão

A implementação da CSPI possibilita aos diversos profissionais que prestam cuidado à população e ao indivíduo, a consulta e a avaliação dos dados referentes às diversas dimensões que compõe a saúde, seja a dimensão física, psicológica ou social, potencializando a resolutividade e o êxito das ações que serão tomadas, contribuindo ainda para a sistematização e continuidade do cuidado, seja ele a curto, médio ou longo prazo.

É necessário, portanto, que o preenchimento da CSPI passe a fazer parte da rotina dos profissionais de saúde, bem como do indivíduo e familiares e/ou cuidadores. Entretanto, para os prestadores do cuidado dessa população, faz-se importante não apenas o preenchimento correto e atualizado das informações, como também o uso dos mesmos para a qualificação do cuidado.

Alguns instrumentos contidos na caderneta necessitam de certas adaptações para a população residente de ILPI, pois a CSPI foi formulada para a população idosa em geral, não direcionada para realidade da população institucionalizada, sendo necessária uma atenção mais específica quanto ao registro do questionamento. Entretanto, os dados obtidos não perdem ou diminuem seu grau de importância por falta dessa especificidade. Cada profissional tem a possibilidade de fazer adaptações ou aprofundamentos para a obtenção dos dados que acreditem ser necessários e/ou mais fidedignos a realidades dos residentes de ILPI.

A qualificação do cuidado prestado à pessoa idosa é necessária e urgente, inclusive nas ILPI que em sua rotina diária desenvolve ações de cuidado à saúde de seus domiciliados. Num cenário em que essa população vem aumentando de forma acentuada, com um percentual de institucionalização cada vez maior, dá-se a importância da implementação da CSPI com o intuito de obter, e utilizar as informações provenientes de seu correto e atualizado preenchimento para a melhoria da qualidade da assistência voltada à essa população.

Entretanto, faz-se necessário a realização de mais estudos que envolvam a população idosa institucionalizada. Os estudos nessa área ainda são escassos e essa população demanda uma atenção urgente e específica, uma vez que os resultados obtidos através da aplicação da CSPI mostraram que a população específica estudada apresenta um

grau de fragilização e vulnerabilidade altos.

Conclusão

Com base nos resultados do estudo, fica claro que é necessário adaptar os serviços prestados pelos centros de saúde à população idosa em instituições de longa permanência. Essa adaptação deve levar em consideração as necessidades específicas desse grupo mais vulnerável e que demanda cuidados e acompanhamento adicionais. Portanto, é fundamental e altamente recomendado que se incluam componentes direcionados à atenção a essa população, especialmente devido à fragilidade e vulnerabilidade que requerem monitoramento constante. Assim, a priorização e a forte sugestão de estratégias voltadas para o cuidado dos idosos em instituições de saúde desempenham um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida e bem-estar desses indivíduos. Isso contribui para uma abordagem mais eficaz e adequada às suas necessidades específicas, considerando o envelhecimento contínuo da população. Essa adaptação proposta, baseada em evidências, desempenha um papel importante no cuidado geriátrico, alinhando-se com a busca constante por melhores práticas de assistência à saúde.

Referências Bibliográficas

- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998). Brasília. Recuperado de: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018). Projeções populacionais. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Estatuto da Pessoa Idosa. Lei nº 10.741/2003. Recuperado de: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Lei nº 2.528/2006. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.htm?ext=A%20finalidade%20primordial%20da%20Pol%C3%ADtica,do%20Sistema%2

0%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2008). Guia Prático do Cuidador. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. (2022). Estatuto da Pessoa Idosa. Lei nº 14.423/2022. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato/2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art1

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz

SE/UNA-SUS. (2021). Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Um Instrumento de Avaliação Multidimensional. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa.pdf

Gonçalves, I. C. M., Freitas, R. F., Aquino, E. C., Carneiro, J. A., & Lessa, A. do C. (2022). Tendência de mortalidade por quedas em idosos, no Brasil, no período de 2000–2019. *Revista Brasileira De Epidemiologia*, 25, e220031. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220031.2>

Ministério da Saúde do Brasil. (2018). Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde.

Santos, T. F. dos . (2021). INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS: PRINCIPAIS MOTIVOS QUE AUMENTAM A DEMANDA. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 7(9), 502–512. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i9.2232>

World Health Organization. (2015). Ageing. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/ageing/en>

World Health Organization. (2021). Ageing and health. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Apoio emocional, social e espiritual em estruturas residenciais para pessoas idosas

Título resumido do manuscrito: Necessidades de intervenção psicológica

Vera Lúcia Fialho Martins

Centro Hospitalar Universitário do Algarve | vfmartins@chua.min-saude.pt

ORCID-ID: 0009-0002-4988-7143

Ana Catarina Estevão Alexandre

Centro Hospitalar Universitário do Algarve | ana.alexandre@chalgarve.min-saude.pt

ORCID – ID: 0009-0005-4962-8880

Ana Raquel Rocheta de Almeida Alves

Centro Hospitalar Universitário do Algarve | aralves@chalgarve.min-saude.pt

ORCID-ID: 0009-0003-1199-3992

Cátia Sofia Silva Martins

Centro Hospitalar Universitário do Algarve | csmartins@chua.min-saude.pt

ORCID-ID: 0009-0004-4405-9597

Maria Ana Camões Pinto da Silva

Centro Hospitalar Universitário do Algarve | maria.p.silva@chalgarve.min-saude.pt

ORCID-ID: 0009-0008-4970-2034

Giovanni Cerullo

Centro Hospitalar Universitário do Algarve | gcerullo@chalgarve.min-saude.pt

ORCID-ID: 0000-0003-2881-528X

Resumo

O projeto “Apoio Emocional, Social e Espiritual em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas” de uma equipa de apoio psicossocial apoiada pela Fundação “la Caixa” surge em 2022 para dar resposta à elevada prevalência de doenças crónicas complexas e

avançadas em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS). Tem como objetivos proporcionar um apoio integral a residentes com doença avançada ou em fim de vida, assegurando um acompanhamento emocional, social e espiritual, bem como garantir apoio às famílias e aos profissionais. De agosto a dezembro de 2022, o projeto prestou apoio psicológico a 50 utentes com doença avançada ou em fim de vida e a 45 familiares, num total de 353 intervenções com utentes; 106 com familiares e 14 de apoio no luto. A média de idades dos utentes apoiados é de aproximadamente 83 anos e 76% são do género feminino. No que respeita à incidência de patologias, entre outras, 22% dos residentes referenciados tem pluripatologia geriátrica, 18% insuficiência cardíaca, 12% doença oncológica e 12% demência. Relativamente à fase evolutiva da doença, 82% dos residentes têm doença crónica complexa e 18% doença crónica avançada com prognóstico de vida limitada. Dos utentes referenciados, 76% apresentaram mal-estar emocional grave (54%) ou moderado (22%). Estes resultados confirmam a existência de necessidades de apoio psicológico nos utentes com doença avançada ou em fim de vida residentes nas ERPIS recetoras do projeto.

Palavras-chave: cuidados em fim de vida; cuidados paliativos; estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI); apoio psicológico; apoio no luto.

Introdução

O Humaniza - Apoio Integral a Pessoas com Doença Avançadas é um programa da Fundação “la Caixa”, organização sem fins lucrativos de direito espanhol, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que, assente numa perspetiva de humanização e dignidade no sofrimento, oferece um apoio integral a pessoas com doenças avançadas e às suas famílias.

As Equipas de Apoio Psicossocial (EAPS) são o núcleo do Programa Humaniza (doravante “Programa”) e complementam a atuação no âmbito dos Cuidados Paliativos, a nível hospitalar e da comunidade, assegurando um acompanhamento emocional, social e espiritual. O Programa nasceu em Espanha em 2008 e, após dez anos com resultados muito positivos, em 2018 o Programa foi implementado em Portugal. Sendo já uma referência na área do apoio psicossocial e espiritual a pessoas com doenças avançadas no nosso país, no ano de 2022, a Fundação “la Caixa” decidiu estender a sua linha de

cuidados psicossociais às pessoas com doenças avançadas ou em fim de vida residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Análise de contexto

Parafraseando o Professor António Simões (p. 156, 2006), podemos afirmar que o mundo de hoje é dos adultos mais velhos. Os países desenvolvidos, de uma forma geral, e Portugal, em particular, apresentam uma tendência consolidada para o envelhecimento da população e dentro da população idosa é o seu segmento mais velho que mais está a crescer (INE, 2021). As novas gerações de seniores são, e serão cada vez mais, mais longevas. Já em 2002, na II Assembleia Mundial das Nações Unidas, Kofi Anam alertava que, para que este aumento da longevidade - uma das grandes vitórias da Humanidade - possa ser vivido com qualidade, seria urgente criar condições para que as pessoas possam envelhecer sãs, ativas, autónomas e integradas.

Se é incontestável que, nas últimas duas décadas, as questões referentes à saúde (física e mental) dos adultos mais velhos têm merecido interesse crescente por parte dos decisores políticos e comunidade científica, também o é que continua a haver um longo caminho a percorrer na promoção do bem-estar subjetivo, da saúde mental e da qualidade de vida nesta faixa etária.

Isto é tanto mais verdade em seniores institucionalizados, que não têm recebido a devida prioridade, perante a realidade preocupante que se vive em contextos residenciais. Em Portugal, estima-se que próximo de 100.000 pessoas idosas residam nas cerca de 2.500 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas existentes no país (Ministério da Saúde, 2020) e a evidência científica tem demonstrado uma elevada prevalência nesta população de doenças crónicas complexas e avançadas; de situações de fragilidade, de dependência de terceiros, de incapacidade e de risco acrescido de mortalidade; de problemas de saúde mental (OPP, 2020b). A título de exemplo, se na comunidade as estimativas de prevalência de perturbações mentais na população idosa rondam os 20%, em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) são rondarão os 80% (OPP, 2020a).

Contudo, a maioria de cidadãos residentes ERPI que necessita de cuidados de saúde mental não chega a recebê-los e quando recebe é menos provável que estes sejam prestados por especialistas em saúde mental, nomeadamente, por psicólogos (Machado

Santos, 2020). O que não surpreende dado que, apesar de a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) recomendar pelo menos um psicólogo a tempo inteiro por cada 40 utentes, por diversos motivos, muitas vezes não é uma realidade e muitas ERPI não têm psicólogo ou, quando têm, a carga horária não é suficiente para responder às necessidades.

Para dar resposta a esta necessidade premente de apoio psicossocial em estruturas residenciais de apoio à população sénior, nasceu o Projeto Apoio Emocional, Social e Espiritual em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (daqui em diante designado por Projeto). Com o Projeto, a Equipa de Apoio Psicossocial do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (EAPS-CHUA) estendeu, então, a sua linha de cuidados psicossociais aos seniores institucionalizados com doenças avançadas ou em fim de vida.

Projeto Apoio Emocional, Social e Espiritual em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

O Projeto Apoio Emocional, Social e Espiritual em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas da EAPS-CHUA tem como principais objetivos:

- i. Proporcionar um apoio integral a residentes com doenças avançadas, assegurando um acompanhamento emocional, social e espiritual.
- ii. Garantir apoio às famílias e aos profissionais que trabalham com os residentes e seus familiares.

Para cumprir esse propósito, o projeto tem cinco linhas de atuação principais:

- i. Apoio psicológico, social e espiritual a residentes e familiares;
- ii. Apoio no luto;
- iii. Apoio a profissionais em situações de stress;
- iv. Formação a profissionais;
- v. Promoção do voluntariado.

O modelo de apoio é, assim, um modelo centrado na pessoa, mas que proporciona suporte a residentes, familiares e profissionais das instituições recetoras do programa, com a missão de melhorar a qualidade de vida de todos os intervenientes nas instituições.

Métodos

O presente estudo tem como objetivo analisar os resultados da avaliação inicial de necessidades dos doentes referenciados para o Projeto. Mais especificamente, pretende averiguar se os resultados obtidos confirmam as necessidades de apoio psicológico dos residentes com doenças avançadas ou em fim de vida.

O apoio psicossocial e espiritual contemplado pelo Projeto destina-se a utentes com doenças avançadas e/ou em situação de fragilidade que residam nas ERPIs recetoras do Projeto.

As ERPIs recetoras do Projeto no período de agosto a dezembro de 2022 (período a que o estudo reporta) foram as seguintes:

- i. “Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Faro” (Santa Casa da Misericórdia de Faro)
- ii. “Lar de Idosos da Torre De Natal” (Santa Casa da Misericórdia de Faro)
- iii. “Residência Sénior J. R. Candeias Neto” (Santa Casa da Misericórdia de Faro)
- iv. “ERPI Eng. Francisco Leal” (Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão).

Os critérios utilizados para selecionar as entidades acima referidas foram:

- i. Associações sem fins lucrativos;
- ii. Necessidades de apoio psicológico não atendidas por ausência de psicólogo na estrutura;
- iii. Proximidade geográfica à Unidade Hospitalar de Faro;
- iv. Partilha de visão, missão e valores com o Programa Humaniza.

De agosto a dezembro de 2022, o Projeto prestou apoio psicológico a 50 utentes com doença avançada ou em fim de vida e a 45 familiares, num total de 353 intervenções com utentes; 106 com familiares e 14 intervenções de apoio no luto.

O presente estudo adotou um desenho observacional retrospectivo para analisar os resultados da avaliação inicial de necessidades de apoio psicológico dos residentes referenciado. A amostra foi recolhida nas quatro ERPIs acima mencionadas, sendo que a referência dos pacientes para o Projeto foi feita pelas Diretoras Técnicas das ERPIs, em estreita colaboração com as suas equipas técnicas e clínicas.

Foram utilizados como critérios de referência para o apoio psicossocial e espiritual a residentes os seguintes critérios:

- i. Necessidades de Cuidados Paliativos;
- ii. Presença de sofrimento emocional;
- iii. Existência de vulnerabilidade social.

Após a referenciação, a Psicóloga da EAPS afeta ao Projeto realizou a primeira consulta com o residente, com o objetivo de avaliar as necessidades de apoio psicológico, mais especificamente, de validar a existência de sofrimento emocional e/ou de situação de risco social.

Para o efeito foi realizada uma entrevista psicológica semiestruturada e foi aplicado o questionário de Detecção de Mal-Estar Emocional (DME, Maté et al., 2009). A pontuação total do DME varia entre 0 e 20, sendo que, de acordo com os autores, uma pontuação igual ou superior a 9 aponta para a existência de mal-estar emocional moderado e uma pontuação superior ou igual a 14, para mal-estar emocional grave (Garcia, Romero & Ortega, 2018).

Com o objetivo de caracterizar a amostra foram recolhidos e considerados para o presente estudo os dados demográficos e de saúde do paciente, mais especificamente, tipo de patologia e situação evolutiva da doença.

Resultados

Os resultados deste estudo refletem a avaliação inicial de necessidades de apoio emocional em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs) durante o período de agosto a dezembro de 2022.

A amostra de pacientes atendidos durante este período tinha uma média de idade de aproximadamente 83 anos. Relativamente ao género, 76% dos residentes referenciados para apoio pelo projeto eram do sexo feminino.

No que respeita à incidência de patologias, 22% dos residentes apresentaram pluripatologia geriátrica, 18% insuficiência cardíaca, 12% demência e 12% doença oncológica.

Em relação à fase evolutiva da doença, 82% dos residentes acompanhados durante este período tinham doença crónica complexa, enquanto 18% tinham doença crónica avançada com prognóstico de vida limitada.

A análise dos dados demonstrou que 76% dos utentes referenciados para o Projeto apresentaram, no momento da avaliação inicial de necessidades, níveis significativos de

mal-estar emocional, sendo 22% classificados como apresentando mal-estar moderado e 54% mal-estar grave, conforme avaliado pelo Questionário de Detecção de Mal-estar Emocional (Maté et al., 2009).

Tabela 1
Principais resultados

		%
Género	Feminino	76%
	Masculino	14%
Incidência de patologias	Pluripatologia geriátrica	22%
	Insuficiência cardíaca	18%
	Demência	12%
	Doença oncológica	12%
Fase evolutiva da doença	Doença crónica complexa	82%
	Doença crónica avançada com prognóstico de vida limitada	18%
Mal-estar emocional	Grave	54%
	Moderado	22%
	Ausência	24%

Nota: % = percentagem

Discussão

Os resultados deste estudo proporcionam uma visão significativa das necessidades e desafios enfrentados pelos residentes das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs) com doenças avançadas ou em fim de vida, bem como oferecem insights valiosos sobre a eficácia do Projeto Apoio Emocional, Social e Espiritual neste contexto. Em primeiro lugar, a elevada prevalência de doenças crónicas complexas e avançadas entre os residentes destas instituições é uma preocupação significativa e evidencia a necessidade de cuidados especializados neste cenário. Os dados revelam que uma proporção substancial dos residentes apresenta pluripatologia geriátrica, insuficiência cardíaca, demência e doença oncológica, o que realça a complexidade das condições médicas que necessitam de ser tratadas. Além disso, a análise das fases evolutivas da doença mostra que uma parcela significativa enfrenta doença crónica complexa, enquanto outros têm doença crónica avançada com prognóstico de vida limitada. Estes resultados reforçam a necessidade de cuidados paliativos abrangentes e adaptados a diferentes contextos clínicos.

Os níveis de mal-estar emocional encontrados são particularmente preocupantes. O estudo revela que a maioria dos utentes apresenta mal-estar emocional grave ou moderado, de acordo com o Questionário de Detecção de Mal-Estar Emocional. Isto sugere que a dimensão psicológica destes pacientes é uma área crítica a ser abordada. Os altos índices de mal-estar emocional podem estar relacionados com a natureza debilitante das doenças crónicas avançadas e a proximidade com o fim da vida. A presença de sofrimento emocional num contexto de cuidados de fim de vida é amplamente reconhecida na literatura científica e reforça a necessidade de intervenções psicológicas específicas e eficazes.

É importante também destacar a demografia dos residentes atendidos. A predominância de indivíduos do sexo feminino é notável e pode refletir a tendência geral de maior longevidade das mulheres. Além disso, a idade média dos utentes, de aproximadamente 83 anos, confirma a representação da faixa etária mais avançada da população idosa, que está em crescimento constante.

Conclusão

O projeto "Apoio Emocional, Social e Espiritual em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas", implementado em 2022 por uma equipa de apoio psicossocial apoiada pela Fundação "la Caixa", representa uma resposta crucial para as necessidades crescentes das pessoas idosas que residem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs) e que enfrentam doenças crónicas complexas e avançadas. Os resultados desta avaliação inicial de necessidades refletem uma realidade preocupante, onde a maioria dos residentes apresenta mal-estar emocional grave ou moderado. Além disso, a alta incidência de patologias, como pluripatologia geriátrica, insuficiência cardíaca, demência e doença oncológica, destaca a complexidade dos desafios de saúde que esses idosos enfrentam. O projeto demonstra a importância de um modelo centrado na pessoa, que oferece apoio não apenas aos residentes, mas também às suas famílias e aos profissionais que trabalham com eles. Esses resultados reforçam a necessidade de expandir iniciativas semelhantes para outras ERPIs, a fim de proporcionar um cuidado mais abrangente e integral às pessoas idosas com doenças avançadas e melhorar a qualidade de vida durante a fase de fim de vida nesses ambientes.

Contudo, é importante realçar algumas limitações deste estudo que devem ser tidas em

conta ao interpretar os resultados. Primeiramente, a amostra foi restrita às ERPIs selecionadas com base em critérios específicos, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras instituições semelhantes. Além disso, a avaliação inicial das necessidades foi conduzida apenas ao longo de um período de cinco meses, o que pode não refletir variações sazonais ou mudanças nas necessidades dos residentes ao longo do tempo. Adicionalmente, a avaliação baseou-se principalmente em questionários e entrevistas, sujeitas a possíveis vieses de autorrelato. Futuros estudos podem procurar abordar estas limitações, alargando a amostra e conduzindo avaliações ao longo de um período mais prolongado, bem como considerar abordagens complementares, como observações diretas, para obter uma compreensão mais abrangente das necessidades de apoio psicológico dos residentes em ERPIs.

Referências bibliográficas

- American Psychological Association (2013). *Psychological services in long-term care resource guide*. <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/long-term-care.pdf>
- Barbero, J. (2008). Psicólogos en Cuidados Paliativos: La Sinrazón de um olvido. *Psiconcologia*, 5 (1), 179-191.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Psicogerontología: una rama de la gerontología. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8, 199-200.
- Franco-Martín, M. A. & Orihuela-Villameriel, T. (2006). A reabilitação das funções cognitivas superiores na demência. In H. Firmino (Ed.), L. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds. Assoc.), *Psicogeriatria* (pp. 471-487). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Garcia, J., Romero, M. & Ortega, D. (2018). Avaliação psicológica em cuidados paliativos. In J. B. Gutiérrez, X. Gómez-Batiste, J. M. Méndez & D. M. Ortega (Coord.), *Manual de apoio psicossocial e espiritual a pessoas com doenças avançadas. Intervenção psicológica e espiritual* (pp. 119-133). Fundação laCaixa
- Ismail, Z. & Shukman, K. (2006). Avaliação cognitiva breve para demência. In H. Firmino (Ed.), L. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds. Assoc.), *Psicogeriatria* (pp. 513-530). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Destaque. Informação à comunicação social*. <http://www.ine.pt>

- Machado Santos, P. & Paúl, C. (2006). Desafios na saúde mental dos mais velhos: o outro lado da terapia In H. Firmino (Ed.), L. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds. Assoc.), *Psicogeriatría* (pp. 155-178). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Machado Santos, P. (2020). Intervenção programática em Psicogerontologia. In R. Benavente (Coord.), *Intervenção Psicológica em Gerontologia* (pp. 133-168). Lisboa: Pactor
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2019). *Curso “Demências: O Psicólogo no Rastreio, Avaliação e Intervenção*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020a). *Linhas de orientação para a prática profissional. Intervenção Psicológica com adultos mais velhos*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020b). *A Importância da Intervenção Psicológica e o Papel dos Psicólogos nas Respostas Sociais aos Cidadãos Seniores*. Lisboa.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020c). Envelhecimento saudável qual é o papel do psicólogo? *PSIS21*, 18, 18-19.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2020d). *Linhas de orientação para a prática profissional. Cuidados Paliativos*. Lisboa.
- Ortega, D. M. (2018). Situações clínicas psicossociais prevalentes. Intervenção psicológica. In J. B. Gutiérrez, X. Gómez-Batiste, J. M. Méndez & D. M. Ortega (Coord.), *Manual de apoio psicossocial e espiritual a pessoas com doenças avançadas. Intervenção psicológica e espiritual* (pp. 189-229). Fundação laCaixa.
- Pereira, G. et al. (2020). Intervenção Psicológica nas Demências. In R. Benavente (Coord.), *Intervenção Psicológica em Gerontologia* (pp. 45-88). Lisboa: Pactor.
- Pereira, G. & Mateos, R. (2006). A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. In H. Firmino (Ed.), L. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds. Assoc.), *Psicogeriatría* (pp. 541-560). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Ribeiro, O. et al. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15(6), 742-748. doi: 10.1080/13607863.2011.562177
- Rolland, J. S. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Cancer*, 104(11), 2584-2595. doi:10.1002/cncr.21489.

- Simões, M. R. (2012). Instrumentos de avaliação psicológica de pessoas idosas: investigação e estudos de validação em Portugal. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 34 (1), 9-33
- Sobral, M. (2006). A contribuição da psicologia na avaliação do idoso. In H. Firmino (Ed.), L. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds. Assoc.), *Psicogeriatría* (pp. 499-510). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Sobral, M. (2020). Cuidadores de pessoas em idade avançada: Da avaliação à intervenção . In R. Benavente (Coord.), *Intervenção Psicológica em Gerontologia* (pp. 89-132). Lisboa: Pactor.
- Strauss, E. et al. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: administration, norms and commentary* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Veríssimo, M. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino (Ed.), L. Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto (Eds. Assoc.), *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Woods, R. T (1996). *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester: Wiley.

Agradecimento

Um agradecimento especial à Santa Casa da Misericórdia de Faro e à Associação Cultural e de Apoio Social de Olhão por abraçarem connosco a causa do apoio integral à pessoa com doença avançada e/ou em fim de vida.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Aprender a Saber Parar – Caso Clínico
sobre Gestão Familiar

Título resumido do manuscrito: Gestão Familiar

Maria Santos

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Viseu-Cidade

ORCID ID: 0009-0003-8977-5864

Tiago Tavares

Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF Viseu-Cidade

ORCID ID: 0009-0006-4080-2501

Dora Monteiro

Enfermeira Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar, USF Viseu-Cidade

ORCID ID: 0009-0007-3148-9848

Resumo

Quedas em idosos são comuns e das principais causas ameaçadoras da independência e qualidade de vida. Estas ocorrem habitualmente quando há compromisso de múltiplos domínios da saúde, e estão associadas a morbimortalidade significativa, pelo que é necessário prevenir e otimizar os fatores de risco para complicações. Mulher de 93 anos com antecedentes de Diabetes tipo 2, hipertensão, dislipidemia, doença renal crónica estadio IV-V, demência de Alzheimer (com predomínio de alucinações visuais e auditivas), e parcialmente dependente para as atividades de vida diária. Da medicação habitual destaca-se apixabano 2.5mg, apesar de não ter diagnóstico aparente para o seu uso. Em 2022 teve queda da própria altura com fratura de quatro arcos costais, que complicou com hemopneumotórax, episódio de hipoglicemia grave, alucinações visuais e auditivas durante o internamento.

Após o internamento, em contexto de reunião familiar, foi discutida a necessidade de otimizar a terapêutica, tendo em conta a medicação da doente e seus riscos/benefícios. Foi tomada a decisão de aumentar a dose de quetiapina, suspender anticoagulante oral, reduzir toma de insulina. Foi também feito reforço das medidas para prevenir quedas.

A maioria dos idosos após um evento agravante do seu estado geral, têm limitado o potencial para voltar ao estado prévio. Por isso, é importante tomar decisões que sejam confortáveis e ajustados ao estado geral. Apesar de ainda ser possível otimizar os cuidados desta mulher, fazer essa tomada de decisão em conjunto com os cuidadores, fortalece a confiança nos cuidados e na relação médico-doente.

Palavras-chave: desprescrição; gestão familiar; relação médico-doente; 3ª idade.

Introdução

Quedas em idosos são comuns e das principais causas ameaçadoras da independência e qualidade de vida. Estima-se que um em cada três adultos com mais de 65 anos e metade das pessoas com mais de 80 anos tenha pelo menos uma queda por ano.

Estas ocorrem habitualmente quando há compromisso de múltiplos domínios da saúde, nomeadamente, na presença de problemas de equilíbrio ou fraqueza muscular, dificuldades visuais, doenças crónicas como a demência ou doença cardíaca, que causam períodos de hipotensão, ou até mesmo medicação que conduz a hipotensão.

Para além disto, existem também outros fatores que aumentam o risco de uma queda, tais como, más condições do pavimento, visibilidade ou luminosidade fraca, tapetes ou carpetes, calçado inadequado, ou presença de diferentes alturas de piso, como nas escadas.

Uma queda está associada a morbimortalidade significativa, são causas sérias de incapacidade e com custos elevados associados. Uma em cada cinco quedas pode causar uma lesão grave como fratura ou traumatismo craniano, acabando por necessitar de cuidados médicos urgentes, e muitas das vezes, hospitalização para cuidados adicionais. Os anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K (NOAC), também designados como anticoagulantes diretos, são atualmente os hipocoagulantes considerados de primeira linha em muitas patologias, havendo sido demonstrado de forma consistente um risco-benefício favorável quando comparado com a varfarina.

Existem diferentes tipos de NOACs com características individuais específicas, devendo a sua escolha ser individualizada, tendo em conta diferentes variáveis como a função renal, risco hemorrágico ou medicação concomitante de cada utente.

É também relevante conhecer e ajustar as doses de cada um dos fármacos, uma vez que

o benefício esperado apenas é conseguido quando não é administrado uma dose infra ou supratrapêutica.

Verificar e reduzir a exposição de adultos mais velhos a medicação inapropriada, melhorando a seleção de fármacos a utilizar, e educar o próprio utente, seus familiares e/ ou cuidadores sobre este facto, é necessário para melhorar a qualidade de vida, reduzir os custos e evitar a polifarmácia nos cuidados prestados a estas pessoas.

O uso de critérios ou ferramentas como os critérios de *Beers* ou os critérios de START-STOPP podem ser vantajosas na prática clínica diária, melhorando *outcomes* na morbimortalidade de pessoas idosas, simplificando os esquemas farmacológicos e ajudando na tomada de decisão terapêutica.

No entanto, o senso clínico e a abordagem específica do utente em causa, deverá ser tida em conta aquando da tomada de decisão de medicar ou suspender medicamentos. Com o avançar da idade, a diminuição da reserva fisiológica, a presença de doenças crónicas graves e complicações associadas às mesmas, o equilíbrio entre o que é o certo ou errado para o indivíduo em questão fica cada vez mais ténue. Para além disso, o que é considerado como adequado em determinado momento poderá não ser ideal noutro momento.

É neste tipo de situações que se demonstra a importância da reunião familiar, discussão de abordagens e ter um plano de tratamentos transversal do doente, que aborde diferentes necessidades quer do próprio, quer da família.

A revisão deste plano deve ser sempre revista quando estamos perante um evento agravante de vida, em que há um declínio do estado geral e há limitação no potencial de recuperação da pessoa, sendo necessário adaptação dos cuidadores e equipa de saúde à nova realidade.

Métodos e Resultados

Descrição de caso

Identificação e história pessoal

Mulher de 93 anos, viúva, de raça caucasiana, natural e residente em Viseu, analfabeta, atualmente reformada, trabalhou como doméstica, e atualmente é parcialmente dependente para as Atividades de Vida Diária (AVD), necessitando de apoio na marcha, higiene e alimentação.

Esta doente tem múltiplos antecedentes patológicos, nomeadamente: Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM) com 15 anos de evolução e mau controlo metabólico (última hemoglobina glicada de 8,5%), Hipertensão Arterial (HTA) com 20 anos de evolução, Doença Renal Crónica estadio IV-V (DRC), Dislipidemia (DL), demência de *Alzheimer* (DA) com predomínio de alucinações visuais e auditivas, e Excesso de Peso (índice de massa corporal de 27,3kg/m²). Medicada habitualmente com bisoprolol 5mg, furosemida 40mg, amlodipina+olmesartan 5mg+20mg, ácido fólico 5mg, quetiapina 50mg, insulina glargina, pantoprazol 20mg, atorvastatina 10mg, lercadinipina 10mg, e apixabano 2.5mg, este último sem diagnóstico aparente para o seu uso.

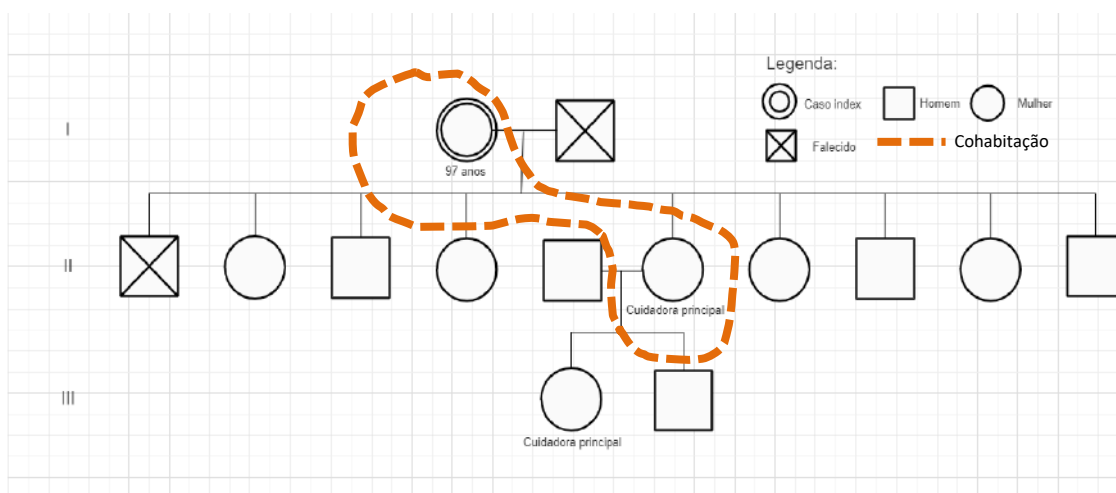
Caracterização familiar

Esta utente integra uma família com prole extensa, e na escala de *Graffar* pertence a uma classe socioeconómica média. Teve 9 filhos, sendo que uma das filhas e neta são consideradas as principais cuidadoras, prestando os cuidados necessários. Atualmente o apoio e questões de saúde são geridas sobretudo por estas duas familiares, sendo que até recentemente a utente residia sozinha até recentemente, altura em que a filha cuidadora deixou a sua própria casa para lhe poder dar apoio, uma vez que não pretendia sair da sua própria habitação.

Na figura 1 encontra-se a genograma da utente, sendo que não foi possível colher a psicofigura de *Mitchell* junto da utente.

Figura 1

Genograma familiar.



História de Doença Atual

Em março de 2022, teve queda da própria altura com fratura de quatro arcos costais no seguimento das quais fez hemopneumotórax.

Decorrente dessa queda e suas complicações, houve necessidade de ficar internada para vigilância e controlo de fatores de risco. No entanto, durante o internamento teve episódio de hipoglicemia grave com nadir de 37mg/dL, com boa recuperação após ter sido administrada glucose endovenosa, bem como agravamento das queixas de alucinações auditivas e visuais durante o internamento.

Assim, houve necessidade de reajuste do habitual funcionamento familiar, para adaptação desta utente e sua família à nova realidade e reserva fisiológica da doente. Após o internamento, convocou-se a família e principais cuidadores bem como a mulher para uma reunião, na qual foi discutido o plano de cuidados e discutida a necessidade de otimizar a terapêutica.

Da consulta do processo e registos no *SClínico*®, concluímos que em 2021 houve um internamento em instituição privada, no contexto de protocolo com o hospital local por causa da pandemia COVID 19. A utente foi internada por DRC agudizada, em contexto de vômitos e possível intoxicação digitálica. Após este internamento, teve alta com indicação para suspender toda a medicação e iniciar: pantoprazol 40mg, amlodipina + olmesartan 5mg+20mg, atorvastatina 10mg, bisoprolol 5mg, furosemida 40mg e apixabano 2,5mg.

A introdução deste NOAC não vinha explanada na nota de alta e, pela consulta do processo clínico, não havia motivo claro para a sua introdução nem para a sua

manutenção.

No entanto, a tomada de decisão de suspender esta medicação foi discutida com a família, a quem foram explicados os riscos/benefícios.

Por um lado, assumindo que terá tido episódio de fibrilação auricular e através do cálculo do CHA₂DS₂-VASc, haveria necessidade para hipocoagular esta utente, podendo desta forma evitar um Acidente Vascular Cerebral (AVC), que por si só poderia causar complicações mais graves e maior dependência de terceiros.

Por outro lado, e dada a idade avançada da doente, reserva fisiológica diminuída, bem como o risco de nova queda e complicações por hemorragia, e usando o *score* HAS BLED, deverá ser considerada a suspensão a hipocoagulação, pelo elevado risco de hemorragia associada a este tratamento.

Na figura dois encontram-se ambos os *scores* e a pontuação em cada uma delas.

Figura 2

CHA₂DS₂-VAsC vs HAS BLED

CHA ₂ DS ₂ -VAsC	HAS BLED
Idade superior a 75 anos (2 pontos); Sexo feminino (1 ponto); Hipertensão arterial (1 ponto); Diabetes <i>mellitus</i> (1 ponto)	Função renal anormal (1 ponto); Idade superior a 65 anos (1 ponto); Hemorragia major prévia (1 ponto).
<u>5 pontos</u> 0-1: risco baixo sendo mulher 2: risco intermédio sendo mulher ≥3: risco elevado	<u>3 pontos</u> 0-1: risco baixo 2: risco intermédio 3-9: risco elevado
Hipocoagular	Risco elevado de hemorragia

Outro dos temas discutidos nesta sessão, foi a necessidade de reduzir a toma de insulina pelo hipoglicemia grave que teve internamento.

O bom controlo metabólico é importante, mas não deverá ser obtido à custa de hipoglicemias, pelo que os alvos terapêuticos também foram ajustados para uma hemoglobina glicada entre 7,5-7.9%.

Foi também tomada a decisão de aumentar a dose de quetiapina para evitar episódios de alucinações visuais e auditivas que se mantiveram ao longo de todo o internamento. Por fim, foi feito o reforço das medidas que deverão ser tomadas para prevenção das quedas, e os passos necessários a serem tomados nesse sentido.

Apesar da dificuldade inicial na discussão deste tema e na aceitação da nova realidade que esta queda condicionou nesta pessoa, a família demonstrou receptividade em adaptar-se às mudanças necessárias para prestar os maiores cuidados possíveis, assumindo o papel de prestadora de cuidados.

No entanto, este tipo de discussões é feito de forma processual, e a qualquer momento as decisões tomadas nesta reunião familiar podem ter que ser alteradas, pelo que foi reforçada a disponibilidade de nova reunião para que se possam discutir novas mudanças que sejam necessárias adotar.

Discussão

A maioria dos idosos, após um evento agravante do seu estado geral, vê limitado o potencial de recuperação e regresso ao estado co mórbido prévio.

Para além disto, e com o aumento de grau de dependência ou das necessidades da pessoa, é necessário que a família se adapta a uma nova realidade. Essa adaptação deve ser tomada em colaboração com a família e/ou cuidadores, para que seja confortável para todos e ajustados ao estado geral, autonomia e fragilidade da pessoa doente.

Neste caso clínico, pretendemos também demonstrar a importância que a reunião familiar tem na tomada de decisão em conjunto, o que fortalece a confiança nos cuidados e na relação equipa de saúde/utente ou profissional de saúde/utente.

O paradigma, sobretudo quando falamos de cuidados prestados a doentes geriátricos ou com algum tipo de dependência e fragilidade, quer esta seja na sua saúde física, mental, social ou outra, deve ser mudado no que respeita aos cuidados centrados no utente para uma abordagem da Família como unidade.

Cuidar da família como unidade é promover a sua capacitação focando-se na mesma como um todo, e nos seus membros individualmente ao longo do ciclo vital e das suas transições. É uma abordagem de planeamento, entrega e avaliação constante dos cuidados prestados numa perspetiva colaborativa da família, o que determina como cada elemento intervém e participa na tomada de decisão.

O principal objetivo é promover o bem-estar e saúde dos indivíduos e seus familiares, sendo que é importante que estes mantenham o controlo sobre a tomada de decisão, uma vez que a família é um grande aliado neste processo. Através deste tipo de cuidados, é reforçado o respeito, cooperação, comunicação, tomada de decisão

informada e cuidados coordenados, que deverão ser prestados. A família, ao participar ativamente tem também o reforço positivo e confiança que as decisões que tomaram são confortáveis, adequadas e atingíveis, reduzindo o risco de *burn-out* nos cuidadores e minimizando complicações associadas aos cuidados desadequados. Por fim, o receio da desprescrição e de suspensão de fármacos potencialmente necessários, é também um tema de difícil decisão.

Conclusão

O equilíbrio entre os riscos e benefícios ficam cada vez mais ténues com o avançar da idade, e perante um evento agravante do estado geral, por isso esta tomada de decisão de suspender um fármaco que tem a capacidade potencial de evitar um evento grave como um AVC, mas que tem também efeitos adversos com risco elevado de hemorragia, não é assim tão simples. A tomada de decisão partilhada e informada apresenta-se como uma solução adequada nestas situações, deixando abertura para a comunicação e partilha de dúvidas por parte da família, para que se possa chegar a uma conclusão adequada, que chegue ao ponto em comum que é o bem-estar da pessoa doente. Desta forma, cada vez mais os cuidados individualizados prestados por diferentes profissionais de saúde, vão ao encontro dos cuidados de centrados não só na pessoa, mas em todos os envolvidos.

Referências bibliográficas

- American Geriatric Society. (2023). *“American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults”*. Journal of The American Geriatrics Society, volume 71 (issue 7), pages 2052-2081. <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). *“Falls in Older Adults”*. <https://www.cdc.gov/falls/facts.html>
- Denis O’Mahony. (2020). *“STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress”*. Expert Review of Clinical Pharmacology, volume 13 (issue 1). <https://doi.org/10.1080/17512433.2020.1697676>
- HealthinAging.org. (n.d.). *“Tip Sheet: Avoiding Overmedication and Harmful Drug*

- Reactions*". <https://www.healthinaging.org/tools-and-tips/tip-sheet-avoiding-overmedication-and-harmful-drug-reactions>
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (n.d.). *"About Patient- and Family-Centered Care (PFCC)"*. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Natália António. (2020). *"Anticoagulantes orais não antagonistas da vitamina K: desafios na prática clínica"*. LiveMed. <https://www.livemed.in/pt/blog/anticoagulantes-orais-nao-antagonistas-da-vitamina-k-desafios-na-pratica-clinica/>
- National Health Service. (n.d.). *"Falls"*. <https://www.nhs.uk/conditions/falls/>
- National Institute on Aging. (n.d.). *"Falls and Fractures in Older Adults: Causes and Prevention"*. <https://www.nia.nih.gov/health/falls-and-fractures-older-adults-causes-and-prevention>
- UpToDate. (n.d.). *"Comprehensive Geriatric Assessment"*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/comprehensive-geriatric-assessment?search=geriatric%20population&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H379880560
- UpToDate. (n.d.). *"Falls in Older Persons: Risk Factors and Patient Evaluation"*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/falls-in-older-persons-risk-factors-and-patient-evaluation?search=quedas%20em%20idosos&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

"Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse".

Full title of the manuscript: Are elders able to produce TV News content?

Short title of the manuscript: The case of Senior TV

Luís Miguel Pato

CEIS20 – Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX, ISMT – Coimbra I | lpato@ismt.pt

ORCID ID: 0000-0002-9087-3168

Patricia Torrijo Fíncias

USAL - Espanha | patrizamora@usal.es

ORCID ID: 0000-0001- 8183-1284

Cristóvão Margarido

ESECS IPLeiria | cristovao.margarido@ipleiria.pt

ORCID ID: 0000-0002-2479-5114

Ricardo Pocinho

ESECS IPLeiria | pocinho@hotmail.com

ORCID ID: 0000-0003-1307-5434

Hugo Miguel Carvalho

ISCIA | hmc@iscia.edu.pt, <https://www.cienciavita.pt/9910-CE7F-E405>.

Abstract

When examining the current media landscape, we can see that technologies play a major role in our daily lives. No one is immune to its effects even elders, who are typically seen as being removed from these situations, have long since given up their role of "laggards" (Rogers, 1995) and are now "digital immigrants" (Prensky, 2001). It represents an opportunity for them to express themselves creatively as anyone, they can generate, publish, and broadcast content if they have the necessary tools and acquire the right know-how. A study being conducted at Leiria Polytechnic Institute's ESECS (Higher School of Education and Social Sciences) for the Senior TV project, the aim is for a group of seniors (from the Polytechnic's 60+ project) to produce, record, direct,

and edit TV news programming (interviews and reports). This content is already accessible via YouTube.

We believe that, by being taught how to produce TV, elders might benefit from this experience in a wide array of areas. It helps in their social relationships as well as raise their levels of media and digital literacy and impose a moment of permanent education.

Key-words: television, elders, TV production and TV News.

Introduction

In demographic terms, we are living in an unrivaled era. There have never been so many old people living with quality and equipped to continue portraying useful roles in society. According to the United Nations, by 2050 there will be three elderly persons for every child (UN, 2023). In fact, the current decade (from 2021 to 2030) has been declared as the decade of healthy aging. In Portugal, there will be three million elderly persons (those over 65), which means that in 2080, there will be 300 elderly people for every 100 young people (INE, 2020). In other words, the demographic aging is now a major issue.

We live in a time where technical democratization supports the enduring participatory culture. These are times where each one of us can create media content. We are a part of a hybrid ecosystem in which media are fundamental to lived experience. We live in media rather than alongside it (Deuze, 2009).

The concept that not only exposure to technology but also its use may enhance people's quality of life is still prevalent in this environment, with the elderly being a particular focus (Celdrán, et al. 2019). However, elders have been forgotten. They are seen as passive people when it concerns to using technology (Ferreira, *et. al.*, 2017). However, when looking at technology, video producing is an aspect that interests elders (Waycott, *et. al.*, 2013). This is shown as something which demonstrates an increase in what concerns quality of life (Slodkowski, *et. al.*, 2022). Besides, it also shows a greater digital inclusion of elders in today's technologically enhanced life. They are slower than younger generations, but there is occurring a digital turn (Bergström, 2020).

This paper results of a doctoral study in Education in the Knowledge Society – specialization in Communication and Education that is being conducted in the University

of Salamanca (Spain). It is built around three distinct moments. The first is to try to understand the function of TV and attempt to profile the elder consumer in Portugal. The second and third moments are based on trying to comprehend which modifications occur when older people produce TV contents. In this study, nine senior students from the Polytechnic of Leiria's 60+ project program make up the time and will oversee all steps and processes involved in the production of these contents. In this case we are talking about producing TV News (interviews and news reports) broadcast style.

We will concentrate on how pertinent knowledge from television can be for these people and go through the specifics of how these TV contents are produced. We will attempt to understand senior citizens as media content producers (in this case TV), and we will also address the applied methodology and the expected outcomes and their discussion.

TV in the elders' lives

In the life of older people, TV performs two important roles. It is used ritualistically and strategically. The first suggestion results from its increased focus on entertainment. Watching TV is fun. While the second discusses using media with practical implications. TV is more utilitarian. Viewers are mostly older people (Hilt, *et. al.*, 2004; Rubin, 1983). TV has two purposes: one is structural (it helps individuals in their lives), and the other is relational (has a socialization usage). People watch TV to feel comfortable, entertained, accompanied, informed, integrated into society, less bored, aroused, and have a way to evade their daily lives (*ibid.*, 1983). It also fosters amusement, self-identification, social interaction and ontological comfort. TV plays a formative role in these lives. It offers them information, amusement and company. It also helps schedule a daily routine. It schedules daily duties (Grajczyk, *et. al.*, 1998). TV also imposes a parasocial relationship that avoids less enjoyable activities - such as loneliness (Ongun, *et. al.*, 2016). This way, this medium of communication helps deal with both physical and mental issues. It is a coping tool (Vandenbosch & Eggermont, 2002).

The role portrayed by TV News in the elderly's lives

In the case of TV News, we are faced with a media consumption that is driven by an intentionality. It has practical repercussions in daily life, like other media, such as responding to educational needs, being aware of one's surroundings, and being amused

(Ruggiero, 2000). Regarding TV News, elders find these contents as being more credible and useful in their lives (Hilt, *et. al.*, 2004; Rubin, 1987). Thus, these contents serve as a means of arranging their daily activities.

When we examine the contents of TV News, we can notice that they allow the older viewers to avoid the quirks of their age group. They enable them to get more involved in their communities, this way they feel more helpful (*ibid.*, 1987). They believe that these programs address the needs for vigilance, amusement, interpersonal connection and parasocial interactions (Levy & Windahl, 1984). Besides, their contents address informational and educational demands (Ferreira, 2016; *ibid.*, 1987). In this perspective, health-related news is regarded as being an essential aspect - e.g.: during COVID-19 (Scopelliti, *et. al.*, 2021; Wang & Gantz, 2007).

Media production by elders – scenario layout and perceived benefits

It is crucial to recognize that we live in a world where everyone can create media and video material (Ferreira, *et. al.*, 2009). Regarding communication research and technology advancements, Elders are disregarded. They are thought of as being distanced from technological advances (Waycott, *et. al.*, 2013). However, they also produce contents.

However, because today access to digital technologies is normal for everybody – including elders, stereotyped theories such as "technophobia" or "digital ageism" are being challenged (Bergström, 2020). In fact, this is now considered policy because there is a need to increase digital literacy and comprehend the adoption of digital technology among older users (Reuter, *et. al.*, 2021).

The possibility of producing media contents is now ubiquitous. They use social networks – such as Instagram (McGrath, 2018), Youtube (Sayago, *et. al.*, 2012), Blogs (Celdrán, *et. al.*, 2019) to promote contents. Today they also produce photographic contents (Waycott, *et. al.*, 2013). In what concerns video production, we can see that the creation of video contents allows elderly to have better quality of life (Brewer & Piper, 2016). This occurs not only because they can watch TV content in a much easier manner, but because this exposure and use of technologies improves their quality of life and makes health issues easier (*ibid.*, 2019). For instance, old age is associated with poor eyesight, and clips are easier to watch than text or pictures (Li, *et. al.*, 2022; *ibid.*, 2019). It is an

improvement of their living conditions (Slodkowski, *et. al.*, 2022; Reuter, *et. al.*, 2021). It provides them with a voice and helps them to be more active in their communities, specifically through civic actions (*ibid.*, 2021). TV also allows elders to have a role in society as storytellers (Viel, *et. al.*, 2019). Thus it is normal for them to create home videos that reflect on their life experiences (Ferreira, *et. al.*, 2017). Besides this heritage aspect, these produced contents can be ludic or formative (Harley & Fitzpatrick, 2009). They also repurpose existing web video and image collections as new contents (*ibid.*, 2017). Mobile technologies and digital emancipation allow people to create videos. Nowadays, mobile technologies (e.g.: smartphones or phablets) allow people to create short videos. Studies have shown an increase in the number of older people who use these videos for practical purposes (e.g., staying in touch with family members and friends through videos) (e.g., TikTok) (Ng. *et. al.*, 2022; Li, *et. al.*, 2022). It gives them a first-person production and consumption perspective (*ibid.*, 2022).

When discussing media production with older people, we notice an upward trend - e.g.: in 2012, 99.9% of Portuguese citizens (aged 15-74) had a television, with 51% owning and using computers and telecommunications (Pordata, 2023). In the United States, 61% of this age group owns and uses a "smartphone," and 45% use social networks. In the United Kingdom, 83% use "YouTube" (PEW, 2022), and 27% use mobile devices, while 48% use social networks for communicating and engaging (OfCom, 2022; 2023; PEW, 2022]. Elders use media and share media content as a routine.

We can also see that senior universities and other projects that promote active learning through the creation of media material, have grown in recent years. Through several programs done in Portugal, it has been shown that the elderly can create media material. These are some examples: newsletters (Nova Antena, Linda-a-Velha, I Create, Penacova), and picture magazines (iHumanus, Escola de Senior University of Odemira; Senior Academy of Covilhã; Senior University of Torres Vedras) and radios (Senior University of Nelas, USCARM - Rio de Moura, and Senior Line - Grândola, Santa Casa da Misericórdia da Pampilhosa do Serra). When it comes to news production, we can also outline projects such as Repórter 60+ (available online at: <https://www.reporter60.com.br/>) and LLARC (available online at: <http://laterlifeaudioradio.org/>). This last one is a project dedicated to producing PodCasts with this population.

When it comes to TV/Video production, besides YouTube channels (Carvalho & Santos, 2022; Sayago, *et. al.*, 2012), we can see that Coimbra's iHSénior Channel stands out. In addition, we cannot overlook YouTube channels, by elders, that are dedicated to amusement and information. In all these projects, the use of technology helps elders improve their:

- i. quality of life;
- ii. manners of expression;
- iii. methods of increasing information inclusion;
- iv. increased civic participation.

In sum, we can see that the possibility of producing media contents presents the elders with ways of expression. It helps them be more included in their communities and to have a more significant role. It also helps them understand their media ecology in a more profound manner and fight of issues such as misinformation.

The role of media and digital literacy in the elderly population

When we talk about media literacy, we are addressing the skills necessary to access, comprehend, critically assess, and produce communication contents in several contexts (Lopes, 2018). Understanding the evolution of mediations, the technical landscape, and the reception and comprehension of messages are key to its genesis (Christ *et. al.*, 2020). According to Piscitelli & Ferrés (2012), media literacy is concerned with language, technology, interaction, the creation of media content, ideology, and aesthetics. It is important because it involves the creation of material and involvement from the general population (Rasi *et. al.*, 2021).

Digital literacy is described as the "ability to access, handle, understand, integrate, communicate, evaluate and create informative content in a safe and correct way through digital technologies in multiple digital contexts" (Law *et al.*, 2018; p. 07). The peculiarities of active aging must be addressed in the case of the elderly because education is one of the foundations of this idea. The process of developing and maintaining capacity - which contributes to well-being - of elderly people, with functional capacity being the result of the interaction of the person's intrinsic capabilities (physical and mental) with the environment (OMS, 2015), is one of optimizing health, participation, and security opportunities to improve quality of life as

people age. It concerns both the development of the elderly's functional and cognitive capital as well as the improvement of their social capacity (Kavé *et al.*, 2012; Ribeiro & Paúl, 2011).

When it concerns elderly people, it helps them have better quality of life (Reuter, *et. al.*, 2021; Slodkowski, *et. al.*, 2022). They use technologies lesser than younger generations and are less trustworthy regarding digital media (Carenzio, *et. al.*, 2021, Baran & Alpaydin, 2018). However, while media literacy has shown to boost younger people's abilities to identify misinformation, it is not clear that elders follow this tendency (Moore, *et. al.*, 2022). It might have to do with their struggles concerning with digital media skills and skepticism concerning these technologies (*ibid.*, 2022). We consider that, for media and digital literacy enhancement to occur with elders, it should be a policy issue. This has been seen by the European Union since 2020 that has underlined the importance this issue has for all countries (*ibid.*, 2020). It is also vital to understand how traditional and digital media can be combined for this age group (Nimrod, 2017). Projects, such as Sénior TV, are important in this way.

Methods

For elders to create media contents – in this case TV News, they need theoretical and practical knowledge. They need to understand how to use tools and software that are needed to create, edit and distribute media material. In this case – TV News.

Even though this project is still in its early stages, it is already producing TV content. It started with theoretical classes (on December 6, 2022) and practical sessions which began on December 16, 2022 with the production of interviews and TV News reports.

This project is based on traditional lectures, practical and laboratorial classes. In their theoretical lectures, students learned that producing TV essentially involves the convergence of two factors. One is based on understanding how TV, as a medium, works both symbolically and linguistically. The other is of a technical nature and refers to the tools and programs used especially in the pre-production and post-production moments (Zettl, 2006; Millerson, 2009).

During these sessions, topics like communication sciences, philosophy, cinematographic studies, sociology of media, television studies, and multimedia (video editing and sound design), were discussed. YouTube and other movie snippets were used to highlight what

was being addressed in these sessions. This way, students can understand what is addressed in a theory by looking at these contents.

They also learned how to use lights, record sound, and use digital cameras. They learned how to dolly, pan, and zoom and addressed composition, camera angles, TV lighting and audio recording (Hughes, 2012). These students talked about how to use this equipment in the studio and in outdoor settings for creating TV news contents. They understood professions related to television's production reality; in addition, they addressed this medium's production processes which consists of pre-production (the organizational phase of the television program), production (recording the content), and post-production (editing the program) (*ibid.*, 2012; *ibid.*, 2009; *ibid.*, 2006).

After mastering media theory through more traditional classes, older people were taught how to create news content in practical sessions. While these classes were being conducted, they also undertook practical sessions - that resulted first in small interviews (called: "Conheça a Equipa"). In this production, the students that are part of this project conducted interviews among themselves. Later, as the project became more mature, they began producing bigger, more traditional, interviews ("Revelações") and TV Reports – that are more difficult to do because they demand that people get close to the motif (Coelho, et. al., 2021). All these contents are available online on the project's YouTube channel.

Image 1

Sénior TV's YouTube channel.

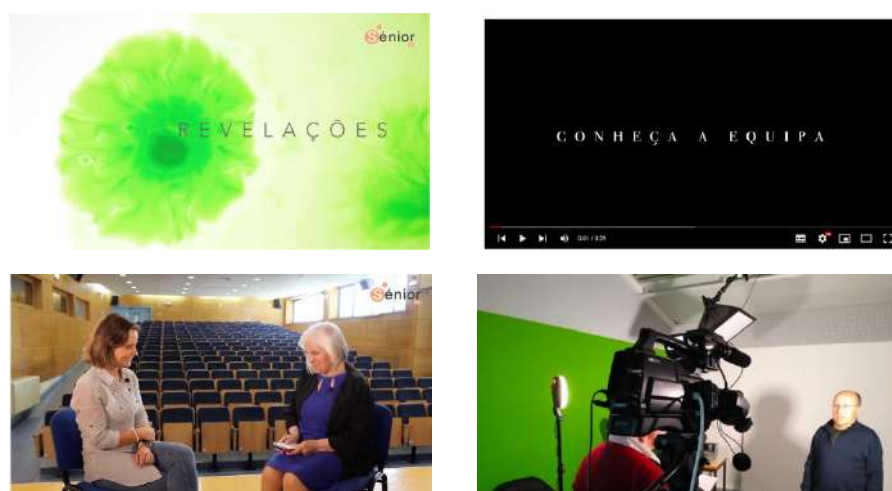


These contents were recorded with the team that consists of nine students (aged between 62 and 74), who learned the theoretical aspects of producing TV in a classroom and later applied them in these contents.

They have covered topics related to education, gerontology and other issues, such as biographical issues of the interviewees. These topics are regarded as critical for the project's elements and editorial aims. Through this, besides enhancing their understanding of the medium from a symbolic and linguistic nature, they have increased their knowledge of technical aspects – all aspects that might result in an increase of their media and digital literacy levels.

Image 2

The project's production process and some produced contents.





Conclusion

TV continues to play a significant role in the lives of seniors. Acquiring more complex technology domains reflects an improvement in the elderly's living circumstances, namely in their degrees of active aging, rather than just a struggle that is present in some sceptic studies. As the sessions went on, it became clear that learning TV production skills and techniques was perhaps leading to some changes in the elder's media diet. It enhances their individuality, and they participate in communal activities. In conclusion, it is believed that the originality of the concept depends on seniors producing TV in addition to the potential quality of the programs that will arise from this initiative.

By having a lifelong learning process which addresses inclusive strategies concerning media techniques, we believe that we will allow the elders not only to produce contents, but to understand the mediascape in a more thorough manner. Thus, becoming more effective members of society.

Bibliographic references

- Baran, A. G., & Alpaydin, m. Ö. (2020). A qualitative study on skills of elders to use digital technology products from digital divide perspective. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 13(2), 107-122. Disponível em: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1266359>.
- Carenzio, A., Ferrari, S., & Rasi, P. (2021). Older people's media repertoires, digital competences and media literacies: A case study from Italy. *Education Sciences*, 11 (10), 584.
- Coelho, P., Reis, A. I., & Bonixe, L., (2021). *Manual de Reportagem*. Covilhã: Livros LabCom.
- Bergström, A. (2020). Exploring digital divides in older adults' news consumption. *Nordicom Review*, 41(2), 163-177.
- Brewer, R., & Piper, A. M. (2016). Tell It Like It Really Is – A Case of Online Content Creation and Sharing Among Older Adult Bloggers. In *Proceedings of the 2016*

- CHI Conference on Human Factors in Computing Systems (pp. 5529-5542).
- Celdrán, M., Serrat, R., & Villar, F. (2019). Older adults as internet content producers: Motivations for blogging in later life. *Perspectives on human-computer interaction research with older people*, 169-182.
- Deuze, M. (2012). *Media Life*. Wiley, London: Wiley. Ferreira, R. M. C. (2016). Exposição da Audiência aos Meios: Avanços da abordagem de Usos e Gratificações. *Revista Famecos*, 23(1).
- Ferreira, S. M., Sayago, S., & Blat, J. (2017). Older people's production and appropriation of digital videos: an ethnographic study. *Behaviour & Information Technology*, 36(6), 557-57.
- Flick, U., A Introdução à pesquisa qualitativa. Artmed, Porto Alegre (2009).
- Grajczyk, A., & Zöllner, O. (1998). How older people watch television. *Gerontology*, 44(3), 176-181.
- Harley, D., & Fitzpatrick, G. (2009). YouTube and intergenerational communication: the case of Geriatric1927. *Universal access in the information society*, (8), 5-20.
- Hilt, M. L., & Lipschultz, J. H. (2004). Elderly Americans and the Internet: E-mail, TV news, information and entertainment websites. *Educational Gerontology*, 30(1), 57-72.
- Hughes, M. K. (2012). *Digital filmmaking for beginners: A practical guide to video production*. London: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estatística (2020). Divulgação dos resultados provisórios. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- Kavé, G., Shrira, A., Palgi, Y., Spalter, T., Ben-Ezra, M., & Shmotkin, D. (2012). Formal education level versus self-rated literacy as predictors of cognitive aging. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(6), 697-704. Disponível em: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/67/6/697/612346>.
- Law, N. W. Y., Woo, D. J., de la Torre, J., & Wong, K. W. G. (2018). A global framework of reference on digital literacy skills for indicator. *UNESCO. Informative Paper Nº 51*. Disponível em: <https://hub.hku.hk/bitstream/10722/262055/1/Content.pdf?accept=1>.

- Levy, M. R., & Windahl, S. (1984). Audience activity and gratifications: A conceptual clarification and exploration. *Communication research*, 11(1), 51-78.
- Li, Y., Liu, Q., & Wang, Y. (2022). The Research on the Usage Behavior of TikTok Short Video Platform in the Elderly Group. *Journal of Education, Humanities and Social Sciences*, 5, 189-197.
- McGrath, L. (2018). Achieving visibility: Midlife and older women's literate practices on instagram and blogs. *Literacy in Composition Studies*, 6(2).
- Millerson, G., & Owens, J. (2009). *Television production*. London: Routledge.
- Moore, R. C., & Hancock, J. T. (2022). A digital media literacy intervention for older adults improves resilience to fake news. *Scientific reports*, 12 (1), 6008. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-08437-0>.
- Ng, R., & Indran, N. (2022). Not too old for TikTok: How older adults are reframing aging. *The Gerontologist*, 62(8), 1207-1216.
- OFCOM. "News Consumption in the UK" https://www.ofcom.org.uk/__data/assets/pdf_file/0027/157914/uk-news-consumption-2019-report.pdf, last accessed 2022/09/12.
- OFCOM. Rise of Social Seniors revealed. <https://www.ofcom.org.uk/about-ofcom/latest/features-and-news/risesocial-seniors>, last accessed 2023/09/02.
- Ongun, E., Guder, F. Z., & Demirag, A. (2016). Elderly people's choice of media and their perceived state of loneliness. *Online Journal of Communication and Media Technologies*, 6(1), 35-47. Disponível online em: <https://www.ojcmt.net/download/elderly-peoples-choice-of-media-and-their-perceived-state-of-loneliness.pdf>.
- OMS (2015). Relatório Mundial do Envelhecimento Saudável. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=CF44A371F0D1CCBD361603CD2E590AD1?sequence=6.
- PEW. Share of those 65 and older who are tech users has grown in the past decade. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2022/01/13/share-of-those-65-and-older-who-are-tech-users-has-grown-in-the-past-decade/> last accessed 2023/05/22.
- Piscitelli, A., & Ferrés, J. (2012). La competencia mediática: propuesta articulada de dimensiones e indicadores. *Comunicar*, nº 38, v. XIX, 2012, *Revista Científica de*

- Educomunicação*. 75-82 (1). Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/comunicar/v19n38/v19n38a10.pdf>.
- PORDATA. Indivíduos que utilizam o computador e Internet: por grupo etário. <https://www.pordata.pt/portugal/individuos+com+16+e+mais+anos+que+utilizam+computador+e+internet+em+percentagem+do+total+de+individuos+por+grupo+etario-1139>, last accessed 2023/05/30.
- Prensky, M. (2001). Digital natives, digital immigrants part 2: Do they really think differently? *On the horizon*, 9 (6), 1-6. Acessível na internet em: <https://www.marcprensky.com/writing/Prensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>.
- Rasi, P., Vuojärvi, H., & Rivinen, S. (2021). Promoting media literacy among older people: A systematic review. *Adult Education Quarterly*, 71(1), 37-54. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0741713620923755>.
- Reuter, A., Scharf, T., Smeddinck, J.: "Content Creation in Later Life: Reconsidering Older Adults' Digital Participation and Inclusion. In Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction 4. CSCW3, 1-23 (2021).
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Rogers, E., (1995). *Diffusion of Inovations*. New York: Free – Press MacMillan.
- Rubin, A. M. (1983). Television uses and gratifications: The interactions of viewing patterns and motivations. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*, 27(1), 37-51.
- Rubin, A, Perse, M (1987) Audience activity and television news gratifications. *Communication research*: 58-84. Available via. https://www.researchgate.net/publication/234118767_Audience_Activity_and_Television_News_Gratifications. Accessed 10th March 2022
- Ruggiero, T. E. (2000). Uses and gratifications theory in the 21st century. *Mass communication & society*, 3(1), 3-37. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1207/S15327825MCS0301_02?casa_token=yfrYccLbpywAAAAA:g_esNhtBddOwiO4Wuyr3171Wtw3bQ0uyLiLpnkTI1E3ybhN1Ydwmo7jcXEm7fYI3NlcXCVgeeLCm_bl.
- Sayago, S., Forbes, P., & Blat, J. (2012, September). Older people's social sharing practices in YouTube through an ethnographical lens. In *The 26th BCS Conference*

- on *Human Computer Interaction* 26 (pp. 185-194).
- Scopelliti, M., Pacilli, M. G., & Aquino, A. (2021). TV news and COVID-19: Media influence on healthy behavior in public spaces. *International journal of environmental research and public health*, 18 (4), 1879. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7919256/>.
- Slodkowski, B. K., Akazaki, J. M., Machado, L. R., & Behar, P. A. (2022). Produção de conteúdos audiovisuais por idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Debates em Educação*. Maceió, 35. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/249585/001149230.pdf?sequence=1>.
- United Nations. (2023). World Population Ageing 1950-2050. *Population and development Review*, Department of Economic and Social Affairs. Available at: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2021/Nov/undesapd_2002_wpa_1950-2050_web.pdf.
- Vandebosch, H., & Eggermont, S. (2002). Elderly peoples media use: At the crossroads of personal and societal developments. *The european journal of communications*, 27, (4), 437-455.
- Viel, C. C., Rodrigues, K. R., Cunha, B. C., & Pimentel, M. G. (2019). Elderly vloggers: authoring and sharing stories with mobile media and DTV using the the GhostWriter service. *Proceedings of the 25th Brazillian Symposium on Multimedia and the Web*. pp. 185-192 (2019).
- Wang, Z., & Gantz, W. (2007). Health content in local television news. *Health Communication*, 21(3), 213-221.
- Waycott, J., Vetere, F., Pedell, S., Kulik, L., Ozanne, E., Gruner, A., & Downs, J. (2013, April). Older adults as digital content producers. In *Proceedings of the SIGCHI conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 39-48). Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/pdf/10.1145/2470654.2470662>.
- Zettl, H. (2006). *Television production handbook*. Calif.: Wadsworth Pub Co.

“The authors declare that there are no conflicts of interest.”

**Título completo do manuscrito: ArreVita – Programa de Estimulação e
Reabilitação Neurocognitiva (Estudo Piloto)**

Título resumido do manuscrito: ArreVita

Cristiana Filipa da Silva Pereira de Sousa

Santa Casa da Misericórdia de Lousada, Porto, Portugal I

cristiana.silva.pereira@gmail.com

ORCID - 0009-0002-5845-5975

Renato Leonel Barbosa Gomes

Santa Casa da Misericórdia de Lousada, Porto, Portugal I

renato.gomes@scmlousada.pt

ORCID -0009-0007-7854-017X

Resumo

A presença de uma Lesão Neurológica Adquirida compromete o desempenho das ocupações significativas do Ser Humano. A Neuroplasticidade representa a faculdade do cérebro para recuperar-se e reestruturar-se. Este potencial adaptativo do sistema nervoso permite ao cérebro recuperar de transtornos ou lesões.

Este estudo deteve como objetivos avaliar a eficácia da implementação de um programa de estimulação e reabilitação neurocognitiva, em pessoas internadas numa unidade de cuidados continuados de média duração e reabilitação, com alterações no desempenho cognitivo resultantes de uma multiplicidade de situações.

A amostra é constituída por 107 indivíduos, com idades compreendidas entre 37 e os 97 anos, com uma média de idade de 72 anos. Foi usado como metodologia de conhecimento os resultados obtidos na Medida de Independência Funcional (MIF), nomeadamente os valores da vertente cognitiva, na Admissão e na Alta. O programa desenvolveu-se através de intervenção em grupo, 2/semana, com a duração de 60 minutos.

Os resultados demonstraram um aumento médio de 10% nos valores obtidos na Vertente Cognitiva da MIF, refletindo o melhoramento médio de um nível de

dependência da MIF. Comparativamente aos valores obtidos em ano anterior, sem a aplicação do programa, verificou-se um aumento nos resultados atingidos.

Através do presente estudo foi possível verificar a eficácia da implementação de um programa de estimulação e reabilitação neurocognitiva, em grupo, na diminuição do défice cognitivo decorrente de uma Lesão Neurológica Adquirida.

Palavras-Chave: défice cognitivo; estimulação cognitiva; reabilitação cognitiva, programas de avaliação.

Introdução

A Cognição é um conjunto de processos mentais responsáveis pela aquisição e uso do conhecimento, criando respostas adaptativas às mudanças no meio ambiente, alterando as nossas ações e comportamentos, de modo a alcançar objetivos. Permite-nos participar nas atividades significativas do quotidiano (Maskill & Tempest, 2017).

A Lesão Neurológica Adquirida (LNA) diz respeito a um acontecimento cerebral causado por eventos traumáticos ou não-traumáticos, como por exemplo o Traumatismo Crânioencefálico (TCE) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), respetivamente. É definida como uma alteração na estrutura cerebral que causa ausência de uma função cerebral, sendo que não se trata de uma doença degenerativa (OMS, 2006). Após a LNA podem ocorrer alterações cognitivas ao nível das funções executivas, na atenção e memória, que resultam em défices ao nível motor. Estas alterações, que ocorrem após a LNA, podem originar repercussões nas atividades da vida diária (AVD) dos indivíduos, afetando o nível de funcionalidade e independência, bem como, a sua qualidade de vida (Bogdanova, Yee, Ho, & Cicerone, 2016). O reconhecimento da sua existência numa fase precoce é fundamental para a recuperação funcional (Kalaria, Akinyemi, & Ihara, 2016). Numa fase inicial, após o aparecimento da lesão, pode existir um atraso no desenvolvimento do declínio cognitivo, se aplicadas intervenções que preservem a cognição, através da “*janela de oportunidade*” do cérebro humano, a Neuroplasticidade (Brainin, et al., 2015). Na década de 1970 com o aumento de estudos de neuroimagem começou-se a compreender melhor o conceito de plasticidade cerebral, quer em encéfalos com desenvolvimento dito normal quer em encéfalos com quadros neuropatológicos. Admitia-se que o tecido cerebral não tinha capacidade regenerativa

e que o cérebro era definido geneticamente, ou seja, que possuía um programa genético fixo. No entanto, não era possível explicar o fato de pacientes com lesões severas, após reabilitação intensiva, recuperarem diversas funções. Com o aumento do conhecimento, através do recurso de neuroimagens sobre o cérebro mostrou-se que este é muito mais maleável do que até então se imaginava, modificando-se sob o efeito da experiência, das percepções, das ações e dos comportamentos. Deste modo, podemos referir que a relação que o ser humano estabelece com o meio produz grandes modificações no seu cérebro, permitindo uma constante adaptação e aprendizagem ao longo de toda a vida. Assim, o processo da plasticidade cerebral torna o ser humano mais eficaz (Meinzer, et al., 2008).

O Sistema Nervoso Central utiliza-se desta capacidade na tentativa de recuperar funções perdidas e/ou, principalmente, fortalecer funções similares relacionadas às originais, aquando de uma lesão. Kolb e a sua equipa, em 2011, procederam à aplicação de um programa de estimulação cognitiva, em ratos após estes terem sido submetidos a um acidente vascular cerebral. O programa teve a duração de 2 meses, de forma diária, delineada e intensiva, direcionado para a área cerebral afetada. No final do programa conseguiram constatar que tinha ocorrido a formação de uma vasta rede neuronal nova na área lesionada. Esta situação ocorreu devido ao alongamento dos axónios de alguns neurónios, presentes nas áreas adjacentes, chegando aos dendritos e aos corpos celulares de outros neurónios, promovendo a sinapse. Deste modo, as funções relacionadas a essa área lesionada puderam ser reativadas e substituídas por outros neurónios, ainda que com limitação (Kolb, Muhammad, & Gibb, 2011). Uma estimulação consistente de competências como a memória, linguagem, percepção, atenção e funções executivas, pode ser utilizada para atenuar o declínio cognitivo (Eckroth-Bucher & Siberski, 2009) (Cole, 2018). A estimulação cognitiva é uma intervenção que promove o envolvimento em atividades que proporcionam uma melhoria geral do desempenho cognitivo e social (Tardif & Simard, 2011). Com este tipo de estimulação pretende-se maximizar a eficácia do processamento da informação e a evidência científica diz-nos que este tipo de estimulação permite manter, e por vezes melhorar as competências cognitivas, de comunicação, o bem-estar e a qualidade de vida (Piras, et al., 2017) (Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012).

A reabilitação neurocognitiva tem vindo a demonstrar resultados significativos e

melhorias na qualidade de vida dos indivíduos com a sua prática. Um estudo realizado de meta-análise e revisão sistemática por (Rogers, Foord, Stolwyk, Wong, & Wilson, 2018) comprovou que um grupo de pessoas com LNA mostrou melhorias significativas nas capacidades cognitivas afetadas após a intervenção. Foram encontradas diferenças, ainda que pequenas, para a memória, atenção, velocidade de processamento e funções executivas. Também foram detetadas diferenças moderadas para a linguagem e função visuoespacial.

A presença de uma Lesão Neurológica Adquirida compromete o desempenho das ocupações significativas do Ser Humano. Afeta as rotinas e papéis desempenhados pela pessoa, tendo um impacto diferente em cada uma, podendo causar dificuldades na participação em todas as áreas da ocupação, devido à sua importância no funcionamento humano (Maskill & Tempest, 2017). A reabilitação neurocognitiva ajuda a retardar a progressão da disfuncionalidade, avaliando primeiramente o impacto dos défices cognitivos nas áreas de ocupação, para posteriormente otimizar e permitir a funcionalidade da pessoa e a sua participação nas diferentes áreas de ocupação significativas (Maskill & Tempest, 2017).

O presente estudo surge da pertinência de criar uma nova metodologia de intervenção, numa unidade de cuidados continuados, onde se verificava que a reabilitação motora funcional atingia objetivos mensuráveis significativos, mas a componente cognitiva das pessoas internadas demonstrava uma recuperação muito pouco expressiva e com implicações funcionais no desempenho das tarefas de rotina diária. Deste modo pretendemos avaliar a eficácia da implementação de um programa de estimulação e reabilitação neurocognitiva, em pessoas internadas numa unidade de cuidados continuados de média duração e reabilitação, com alterações no desempenho cognitivo resultantes de uma multiplicidade de situações.

Métodos

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, pré-experimental, com avaliação pré-teste e avaliação pós-teste (após a intervenção), não probabilístico de amostra por conveniência, "...pois este visa sobretudo explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise dos dados numéricos" (Fortin, 2009). Foi utilizado um método de amostragem não probabilístico de conveniência para a seleção da amostra

uma vez que os participantes foram escolhidos de acordo com a sua acessibilidade e disponibilidade, em que a probabilidade de um elemento ser incluído na amostra é desconhecida (Ribeiro, 2010).

Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- i. Pessoas internadas na unidade de cuidados continuados integrados de média duração e reabilitação do Hospital de Lousada;
- ii. Pessoas com presença de declínio cognitivo decorrente de Lesão Neurológica Adquirida;
- iii. Pessoas com condições clínicas não sujeitas a alectuamento.

A amostra foi constituída por 107 indivíduos, que se encontraram internados na unidade entre o dia 01/01/2022 e o dia 31/12/2022, com uma média de 84 dias de internamento. Esta amostra apresentou idades compreendidas entre 37 e os 97 anos, com uma média de idade de 72 anos. Foi usado como metodologia de conhecimento os resultados obtidos na Medida de Independência Funcional (MIF), nomeadamente, os valores da vertente cognitiva, na Admissão e na Alta. A vertente cognitiva da MIF contempla os valores obtidos nos subgrupos: Compreensão, Expressão, Interação Social, Resolução de Problemas e Memória.

O programa desenvolveu-se através de intervenção em grupo (15 participantes por grupo), 2 vezes por semana. Cada sessão teve a duração máxima de uma hora, seguindo uma planificação, objetivos gerais, específicos e materiais definidos previamente.

Os grupos definidos eram homogéneos a nível de características cognitivas e de desempenho cognitivo. Realizou-se uma média de 24 sessões entre o momento de Admissão e Alta de cada participante.

Desenvolvimento do Projeto

Como referido previamente, este projeto surgiu de uma necessidade sentida pela equipa multidisciplinar, no que respeita aos valores obtidos na componente cognitiva das pessoas internadas no momento da alta e as implicações que esses valores repercutiam no desempenho funcional das tarefas de rotina diária. A reabilitação motora funcional atingia objetivos mensuráveis significativos, mas a componente cognitiva demonstrava uma recuperação muito pouco expressiva.

O projeto desenvolveu-se ao longo de sessões de grupo onde os participantes eram

dispostos em forma de “U” para que tivessem uma visualização direta de todos os participantes. As sessões eram todas realizadas com apoio de meios audiovisuais (computador, colunas e vídeo-projetor).

Cada sessão estava organizada em 4 fases: apresentação, orientação na realidade, atividade principal e encerramento.

Figura 1

Disposição dos participantes em formato de “U”



Figura 2

Sessões realizadas com apoio audiovisual.



Na apresentação iniciava-se sempre com uma breve explicação do projeto, da pertinência das sessões e os objetivos traçados. Posteriormente cada participante era convidado a apresentar-se indicando o seu nome ou apelido pelo qual gostaria de ser tratado na sessão. Concomitantemente com a apresentação do nome, os participantes eram encorajados a partilhar com o grupo uma curiosidade, sempre relacionada com o tema da atividade principal (idade, clube, nomes de parentes, animal/cor/alimento/doce preferido, profissão, entre outros). Durante esta partilha era sempre utilizado um objeto promovedor de interação que tinha de ser partilhado entre os participantes conforme iam interagindo.

Na orientação na realidade eram colocadas questões expositivas por vídeo-projeção, com opções de resposta acerca do dia do mês, da semana, o mês, estação do ano, localização geográfica, meteorologia e período do dia.

Na atividade principal foram abordadas competências de memória e suas subcategorias (curto-prazo, longo-prazo, de trabalho, visual e auditiva), atenção e suas subcategorias (mantida, alternada e seletiva), concentração, cálculo e cálculo mental, percepção visual, raciocínio lógico, associação e categorização, linguagem, entre outras identificadas com

défices. Estas competências foram quase sempre trabalhadas com uma base de jogo. As atividades eram adaptadas para que se formassem equipas, onde se estimulava a competição saudável e a atribuição de prémios simbólicos. Eram criadas atividades (puzzles gigantes, bingos adaptados, jogos de memória alternativos).

Figura 3

Jogo da Glória



Figura 4

Bingo Musical Adaptado



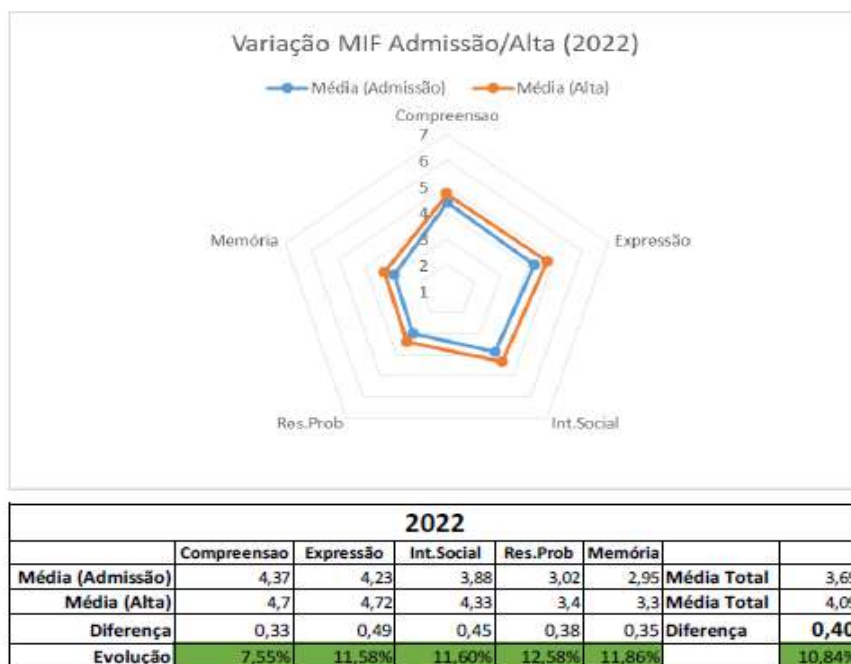
Na atividade de encerramento eram sempre lembradas as atividades desde da apresentação até ao encerramento, os objetivos terapêuticos subjacentes e quais as competências cognitivas trabalhadas em cada atividade. Era também proporcionado, no final de cada atividade e depois no final da sessão, a possibilidade de cada participante referir qual a sua opinião acerca da atividade, qual o grau de complexidade e a importância de estimularmos aquela competência cognitiva em específico.

Resultados

Os resultados demonstraram um aumento médio de 10% nos valores obtidos na Vertente Cognitiva da MIF, refletindo o melhoramento médio de um nível de dependência da MIF.

Tabela 1

Valores obtidos, em 2022, nos subgrupos da Vertente Cognitiva da MIF



Analisando detalhadamente os subgrupos que compõem a vertente cognitiva, em 2022, e após a implementação do programa, conseguimos auferir que o sub-grupo onde houve uma melhoria mais significativa foi na Resolução de Problemas, seguido da Memória. Os valores menos expressivos compreenderam-se na Compreensão.

Comparativamente aos valores obtidos, em ano anterior, sem a aplicação do programa (2020), verificou-se um aumento nos resultados atingidos.

Tabela 2

Comparação dos sub-grupos da Vertente Cognitiva, antes e após implementação do projeto.

2020							
	Compreensão	Expressão	Int.Social	Res.Prob	Memória		
Média (Admissão)	5,04	4,85	4,52	3,67	3,92	Média Total	4,40
Média (Alta)	5,33	5,17	4,94	3,83	4,42	Média Total	4,74
Diferença	0,29	0,31	0,42	0,17	0,50	Diferença	0,34
	5,79%	6,44%	9,22%	4,55%	12,77%		7,67%

2022							
	Compreensão	Expressão	Int.Social	Res.Prob	Memória		
Média (Admissão)	4,37	4,23	3,88	3,02	2,95	Média Total	3,69
Média (Alta)	4,70	4,72	4,33	3,40	3,30	Média Total	4,09
Diferença	0,33	0,49	0,44	0,37	0,35	Diferença	0,40
Evolução	7,45%	11,54%	11,38%	12,31%	11,81%		10,71%

Discussão

Os resultados apresentados no ponto anterior facultaram-nos indicadores que nos confirmaram que a intervenção, por nós planejada e aplicada, seguiu um bom rumo.

O resultado da estimulação cognitiva na população em geral tem sido muito proveitoso.

Os programas de reabilitação neurocognitiva têm como objetivos melhorar a qualidade de vida das pessoas, maximizando o funcionamento cerebral, total ou parcialmente preservado por meio do ensino de estratégias compensatórias, aquisição de novas habilidades e a adaptação às perdas permanentes. Promove uma consciencialização das suas capacidades remanescentes, produzindo uma mudança na auto-observação e possivelmente, uma aceitação de sua nova realidade funcional (Chariglione & Janczura, 2013).

Após a implementação do programa, conseguimos auferir que o subgrupo onde houve uma melhoria mais significativa foi na Resolução de Problemas, seguido da Memória. Segundo (Guerreiro & Caldas, 2001) e (Yassuda, 2002) as intervenções complexas que envolvem técnicas de memorização e atenção podem gerar efeitos positivos e duradouros em pessoas idosas, especialmente quando empregadas em grupos. Alguns pesquisadores encontraram uma relação positiva entre o desempenho cognitivo do idoso e uma estimulação cognitiva continuada, comprovando que exercício diário da mente promove a vivacidade mental e contribuem para a prevenção do declínio cognitivo (Chariglione & Janczura, 2013).

A definição da implementação do programa, em formato de grupo promove a cognição

de uma forma global focando a intervenção em mais do que uma função cognitiva, utilizando ao mesmo tempo diferentes modalidades como as terapias de reminiscência, de validação e de orientação para a realidade (Robert, Gélinas, & Mazer, 2010). Na nossa unidade de cuidados continuados verificamos que os utentes passam bastante tempo sozinhos, por opção deles, nas enfermarias, e existe pouca interação e comunicação entre os utentes da mesma enfermaria e entre enfermarias quando se encontram em espaços comuns como a sala de convívio/refeições e ginásios. O formato de grupo encoraja os participantes a expressarem-se verbalmente durante as interações com os elementos do grupo, atenuando a questão da solidão (Orfanos, Gibbor, Carr, & Spector, 2021). Ajuda-os, também, a sentirem-se compreendidos devido ao facto de conhecerem pessoas com as mesmas dificuldades funcionais. As idades similares levam a que partilhem experiências passadas e os seus papéis na sociedade (Morrish, et al., 2022). Pode ainda constatar-se que este tipo de sessões beneficia não só populações com patologias, mas também populações que não possuem patologias que conduzam ao declínio cognitivo, melhorando o seu bem-estar psicológico (Castel, Lluch, Ribas, Borràs, & Moltó, 2015). Foi possível verificar que, segundo verbalizações dos participantes, que o programa ArreVita representa um espaço propício a novas aprendizagens, aquisição de conhecimentos, de acesso à cultura e partilha de saberes onde se constroem amizades, partilham experiências e fornece o ajustamento da rede de suporte social e, que tal é percebido com satisfação (Lima & Oliveira, 2015). Também foi possível denotar-se o interesse dos participantes neste tipo de intervenção, demonstrando verbalmente a vontade de querer continuar a participar - questionando quando seria a próxima sessão - e mesmo demonstrando vontade em repetir a mesma sessão, na mesma semana, mesmo com outro grupo.

As atividades eram adaptadas para que se formassem equipas, onde se estimulava a competição saudável e a atribuição de prémios simbólicos. Eram criadas atividades, com a construção, por exemplo, de puzzles gigantes, bingos adaptados, jogos de memória, da glória alternativos. Os programas de reabilitação neurocognitiva com uma base centrada em jogos e outras atividades interativas e ocupacionais, exercem grande importância na colaboração com a área da saúde mental. (Fonseca, 2012) defende a importância que os programas de estimulação cognitiva têm na saúde mental em pessoas institucionalizadas. Acrescenta ainda, que estes são essenciais mesmo em

condições de normalidade promovendo a melhoria ou manutenção das capacidades cognitivas até mesmo moderando o comprometimento cognitivo. É de salientar que, mesmo naqueles em que se constata declínio cognitivo, os programas de estimulação neurocognitiva são necessários e urgentes com vista a manter as funções existentes ainda não afetadas e permitir que elas compensem as funções comprometidas.

As sessões baseadas em jogos têm duas variantes: a aprendizagem ou a reaprendizagem e proporcionam, simultaneamente, uma terapia aliciante para os participantes. O propósito dos jogos é auxiliar na reabilitação das funções cognitivas afetadas consagrando o aumento da funcionalidade e tornar a sessão menos formal (Miranda, 2012).

Está comprovado em diversos estudos que, nas pessoas idosas com declínio cognitivo, a estimulação cognitiva representa uma potencial e promissora intervenção para a redução dos sintomas depressivos e das vulnerabilidades mentais. Em casos como pessoas com diagnóstico de demência os benefícios em termos de cognição são comparáveis aos obtidos através da medicação com inibidores ou antidepressivos (Knapp & Morton, 2013). Este estudo contou com algumas limitações, mas deixa também sugestões para estudos futuros. Apesar do número de participantes cumprir o limite para garantir a saturação teórica em estudos quantitativos não garante a representatividade da população total na Rede Nacional de Cuidados Continuados. O facto de os utentes poderem estar internados até ao limite máximo de 90 dias, torna o programa em constante mudança com a entrada e saída de participantes. Não é possível criar um grupo estanque desde o início da intervenção até ao final desta, nem garantir que todos os participantes participarão no mesmo número de sessões. Esta dinâmica constante também causa alterações nas dinâmicas das sessões, com a criação/ eliminação de pequenos pares que se vão criando ao longo das sessões, nos 2 grupos. Interfere, ainda, na maturação dos grupos enquanto equipas, pois o conhecimento constante de novos participantes, não permite que todos estejam ao mesmo nível de conhecimento do grupo.

Foi possível compreender que, apesar das diferenças após a intervenção, não houve diferenças com um nível elevado de significância, sendo que os autores sugerem ser necessário existir um maior número de sessões dadas aos participantes e que o tempo por sessão despendido também influencia o modo como o indivíduo vai responder à

intervenção, isto é, quanto maior o tempo por sessão maior a inclusão que cada participante vai sentir na intervenção. Importa salientar também que a intervenção individual realizada pela psicóloga, a cada participante, através da estimulação cognitiva específica e delineada para cada indivíduo, pode ter influência nos resultados obtidos. Seria oportuno, em estudos futuros, promover a análise das respostas de cada participante sobre a sua experiência no programa através de uma metodologia de entrevista semiestruturada e comparar essas opiniões com os dados objetivos resultantes dos testes cognitivos. Estudos futuros com metodologias diversas, com maiores amostras permitiriam consolidar o conhecimento sobre o papel que um programa de reabilitação neurocognitiva pode ter sobre a reabilitação funcional dos utentes. Afigura-se também pertinente a realização de estudos que possam explorar com mais detalhe as especificidades do programa e até a criação de uma bateria de avaliação específica para a rede de nacional de cuidados continuados, nomeadamente, unidades de média duração e reabilitação e assim uniformizar os dados funcionais obtidos nas diversas unidades pelo o país e a partir daí criar momentos de investigação.

Conclusão

Através do presente estudo foi possível verificar a eficácia da implementação de um programa de estimulação e reabilitação neurocognitiva, em grupo, na diminuição do défice cognitivo decorrente de uma Lesão Neurológica Adquirida, numa unidade de cuidados continuados de média duração e reabilitação.

Obviamente que os dados apresentados não permitem extrapolações nem generalizações dos seus resultados, atendendo a que a amostra é limitada e não é uma amostra probabilística da população alvo em geral. No entanto, pensa-se que é determinante continuar a aprofundar estudos neste domínio, para que através dos mesmos se desvele a realidade, o impacto da mesma no futuro das gerações e os desafios que se colocam.

Referências Bibliográficas

Bogdanova, Y., Yee, M., Ho, V., & Cicerone, K. (2016). Computerized Cognitive Rehabilitation of Attention and Executive Function in Acquired Brain Injury: A Systematic Review. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 31(6), p: 419 - 433. doi:10.1097/HTR.0000000000000203

- Brainin, M., Tuomilehto, J., Heiss, W.-D., Bornstein, N., Bath, P., Teuschl, Y., . . . Quinn, T. (2015). Post-stroke cognitive decline: an update and perspectives for clinical research. (t. P. Group, Ed.) *European Journal of Neurology*, 22(2), 229-316. doi:10.1111/ene.12626
- Castel, A., Lluch, C., Ribas, J., Borràs, L., & Moltó, E. (2015). Effects of a cognitive stimulation program on psychological well-being in a sample of elderly long-term care hospital inpatients. *Aging & Mental Health*, 21(1), 88-94. doi:doi.org/10.1080/13607863.2015.1099033
- Chariglione, I., & Janczura, G. (2013). Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. *Psico-USF*, 18(1), 13-22. Obtido de <https://www.scielo.br/j/psuf/a/V7RxyRJLFS56khtWjvc3v3c/?format=pdf&lang=pt>
- Cole, M. (2018). *Group Dynamics in Occupational Therapy: The Theoretical Basis and Practice Application of Group Intervention* (fifth edition ed.). Slack Incorporated.
- Eckroth-Bucher, M., & Siberski, J. (2009). Preserving cognition through an integrated cognitive stimulation and training program. *Am J Alzheimers Dis Other Demem.*, 24(3), 234-45. doi:10.1177/1533317509332624
- Fonseca, A. (2012). Fundamentos psicológicos para um envelhecimento ativo. *Envelhecimento Ativo, Solidão e Redes de Suporte*. Porto.
- Fortin, M.-F. (2009). *O processo de Investigação - da concepção à realização* (5ª edição ed.). Lusodidacta.
- Guerreiro, T., & Caldas, C. (2001). Memória e demência: (re)conhecimento e cuidado. p. 209. doi:Br1421.1; 616-053.9, G934
- Kalaria, R. N., Akinyemi, R., & Ihara, M. (2016). Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Basis of Disease*, 1862(5), 915 - 925. doi:10.1016/j.bbadis.2016.01.015
- Knapp, K., & Morton, J. (2013). Desenvolvimento do Cérebro e Funcionamento Executivo. *Funções Executivas*, pp. 15 - 22. Obtido em 11 de 07 de 2023, de <https://www.encyclopedia-crianca.com/pdf/complet/funcoes-executivas>
- Kolb, B., Muhammad, A., & Gibb, R. (2011). Searching for factors underlying cerebral plasticity in the normal and injured brain. *J Commun Disord*, 44(5), 503 - 14. doi:10.1016/j.jcomdis.2011.04.007

- Lima, M., & Oliveira, A. (2015). Intervenção em grupo com pessoas de idade avançada: A importância da relação. *Revista E-Psi*, 5(1), 23-39. Obtido de <https://artigos.revistaepsi.com/2015/Ano5-Volume1-Artigo2.pdf>
- Maskill, L., & Tempest, S. (2017). *Neuropsychology for Occupational Therapists: Cognition in Occupational Performance* (4th Edition ed.). Wiley-Blackwel.
- Meinzer, M., Fleisch, T., Breitenstein, C., Wienbruch, C., Elbert, T., & Rockstroh, B. (2008). Functional re-recruitment of dysfunctional brain areas predicts language recovery in chronic aphasia. *neuroimage*, 39(4), 2038 - 46. doi:10.1016/j.neuroimage.2007.10.008
- Miranda, M. P. (2012). *Jogo Sériopara Reabilitação Neurocognitiva: Cidade Virtual*. Universidade do Porto, Faculdade de Engenharia, Porto.
- Morrish, J., Walker, R., Dotchin, C., Spector, A., Orfanos, S., & Mkenda, S. (2022). Group experiences of cognitive stimulation therapy (CST) in Tanzania: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 26(4), 688-697. doi:doi.org/10.1080/13607863.2021.1872489
- OMS. (2006). *Neurological disorders : public health challenges*. World Health Organization. Obtido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43605>
- Orfanos, S., Gibbor, L., Carr, C., & Spector, A. (2021). Group-based cognitive stimulation therapy for dementia: a qualitative study on experiences of group interactions. *Aging Ment Health*, 25(6), 991-998. doi:10.1080/13607863.2020.1746740
- Piras, F., Carbone, E., Faggian, S., Salvalaio, E., Guardini, S., & Borella, E. (2017). Efficacy of cognitive stimulation therapy for older adults with vascular dementia. *Dement Neuropsychol*, 11(4), 434-441. doi:10.1590/1980-57642016dn11-040014
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª edição ed.). Legis Editora.
- Robert, A., Gélinas, I., & Mazer, B. (2010). Occupational therapists use of cognitive interventions for clients with Alzheimer's disease. *Occupational Therapy International*, 17(1), 10-19. doi:doi.org/10.1002/oti.283
- Rogers, J., Foord, R., Stolwyk, R., Wong, D., & Wilson, P. (2018). General and Domain-Specific Effectiveness of Cognitive Remediation after Stroke: Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev*, 28(3), 285-309. doi:10.1007/s11065-018-9378-4

- Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive stimulation programs in healthy elderly: a review. *Int J Alzheimers Dis*, 378934. doi:10.4061/2011/378934
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2>
- Yassuda, M. (2002). Memória e envelhecimento saudável. Em E. V. Freitas, & L. Py, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3ª edição ed.). Rio Janeiro: Guanabara Koogan.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: As práticas, atitudes e vivências das
pessoas longevas

Título completo do manuscrito: Práticas, atitudes e vivências

Maria de Fátima Gomes da Silva

Enfermeira | fatgsilva@hotmail.com

Mafalda Sofia Gomes Oliveira da Silva

Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde,

Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde, Porto, Portugal

Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, Portugal |

mafaldasilva@hotmail.com

ORCID ID: 0000-0002-2509-5566

Resumo

Este estudo pretendeu refletir sobre o conhecimento e a importância que as vivências, as práticas e as atitudes têm em pessoas com mais de 80 anos. Foi realizada uma entrevista a uma pessoa idosa de 81 anos que frequenta uma universidade sénior. O protocolo desta investigação pressupõe uma entrevista semiestruturada com 38 questões orientadas e curtas e duas perguntas abertas, que englobam os seguintes domínios: práticas, atitudes e vivências das pessoas longevas, que compreendem, de certa forma, as concepções acerca da sua qualidade de vida, sendo precedida por uma abordagem qualitativa e a análise de conteúdo de Bardin. Verificou-se que relativamente às questões elencadas a alimentação, a prática de exercício físico, a inserção em grupos familiares e sociais foram fatores protetores relativos à manutenção de um estilo de vida mais saudável e à longevidade. Esta prevalência e consciencialização nas respostas dadas levam-nos a concluir que a escolaridade, maior capacidade financeira, fortes laços familiares e a participação em grupos sociais (universidade sénior) contribuíram para a manutenção de um envelhecimento saudável e ativo. Não foram detetados comportamentos que pudessem comprometer a saúde do utente e foram denotadas características de conhecimento abrangente sobre literacia em saúde. O estudo das práticas, vivências e atitudes dos idosos em muito são tradutores do seu

atual estado de saúde e do seu envelhecimento ativo. As políticas públicas de envelhecimento ativo que têm sido abordadas contêm alterações/sugestões que podem operacionalizar o conhecimento e a literacia das pessoas idosas tornando-as mais ativas e participativas na sociedade.

Palavras-chave: pessoas idosas; qualidade de vida; vivências, práticas; atitudes.

Introdução

A tendência de envelhecimento em Portugal não é uma novidade. Segundo os dados definitivos dos censos de 2021 divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2022, a percentagem de população idosa (65 e mais anos) representava 23,4%, enquanto a de jovens até aos 14 anos era de apenas 12,9%. O índice de envelhecimento – número de idosos por cada 100 jovens - passou dos 128 em 2011 para os 182 em 2021 (Pordata, 2020). Portugal é assim o 5º país mais envelhecido do mundo, depois do Japão, Itália, Grécia e Finlândia. De acordo com a Conferência da Economia da Longevidade, que decorreu em novembro em Salamanca, chegar aos 100 anos vai ser uma realidade para muitos de nós num futuro próximo. De acordo com as Projeções da População Residente 2018-2080 do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de idosos acima dos 65 anos "passará de 2,2 para 3,0 milhões" em pouco mais de 60 anos. "A baixa natalidade e o aumento da longevidade que se verificou nas últimas décadas refletem-se na pirâmide etária correspondente aos censos 2021 que, de 2011 para 2021, evidencia um estreitamento dos grupos etários da base e um alargamento nas idades mais avançadas" (INE, 2021).

Apesar destas poderem ser boas notícias, é necessário considerar algumas variáveis quando falamos em longevidade. Envelhecer sim, mas com qualidade e de forma ativa. Já no início do século XXI, se falava num aumento da esperança média de vida no mundo, tornando a velhice num tema social de grande relevância e trazendo à tona a necessidade de novos olhares para o processo de envelhecimento, de novas pesquisas e maior atenção para criação de políticas que promovam a saúde e que contribuam para a manutenção da autonomia valorizando as redes de suporte social para a promoção de uma vida mais digna. No cenário global, os países desenvolvidos, em maior destaque os europeus, foram os primeiros a experimentar a questão da longevidade, pois

proporcionam condições mais favoráveis sob o ponto de vista económico, social e biológico, possibilitando o envelhecimento de forma mais ativa e autónoma, pelo menos em teoria.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define o idoso como o indivíduo com 60 anos de idade ou mais, válido para os países em desenvolvimento e 65 anos de idade para os países desenvolvidos. Já com o intuito de criar referências de apoio aos idosos e substituir os modelos curativos, baseados nas doenças, para os modelos centrados na saúde, estabelece o conceito de Envelhecimento Saudável definindo-o como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2005. p.13). Posteriormente transmite uma mensagem ainda mais abrangente onde reconhece que além da saúde, outros fatores interferem na forma como as pessoas envelhecem, adotando o termo envelhecimento ativo, entendido como “a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (p.15).

Atualmente, peritos no estudo do envelhecimento referem-se a três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idoso jovem refere-se normalmente a pessoas entre os 60 e os 74 anos ativas, cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos, de 75 a 84 anos, e os idosos mais velhos, de 85 anos ou mais, são aqueles que têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade, e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (Crispim, 2020). Surge assim o termo idoso longo que, ainda que seja pouco conhecido, começa a fazer cada vez mais parte do nosso quotidiano. Estes idosos “mais velhos” vivem mais tempo, ainda que se averigüe se com mais qualidade de vida, o que aliado a níveis de fecundidade mais baixos e adiamento da maternidade (motivos profissionais e financeiros), leva a que a população esteja tendencialmente envelhecida.

O envelhecimento consiste num processo multidirecional que supera a perspetiva de crescimento e declínio, com múltiplas dimensões influenciadas por aspetos biológicos, sociais e psicológicos. Na atualidade, são crescentes as discussões que trazem a preocupação com a qualidade de vida no processo de Envelhecimento. A OMS (2005) define qualidade de vida como “a perceção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e no sistema de valores em que vive e em relação a suas

expectativas, seus padrões e suas preocupações” (p.14). A definição reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente. Assim pretende-se com este estudo refletir sobre o conhecimento e a importância que as vivências, as práticas e as atitudes têm em pessoas com mais de 80 anos, tendo em linha de conta esta dinâmica subjetiva.

Métodos

Realizou-se um estudo qualitativo, descritivo com análise de conteúdo de Bardin (2016). A amostra foi escolhida aleatoriamente respeitando os seguintes critérios de inclusão: idoso com mais de 80 anos, saudável, ativo e autónomo nas suas atividades de vida diária. A recolha de dados foi efetuada numa universidade sénior de acordo com a disponibilidade do participante durante o mês de dezembro de 2022. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com um guião previamente elaborado pelo investigador. O guião da entrevista composto por trinta e oito questões curtas e duas perguntas abertas, que englobam os seguintes domínios: práticas, atitudes e vivências das pessoas longevas, que compreendem, de certa forma, as conceções acerca da sua qualidade de vida. Estes domínios permitem a caracterização dos diferentes aspetos envolvidos na análise da qualidade de vida de um indivíduo de acordo com a entrevista efetuada.

Foi obtido o consentimento informado, livre e esclarecido para participação num estudo de investigação, com a finalidade de assegurar a confidencialidade e anonimato dos dados que foram recolhidos para fins de investigação, sendo este um fator preponderante para a realização da mesma. Foi assegurada a destruição do registo audiovisual após transcrição do mesmo. A análise foi conduzida observando cinco etapas: pré-análise, categorização do material recolhido e exploração, análise dos resultados e interpretação. Foi feita uma leitura atenta e repetida das transcrições da entrevista de acordo com o objetivo do estudo. Os dados foram organizados em categorias temáticas baseadas nos critérios principais da entrevista, analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Nos termos de Bardin (2016), esta técnica permite fazer uma descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifestado nas comunicações (respostas às questões), tendo por objetivo efetuar inferências, com base na explicitação das mensagens, ou seja, após análise cuidada das mesmas. Após essa leitura procedeu-se a uma análise mais aprofundada e posterior

categorização. Neste caso, foi possível categorizar três categorias de análise decorrentes do guião utilizado como referência para a entrevista. Estas categorias emergiram do conteúdo presente nas entrevistas, neste caso, das ações e descrições do utente (pessoa longeva).

Resultados e discussão

Os resultados obtidos neste estudo são divididos em dois subgrupos: dados objetivos e dados subjetivos. Os dados objetivos referem-se à caracterização sociodemográfica e clínica: sexo, idade, estado civil, estado ocupacional, condições económicas e de saúde (comorbilidades e acesso a cuidados de saúde). Os dados subjetivos são os resultados relativos às respostas abertas ao questionário aplicado com intuito de avaliar a perceção do utente entrevistado no que diz respeito à qualidade de vida. O envelhecimento pode ser analisado segundo duas perspetivas: individualmente, que diz respeito a uma maior longevidade, ou seja, uma maior esperança de vida e à consequente diminuição da capacidade funcional dos indivíduos (expectável); e ao envelhecimento demográfico, que por outro lado, se refere ao aumento da proporção da população idosa na população total, em detrimento da população jovem e/ou em detrimento da população em idade ativa (INE, 2021). Esta dupla dimensão do envelhecimento requer a adoção de uma perspetiva multidisciplinar de integração de conhecimentos para uma correta e eficiente avaliação das medidas políticas a desenhar (Canhestro, 2018) e das intervenções a realizar. O envelhecimento e a consciência de que uma vida mais longa se traduz em maiores necessidades individuais e sociais são os grandes desafios colocados ao sistema de saúde e serviço social bem como aos indivíduos, às suas famílias e comunidades. Assim foram elencadas três categorias de acordo com o que emergiu do discurso do entrevistado e da sua pertinência para o estudo: vivências, práticas e atitudes.

Na categoria das vivências pode verificar-se que o que mais influenciou positivamente a qualidade de vida dos idosos foi a formação superior. Durante esta entrevista constatou-se por parte do utente um discurso mais elaborado, consistente e estruturado, que é indicador de uma maior literacia, em vários domínios. *“Tenho o 6º ano antigo. Estudei até ir dar aulas e depois fui fazendo algumas formações até um bacharelato. Fiz um ano numa universidade há muitos anos. Fui professor de matemática durante muitos anos. Era difícil*

ensinar matemática aquela malta. Comecei nos cursos profissionais e depois da profissionalização passei para o diurno. Acho que tenho mais cabelos brancos agora por causa disso! (gargalhada). Mas honestamente acho que o ensino agora está bem pior. Os miúdos não respeitam os professores”. Pode-se elencar uma ligação mais forte pelo fato de terem uma formação mais diferenciada que também pode ser indicador de uma maior responsabilidade na administração financeira, no entanto convém salientar que devido ao discurso do entrevistado é possível verificar que o mesmo já provém de uma família com alguns recursos financeiros, salientando inclusive que nunca passou por dificuldades económicas/sociais. Esta formação poderá ser um grande alicerce no combate às desigualdades sociais e de que forma esta poderá impactar no acesso a serviços por défice de conhecimento da população com níveis de escolaridade mais baixos, ou que não tiveram possibilidade de prosseguir os seus estudos. *“(...) Tínhamos uma vida relativamente boa...não passamos fome nem nada disso...o que naquela época já era muito. Comíamos tudo...quer dizer...muitas batatas e hortaliças...o que hoje é muito caro. (risos) Naquela altura era o que mais havia. Feijão, grão... o que os meus netos não querem comer hoje! (risos) (...) Também bebíamos leite, mas daquele em pó. Não sei se conhece? A carne também era mais para o fim de semana...ao domingo”.* O ambiente físico onde o idoso está inserido pode ser favorecer ou não a independência do mesmo, no seguimento destas possíveis fragilidades. Durante a entrevista foi possível verificar que o utente mora com a esposa em casa própria, por serem os dois independentes, no entanto os filhos estão sempre presentes e fazem parte da sua rotina e dinâmica familiar. Assim sendo a moradia e o ambiente físico adequados uma têm influência positiva na qualidade de vida do idoso (Canhestro, 2018). *“Sou casado há 59 anos. Casei com 22. Casei com a minha primeira namorada.”* (risos). As pessoas casadas, especialmente os homens, tendem a ser mais saudáveis fisicamente e psicologicamente do que aquelas que nunca se casaram ou que são viúvas, separadas ou divorciadas, podendo viver mais tempo, levar vidas mais saudáveis e seguras, tendo uma situação financeira mais segura o que contribui para a sua saúde física e mental (Canhestro, 2018). *“Tenho uma casa ali (...) Tem um jardim grandito. Moro lá com a minha mulher. Somos só os dois. Os meus filhos vão lá amiúde. E os pequenos também. Eles também moram perto, qualquer coisa e tão logo lá...”.* O utente refere esta situação como algo normal e de grande suporte. O fato de se sentir apoiado em caso de necessidade faz com que se sinta seguro e confiante, levando a menos

sentimentos de tristeza e a uma menor possibilidade de desenvolvimento de depressões. Não apresenta em nenhum momento sentimentos de tristeza exceto quando no decorrer da entrevista se abordou o tema da perda. A relação que apresenta com a esposa é de grande cumplicidade e dependência. *“(...) mas acho que no fundo sou um privilegiado...tenho uma família muito feliz e que ainda está comigo. Não sei como me sentiria se alguém me faltasse...nem gosto de pensar nisso.”* (atitude mais cabisbaixa e com semblante mais carregado. Muito diferente da alegria com que falou durante a restante entrevista). Na maioria dos casos, a família representa o grupo de suporte primário, desempenhando um papel significativo através da prestação de cuidados como: nutrição, socialização, respeito de valores, atitudes, expectativas e padrões comportamentais habituais, que transmitem uma forte componente de segurança. A inexistência de uma rede social de apoio pode interferir de forma negativa na mudança comportamental, limitando o tempo e a energia disponíveis para a adoção de comportamentos saudáveis que possam reduzir níveis stress e comprometer a saúde (Canhestro, 2018). Esta relação (de apoio familiar) pode funcionar como um fator protetor relativamente à qualidade de vida nos domínios físico e mental. As práticas que o utente demonstrou realizar para aumentar/consolidar a sua qualidade de vida, foi uma das categorias que propusemos para análise. As doenças são sem dúvida uma variável que está sempre presente em qualquer estudo relativo ao envelhecimento, e cujo peso faz toda a diferença na sua evolução, que queremos que seja positiva. O utente refere problemas de saúde, inerentes ao envelhecimento celular e mental, no entanto estes não são inibidores da sua mobilidade ou sustentabilidade enquanto ser autónomo. *“Tenho hipertensão. Tomo medicação. Diabetes não tenho e o meu coração acho que anda mais ou menos.”* Demonstra capacidade para gerir a sua condição de saúde, referindo alguma dependência da esposa, mas penso que apenas do ponto de vista emocional, pois durante a entrevista foi possível verificar que possuiu literacia em saúde e que tem conhecimentos da evidência científica no que diz respeito ao envelhecimento saudável e à manutenção de um estilo de vida saudável. *“Tomo o Perindopril todos os dias de manhã. É para as tensões. E também um para o colesterol”*. A presença de doenças mostrou-se inversamente associada à qualidade de vida, nos domínios físico, psicológico, social e ambiental, ou seja, os idosos sem quaisquer doenças apresentam significativamente melhor qualidade de vida quando comparados aos que possuem pelo menos uma

doença. Neste caso e, como referido anteriormente, o utente conhece bem as limitações da sua doença, estando a mesma controlada.

Em relação à prática de atividade física a maior parte dos idosos não praticava atividade física de forma regular, mas que os que praticam atividade física em grau moderado estava associada a uma satisfação com a vida (Canhestro, 2018).

Neste caso o utente não pratica nenhum exercício de forma programada/orientada, no entanto refere fazer várias caminhadas com a esposa. *“Caminhada. Nunca fui muito de grandes exercícios. Mas também não pegava no carro para fazer meia dúzia de metros. Agora pego cada vez menos. Sabe como é a idade é “lixada” (risos). “Costumo passear com a minha mulher. Vamos fazer uns passeios. Vamos de metro.”*

É recomendado e considerado essencial que cada indivíduo faça, pelo menos, trinta minutos de marcha regular diariamente (DGS, 2016). A atividade física regular e moderada pode retardar o declínio funcional e prevenir ou controlar as doenças crónicas traduzindo-se em benéficos ao nível físico e ao nível psicossocial (redução do stress e da sintomatologia depressiva e o aumento da sensação de bem-estar, envolvendo maiores níveis de autoconfiança e consequente satisfação pessoal) (Crispim, 2020) e até ao nível cognitivo (melhoria da cognição, aumentando o fluxo sanguíneo e o transporte de oxigénio prevenindo o risco de declínio cognitivo (Crispim, 2020). Considerando-se os inúmeros benefícios físicos, psicológicos e sociais que a atividade física regular é capaz de proporcionar ao indivíduo de qualquer idade, podemos advogar que a prática desta atividade poderia enriquecer ainda mais o quotidiano deste utente, no entanto como verificamos com o seu testemunho e observação, falamos de uma pessoa ativa e bem consciente das suas capacidades. Demonstrou que ao longo da vida e mesmo em situações de trabalho, privilegiava o exercício. *“Ia a pé ou de carro. Não é longe (para o trabalho).”*

Assim, é de fácil conclusão que a prática de exercício físico incide beneficemente nas alterações decorrentes do processo de envelhecimento, auxiliando a manutenção das funções. A atividade física é possível que possa contribuir para manter e/ou melhorar a força, a flexibilidade, a coordenação motora e o equilíbrio do idoso, sendo que estes elementos da aptidão física são essenciais para manter a capacidade funcional do idoso (Portela, 2020).

Relativamente à alimentação, o utente refere fazer uma alimentação regrada, sem

grandes exageros. Quanto ao número de refeições que faz refere que as principais (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar) deixando, no entanto, à responsabilidade da esposa. *“Chça! Isso é que foi agora. Era melhor perguntar à minha mulher! (risos) ela sabe disso melhor que eu! Ela é que controla tudo. Se ela diz que é para comer, eu como! (gargalhada). Mas faço todas a principais: pequeno-almoço, almoço, lanche e um jantar (que é uma sopinha com pão)”*. O estado nutricional é um componente importante na saúde ao longo de toda a vida e também no envelhecimento, pois apesar das necessidades energéticas diminuírem com a idade, a necessidade de nutrientes essenciais mantém-se, sendo de crucial importância o equilíbrio entre a energia e os nutrientes. Como refere Pinto (2021) *“O envelhecimento é caracterizado por um aumento na concentração de marcadores inflamatórios na corrente sanguínea, fenómeno que tem sido denominado *inflammageing* (pág. 5). “Olhe costume beber um copito de vinho ao almoço...vinho tinto, dizem que faz bem ao coração, não é? (ri-se). O que gosto de comer são batatas cozinhadas com bacalhau. Adoro! E também gosto de um polvozito (...) mas só de vez em quando. Comemos muitos grelhados. Pomos no grelhador um peixito e uns legumes, e já está! Como muita fruta, mas o médico também disse para não exagerar, pois podia desenvolver diabetes. Eu não tenho, mas como comia muita (fruta) o médico disse que também não convinha exagerar. Senão não morro da doença, mas da cura, não é?” (risos)*

Um estudo realizado pela Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, o *Nutrition UP65*, que analisou uma amostra de 1500 idosos portugueses, representativa da população idosa, encontrou dados preocupantes associados à adoção de padrões alimentares pouco saudáveis. Enquanto 44,3% da amostra apresenta valores de pré-obesidade e 38,9% são mesmo obesos, 14,8% dos participantes encontravam-se em risco de subnutrição e 1,3% estavam desnutridos (Pinto, 2021). O mesmo autor salienta que a “adesão à dieta mediterrânica demonstrou benefícios claros para a prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares. Têm vindo a ser evidenciados os benefícios da Dieta mediterrânica e *Dietary Approaches to Stop Hypertension* como estratégias potenciais para a prevenção da demência devido aos seus efeitos anti-inflamatórios e cardioprotetores comprovados” (pág.4).

A terceira categoria que emerge desta entrevista é a das atitudes. As atitudes são constatações, favoráveis ou desfavoráveis, em relação a objetos, pessoas ou situações que são basicamente formadas por três componentes: a cognição, o afeto e o

comportamento. De certa forma as atitudes são processos endógenos: de dentro para fora. Surge quando nos consciencializamos e partimos para a ação, tendo o sentimento como mote. As atitudes pressupõem que possa existir uma mudança de comportamento. Ou seja, sabemos que algo está mal e por isso mudamos o comportamento para mudar essa situação ou minimizar o seu impacto. Durante esta entrevista ficou patente que o utente tem consciência do impacto que as suas atitudes têm na sua vida. *“Não fumo. Olhe costume beber um copito de vinho ao almoço...vinho tinto, dizem que faz bem ao coração, não é?” (ri-se).*

Os estilos de vida são frequentemente uma mistura de comportamentos saudáveis e de comportamentos não saudáveis onde os mais frequentes são os consumos de tabaco e álcool, considerados como importantes determinantes da saúde das pessoas, o que nos levou a incluí-los nesta investigação. O tabagismo e o abuso do álcool são dois grandes fatores de riscos para a saúde das pessoas merecendo imediata ação dentro da perspetiva das políticas de saúde (DGS, 2007). Estando o utente consciente deste comportamento de risco e tendo em atenção seu consumo é preponderante assumir que o mesmo seja um contribuinte para o seu estilo de vida mais saudável. De acordo com dados do SICAD (2022): “Em Portugal, a prevalência de consumo de risco elevado/nocivo foi de 2,1% e a de dependência alcoólica de 1,8% entre os residentes com 65 ou mais anos. Mais do dobro no que toca à dependência alcoólica em comparação com a população em geral (15-74 anos), contudo, no que se refere ao consumo nocivo este grupo apresenta prevalências inferiores. Entre 2012 e 2016/17, no grupo dos indivíduos de 65-74 anos houve um agravamento quer da prevalência de consumo de risco elevado/nocivo quer da de dependência alcoólica. O grupo masculino foi o que mais contribuiu para estes aumentos. Relativamente ao consumo de tabaco, Portugal apresenta uma evolução positiva no consumo de tabaco com uma média de fumadores diários, maiores de 15 anos, abaixo da média da OCDE (16,8%) (SICAD, 2022). Tendo as doenças mentais um enfoque e prevalência cada vez maior na nossa sociedade, foi pertinente abordar nesta entrevista a temática. A doença mental nos idosos tem tido um crescimento exponencial no nosso país, verificando-se em doenças como depressão, ansiedade. De acordo com o relatório da OCDE “Health at a Glance”, a saúde mental representa um dos maiores desafios para o conjunto dos países que pertencem à OCDE. Nas últimas décadas, os problemas de saúde mental agravaram-se

significativamente sendo estimado que uma em cada duas pessoas sofre, ou poderá sofrer de um problema de saúde mental, ao longo da vida. Uma das causas que muito tem contribuído para um aumento dos problemas de saúde mental, com particular destaque para as doenças degenerativas e os quadros demenciais sendo que a prevalência média das demências (2,3%) sobe, exponencialmente, no grupo etário dos 65 aos 69 anos (42%), é o envelhecimento exponencial da população (Adalberto, 2020). As relações interpessoais, que neste caso podem funcionar como fator protetor na prevenção da patologia mental, implicam a utilização da comunicação para atingir uma sensação de intimidade e proximidade significativas nas relações com os outros, envolvendo a partilha de pensamentos e sentimentos através de mensagens verbais e não-verbais (Crispim, 2020). Durante a entrevista o utente referiu várias vezes a família como pedra basilar para a sua felicidade e longevidade. *“Como disse, fui tendo um ou outro amigo, mas nada de especial. Nunca recorri a psiquiatras, psicólogos nem nada disso.”* Quando foi referida a saúde mental e de que forma a recorrência a serviços de saúde pode ajudar na modificação de comportamentos o utente referiu: *“(...) a minha filha é psicóloga e fala muita da doença mental e da importância que têm os profissionais. Acho que sim...mas nunca senti essa necessidade. Claro que uma pessoa nem sempre está contente...mas acho que no fundo sou um privilegiado...tenho uma família muito feliz e que ainda está comigo. Não sei como me sentiria se alguém me faltasse...nem gosto de pensar nisso.”* (atitude mais cabisbaixa e com semblante mais carregado, muito diferente da alegria com que falou durante a restante entrevista). Torna-se por isso preponderante que a educação para a saúde acompanhe o envelhecimento e possa atempadamente modificar comportamentos por forma a prevenir o desenvolvimento de patologias mentais que podem agravar ou condicionar a vida dos idosos. Estas modificações de comportamentos visam, para além de aumentar a capacidade de adaptação a situações ao longo da vida, manter uma rede social que servirá de suporte a uma velhice bem-sucedida.

Os grupos sociais (neste caso referindo-se ao grupo da universidade sénior que o entrevistado frequenta), para além do grupo familiar, trazem contributos para a saúde através da criação de um ambiente promotor ao crescimento, que apoia os comportamentos promotores de saúde, a autoestima e um elevado bem-estar; diminuindo a probabilidade de eventos que ameaçam a vida ou que causem stress; fornecendo feedback ou confirmação de que as ações conduzem a consequências

esperadas e socialmente desejáveis; amortecendo ou mediando os efeitos negativos dos eventos causadores de stress através da sua interpretação e das respetivas respostas emocionais, reduzindo deste modo o potencial de produção de doença. Servem ainda para compartilhar as preocupações sociais, proporcionar intimidade, evitar o isolamento, respeitar as competências individuais, prestar assistência em momentos de crise, servir como referência e fornecer desafios mútuos. *“Claro! Adoro isto (atividades Universidade Sénior). Mesmo os meus rabiscos (pintura) já estão muito melhores! (risos) Estas atividades não é só para passar tempo, como muita gente diz. “Ah eles tão ali é só para passar o tempo. Coitados também nesta idade não tem mais o que fazer”. (...) Estas atividades fazem-nos sentir úteis. Estou a aumentar o meu conhecimento. Não é por ter esta idade que não posso aprender mais. Ah...se fosse mais novo ir tirar o curso de história da Arte...para saber mais do Egípto. A minha mulher diz que descobri agora que devo ter uma costela egípcia!!” (risos)*

Almeida (2016) refere mesmo que “O movimento das UTIs (Universidade de Terceira Idade), ao orientar-se pelos princípios de Freire e de Rogers, incentiva uma interação, uma troca de saberes entre os conhecimentos adquiridos pelos alunos ao longo da vida de maneira empírica e informal, com os conhecimentos científicos ministrados pelos professores. O resultado desta permuta de saberes traduz-se pela interação entre o viver e o saber, promovendo nos alunos a aquisição de competências para melhor compreenderem as pessoas e o mundo onde interagem, e assim, poderem viver melhor (pág.43).” A maior parte dos idosos mantêm as suas faculdades cognitivas (atenção, memória, aprendizagem, inteligência) razoavelmente funcionais e aptas para cumprirem as suas atividades de vida diárias. Embora exista uma tendência para a diminuição da *performance* intelectual à medida que se avança na idade, esses efeitos podem ser bastante atenuados se a pessoa idosa mantiver uma boa atividade cognitiva e relações sociais regulares, podendo o declínio dessas aptidões cognitivas ser prevenido com algumas práticas simples de forma a manter a mente ativa. Para preservar as capacidades cognitivas, é necessário que o idoso se mantenha intelectualmente ativo, nomeadamente através de treino apropriado, quer seja ele

O acesso aos cuidados de saúde é outra das vertentes que surge associada a esta categoria. Em 2014, o Relatório ‘Um futuro para a saúde – todos temos um papel a desempenhar’ propõe uma transição do sistema atual, que permanece centrado no hospital e na doença, para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, onde

os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde (Crispim, 2020). Quando é inquirido ao utente se tem problemas no acesso aos serviços de saúde este refere: *“Não...até temos tido sorte. Tirando as cataratas não recorremos a hospitais privados, mas se for necessário e não for muito caro podemos ir. Se for algo urgente...sabe quando estamos aflitos é que vemos...agora estou a falar consigo e estou bem... posso esperar”*. A dinâmica de acesso aos serviços de saúde decorre no sentido de procura de ajuda em situação aguda e não na promoção da saúde por forma a evitar a doença. Denota-se que em utentes com maior índice de escolaridade esta procura centra-se na necessidade mais premente e mais informada, no entanto torna-se essencial o aumento da literacia em saúde na população como forma de evolução no envelhecimento ativo, sustentável e saudável acima de tudo. Em 2016 e, procurando dar resposta aos baixos níveis de literacia em saúde existentes no nosso país, foi criado o Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho n.º 3618-A/2016 de 10/03/2016).

Portugal, regista, no entanto, importantes desequilíbrios que comprometem a equidade no acesso a cuidados de saúde. Uma parte destes desequilíbrios reside na assimetria da oferta de cuidados de saúde no território bem como de taxas elevadas de pobreza e de exclusão social geradoras de desigualdades sociais (47% das pessoas com menores rendimentos adiam consultas por razões económicas) (OCDE, 2019).

Quando pedimos ao utente que refira o que é mais importante na vida para vivermos mais, ou para um aumento da longevidade a resposta surge de uma forma muito rápida e sem dúvidas ou hesitações: *“A felicidade! (resposta rápida e com risos). Se formos felizes temos meio caminho andado para vivermos mais!! (risos) Eu não acho que haja milagres e de certa forma todos temos o nosso destino traçado. Deus é quem manda! (indicação de religião católica) Mas nós podemos dar uma mãozinha! A alimentação e não ficar parado em casa à espera da morte podem ajudar. Olhe fazer sudokus (jogo de treino mental)!”*. Em concordância Azeredo (2012, pg. 98) salienta “as estratégias para um envelhecimento ativo devem contemplar todo o percurso de vida com inerentes perdas e ganhos que se vão mais ou menos equilibrando de forma diferente em cada etapa da vida”.

Conclusão

Este estudo permitiu compreender as práticas, vivências e atitudes que interferem, condicionam ou favorecem a longevidade em pessoas idosas. A alimentação, a prática

de exercício físico, as relações familiares e de grupos de amigos, bem como o cumprimento do regime terapêutico, são fatores exemplificáveis da evolução da condição de vida. A escolaridade, será outra variável cujo peso está associado em muitos casos ao aumento da literacia em saúde. O fato desta investigação ter como participante um elemento que está inscrito nas atividades de uma universidade sénior, leva-nos a poder evidenciar que este tipo de atividades poderá ter alguma influência na mitigação de declínios mentais ou mesmo patologias mentais. No entanto esta investigação não se debruçou especificamente sobre essa temática, abrindo caminho a novos estudos.

Referências Bibliográficas

- Almeida, F. (2016). *O Contributo das Universidades da Terceira Idade na Qualidade de Vida dos Seniores*. Dissertação de Tese de Mestrado. Coimbra: Escola Superior de Educação de Coimbra. Disponível em: FATIMA_ALMEIDA.pdf (rcaap.pt)
- Azeredo, Z. (2016). *Cultura, cidadania e envelhecimento*. Envelhecimento, cultura e cidadania Edições Piaget.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Campos Fernandes, A. (2020). A Perspective on the OECD Report “Health at a Glance 2019”. *Acta Médica Portuguesa*, 33(1), 4–6. <https://doi.org/10.20344/amp.13251>
- Canhestro, A. S., & Basto, M. L. (2016). Resultados Sensíveis às Intervenções de Enfermagem na Promoção do Envelhecimento Saudável. Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 48-71.
- Canhestro, A.S. (2018). *Envelhecer com saúde: promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo*. Sistema Integrado de bibliotecas: Universidade de Lisboa.
- Crispim, R. (2020). Velhice(s) e participação em estruturas residenciais para idosos percecionadas por pessoas idosas e assistentes sociais: um estudo qualitativo. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 6 (1), 81-96.
- Despacho n.º 3454/2017 do Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/04/24/pn-de-educacao-para-a-saude-literacia-e-autocuidados/>
- Direção Geral da Saúde (2016a). *Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em*

- Números 2015. Lisboa: DGS, Direção de Serviços de Informação e Análise
- Direção Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física*. Lisboa: DGS.
- Fernandes, J. M. N. (2011). *O desafio do envelhecimento demográfico*. Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco, 1(2), 5–11. Disponível em: https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/3074/1/R_IPCB2_1.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021 Resultados definitivos*. Lisboa: INE. Censos 2021 (ine.pt)
- Pinto, A. (2021). *Envelhecimento saudável: o papel da alimentação e nutrição*. Porto: Faculdade de ciências da nutrição e alimentação. Universidade do Porto.
- Pordata. (2020a). *População residente: total e por grandes grupos etários. Quantos são os jovens, os idosos ou as pessoas em idade ativa?* Disponível em: População residente em Portugal: total e grupos etários | Pordata
- Pordata. (2020c). *População residente com 65 e mais anos do sexo feminino, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário. Quantas mulheres idosas existem no final do ano, por faixa etária?* Disponível em: Portugal: População residente do sexo feminino com 65 e mais anos: total e por grupo etário | Pordata
- Pordata. (2020d). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: por nível de escolaridade completo mais elevado. Quantas pessoas, em idade ativa ou idosa, há sem instrução ou com o ensino básico, secundário ou superior?* Disponível em: Portugal: População residente com 16 a 64 anos e 65 a 89 anos: por nível de escolaridade completo mais elevado (percentagem) | Pordata
- Portela, C. (2020). *Estimulação Cognitiva e Física na Demência*. Dissertação de Mestrado. Faro: Universidade do Algarve. Disponível em: Dissertação Final Carina (Lagos).pdf (ualg.pt)
- Sicad. (2021). *Relatório Anual 2021 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. Serviço Nacional de Saúde. Disponível em: Relatório Anual 2021 • A Situação do País Em Matéria de Álcool (sicad.pt)
- World Health Organization (2005) *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Tradução Gontijo, S. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: MIOLO_ENV_ATIVO_FINAL.indd (saude.gov.br)

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: As trocas intergeracionais no contexto da
pandemia de Covid-19

Título resumido do manuscrito: Trocas intergeracionais no contexto
pandémico

Sandra Maria Gouveia Antunes

CI&DEI, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal | santunes@estgl.ipv.pt

ORCID ID: 0000-0002-4626-1543

Agradecimentos

Agradeço o apoio do Centro de Estudos em Educação e Inovação (CI&DEI) e do Instituto Politécnico de Viseu. Trabalho financiado através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto Ref. UIDB/05583/2020.

Resumo

Este artigo apresenta os resultados de um estudo orientado para conhecer e compreender as atitudes relativamente às relações e trocas intergeracionais, e perscrutar os eventuais impactos causados pela Pandemia Covid-19 nessas mesmas trocas. De um ponto de vista teórico, o presente trabalho tem o seu esteio na sociologia da família, tendo em vista acomodar os conceitos de geração e intergeracionalidade. O contexto temporal do estudo obrigou-nos ainda a relevar as evidências amplamente difundidas sobre as formas de propagação e desigual incidência geracional do vírus SARS-CoV-2. O instrumento utilizado para a recolha dos dados foi um inquérito por questionário, administrado através das redes sociais a uma amostra de inquiridos de diferentes faixas etárias, organizado em duas partes: i) uma breve bateria de perguntas destinadas a caracterizar os inquiridos; ii) uma segunda parte composta pela Escala de Atitudes em relação a Trocas Intergeracionais (EATI), na sua versão portuguesa. Os resultados confirmam que a pandemia COVID-19 tem gerado efeitos muito negativos na interação intergeracional e no contato social entre crianças, idosos e ambas as faixas etárias (quando consideradas em junção), mas que tal não afetou as atitudes muito

positivas que a amostra portuguesa evidenciou com respeito às trocas intergeracionais.

Palavras-chave: intergeracionalidade; atitudes; trocas intergeracionais; EATI; COVID-19.

Introdução

No contexto de uma epidemia como a que vivemos devido à propagação mundial da COVID-19, as agências governamentais responsáveis pela saúde nos vários países do mundo que têm casos de contaminação pelo vírus da SARS-CoV-2 apresentaram recomendações de isolamento e distância física. Estas medidas são consideradas essenciais para minimizar a transmissão pessoal e mitigar a progressão exponencial da infeção, que ameaça a capacidade de resposta dos vários sistemas nacionais de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2020).

Como medida de saúde pública, o distanciamento social deve evitar doenças contagiosas, evitando que pessoas doentes se aproximem e infetem pessoas saudáveis. Esta medida requer a salvaguarda de uma distância entre pessoas (cerca de 2 metros para a COVID-19) (Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, 2020) e a redução da regularidade do contacto físico, evitando a aglomeração (Organização Mundial de Saúde, 2020). Devemos combinar estas medidas com uma boa higiene respiratória e uma lavagem cuidadosa e regular das mãos (Organização Mundial de Saúde, 2009; Organização Mundial de Saúde, 2020). A par destas restrições, podemos adotar medidas de contenção em grande escala, tais como o encerramento de escolas, espaços de trabalho e serviços não essenciais, o cancelamento de eventos de massas (desportivos, culturais, militares, ...), restrições de viagem, quarentenas populacionais, cordão sanitário, sequestro protetor (Kinlaw e Levine, 2007).

As medidas de distanciamento adotadas em Portugal, como na maioria dos países afetados pela COVID-19, baseiam-se no pressuposto de que o distanciamento físico das pessoas interrompe as cadeias de transmissão e de contágio. Portanto, menos pessoas infetadas, menos pressão sobre os sistemas de saúde, melhor capacidade de resposta e, portanto, um menor número de baixas. Estas medidas são diretamente eficazes quando, como é o caso, a propagação do vírus ocorre por gotículas respiratórias associadas à tosse e aos espirros. Também pode acontecer quando o vírus se propaga por contacto físico direto, incluindo contacto sexual, contacto físico indireto, superfícies

contaminadas, ou transmissão por via aérea (quando o micro-organismo sobrevive no ar durante longos períodos) (Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, 2020).

As nossas vidas estão sujeitas a mudanças súbitas devido à emergência pandémica. Além disso, a espiral de informação sobre a pandemia, o impacto económico, e as dificuldades resultantes e esperadas provocam um ambiente stressante e ansioso. Este último agrava-se com o stress mental causado pelo facto de sermos privados da interação humana e daqueles que acarinhámos.

A ideia de introduzir uma distância física das pessoas à nossa volta parece ser confundida com a distância social e pode gerar muitas consequências para a saúde física, emocional e mental dos indivíduos. Alguns indivíduos mostram sentimentos de solidão, stress, ansiedade, depressão ou pânico, especialmente quando outros distúrbios de ansiedade, compulsão obsessiva, e paranoia pré-existem (Brooks, 2020; Centros de Controlo e Prevenção de Doenças, 2020).

Embora o desapego seja vital para conter o vírus e preservar a nossa saúde, é ao mesmo tempo uma ameaça ao nosso equilíbrio psicológico. Reconhecendo isto, a Organização Mundial de Saúde [OMS] recomendou a substituição da palavra "social" por "física" para caracterizar a distância a que somos obrigados. Sublinha a mudança de perspetiva para combater o isolamento social que, na maioria das vezes, tem acompanhado a distância física, afirmando que mesmo que fisicamente distantes, precisamos de permanecer socialmente ligados (Kumar, 2020; Martins, 2020).

O conceito de geração é essencial para enquadrar os comportamentos e atitudes mais ou menos semelhantes evidenciados por um grupo de pessoas que partilham o mesmo horizonte de vida. Além disso, experimentaram os mesmos acontecimentos históricos e partilham posições socioculturais semelhantes – uma espécie de consciência geracional (Gilleard e Higgs, 2002). Esta perspetiva societal de geração, a que os demógrafos se referem como uma coorte geracional para descrever os nascidos no mesmo ano ou no mesmo intervalo de anos, torna-se valiosa quando é necessário apreciar os movimentos populacionais e considerar as suas necessidades para planear uma intervenção política ou social ajustada.

O conceito de geração familiar integra elementos estruturais e temporais que contribuem para definir a disponibilidade, qualidade, tempo e espaço dedicados às relações familiares intergeracionais. Estas relações dependem estreitamente dos laços

e obrigações e responsabilidades afetivas que ligam os vários membros da família. A família é conceptualizada em linhagens compostas de laços verticais descendentes entre avós, pais e filhos. Os intercâmbios intergeracionais referem-se assim às relações sociais estabelecidas entre membros de duas ou mais gerações e aos processos recíprocos de orientação, influência, troca, aprendizagem e apoio que ocorrem, refletindo a intensidade dos laços familiares em que se reconhecem uns aos outros (Lüscher, 2011). A estrutura geracional das famílias sofreu, com uma incidência particular nos últimos 50 anos, alterações complexas resultantes do aumento sustentado da longevidade e da queda da fertilidade, por um lado, e a crescente diversificação das configurações familiares, por outro, transformando a sua composição e dinâmica relacional. Assim, os mesmos acontecimentos históricos marcam o contexto económico, social e político que envolve as diferentes gerações sociais que apoiam as transformações estruturais da família e as mudanças nos papéis sociais e familiares dos seus membros.

A pandemia, que se combate com distância física, cumpriu o seu objetivo de nos alertar para os efeitos adversos da falta de contacto/proximidade social, grave para os idosos, as suas principais vítimas. Num contexto como este, as relações e intercâmbios intergeracionais desempenham um papel predominante na garantia do apoio social e da resiliência dos indivíduos. Com base nesta reflexão, surgiram duas questões: 1) quais as atitudes relativamente aos intercâmbios intergeracionais no período que se seguiu ao primeiro confinamento? 2) as medidas de afastamento e isolamento adotadas para combater a pandemia afetaram essas atitudes e, em caso afirmativo, em que sentido?

Métodos

Neste estudo foi utilizada investigação quantitativa, descritiva-correlacional. A amostra contou com 749 inquiridos para descrever as suas atitudes em relação aos intercâmbios intergeracionais e compreender se e como a pandemia afetou as suas atitudes. A nossa preocupação foi compreender como as diferentes gerações experimentaram essas mudanças e relacionar as possíveis mudanças percebidas com a "consciência geracional" que alguns autores referem.

Para responder às perguntas da investigação, aplicámos um questionário estruturado em duas partes: (i) um pequeno conjunto de perguntas destinadas a caracterizar os inquiridos; (ii) uma segunda parte, composta pela versão portuguesa da Escala de

Atitudes face às Trocas Intergeracionais (IEAS). Elaborámos o questionário utilizando formulários Google e divulgámo-lo através da rede social Facebook durante o mês de maio de 2020, após o primeiro confinamento imposto para conter a Pandemia da COVID-19 em Portugal.

A primeira parte do questionário visava caracterizar a população respondente com base nas seguintes variáveis: sexo, idade, nível educacional, e distrito de origem. Encerrando o questionário, fizemos duas perguntas adicionais para avaliar a regularidade do contacto social com crianças, adultos e idosos, antes da pandemia da COVID-19 e em que medida as medidas de contenção afetaram esta regularidade de contacto, de acordo com a percepção dos inquiridos.

Stremmel, Travis e Kelly-Harrison desenvolveram o IEAS (1996), nos Estados Unidos, para medir as atitudes em relação aos intercâmbios intergeracionais. Mais recentemente, o IEAS foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Tarallo, Neri e Cachioni (2016), e traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Sousa (Sousa, 2019).

O questionário continha 23 itens distribuídos em cinco fatores. A escala compreende: 1) dez itens sobre as relações entre adultos idosos e crianças (exemplo: "As crianças e os adultos idosos são bons companheiros"); 2) quatro itens sobre a percepção que as crianças têm dos adultos idosos (exemplo: "As crianças pensam que os adultos idosos são aborrecidos"); 3) três itens sobre os atributos das crianças (exemplo: "As crianças são demasiado egoístas para estarem perto de adultos mais velhos"); 4) três itens sobre os atributos dos adultos mais velhos (exemplo: "Os adultos mais velhos não toleram crianças desleixadas"); 5) três itens sobre controlo e poder (exemplo: "As crianças fazem batota nos jogos com os adultos mais velhos"). As respostas são declarações avaliativas de atitudes positivas ou negativas sobre intercâmbios intergeracionais num formato Likert que pontuam de 5 (concordo fortemente) a 1 (discordo fortemente) e variam de 23 a 115 pontos. De acordo com os autores, as pontuações altas mostram atitudes mais positivas em relação às trocas intergeracionais (Stremmel, Travis, & Kelly-Harrison, 1996).

A apresentação e análise dos dados utilizados instrumentos estatísticos descritivos. Estes visavam descrever as características demográficas dos participantes no estudo, medir as atitudes em relação aos intercâmbios intergeracionais, a sua relação com a

idade/geração dos inquiridos, e descobrir a perceção dos inquiridos sobre a mudança das suas atitudes em relação aos intercâmbios intergeracionais devido às medidas de contenção impostas pela COVID-19. Utilizámos o software *IBM SPSS Statistics*, versão 28.0, e a aplicação Microsoft Office 2019 Excel.

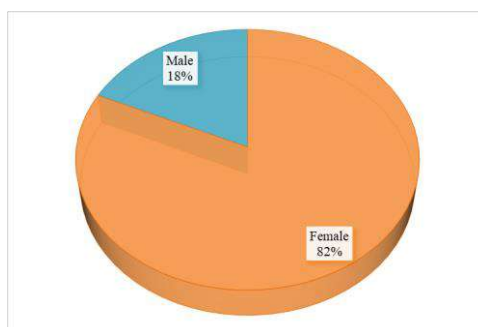
Resultados

Caracterização da amostra

Aplicámos o questionário durante o mês de maio de 2020, imediatamente após a primeira contenção decretada em Portugal, através de redes sociais, tendo registado uma elevada adesão com 748 inquiridos. A amostra tem uma distribuição de género desigual: 612 (82%) mulheres; 136 (18%) homens (Ver Figura 1. Género).

Figura 1

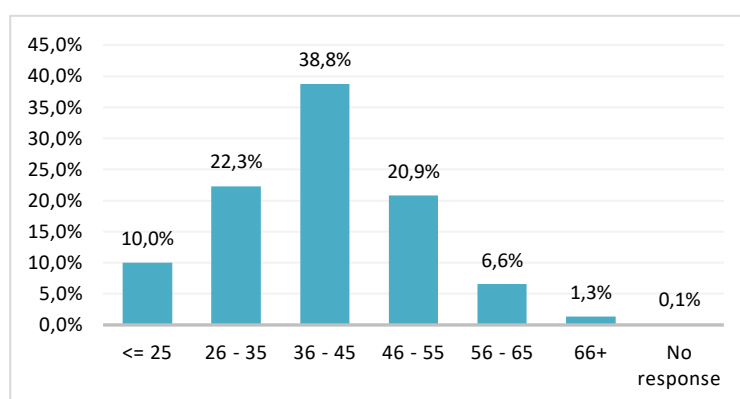
Género (%)



Relativamente à idade, a idade dos inquiridos varia entre os 16 e 78 anos com uma distribuição normal, sendo a idade média e mediana de cerca de 40 anos e a idade mais frequente (modalidade) de 38 anos. Após classificar a variável em cinco grupos etários, obtivemos a seguinte distribuição: 75 respondentes (10%) têm menos de 25 anos; 167 (22,3%) têm entre 26 e 35 anos; 290 respondentes (38,8%) têm entre 36 e 45 anos; 156 (20,9%) têm entre 46 e 55 anos; 49 respondentes (6,6%) têm entre 56 e 65 anos, e; 10 (1,3%) têm 66 anos ou mais. Houve também uma não-resposta (Ver Figura 2. Idade).

Figura 2

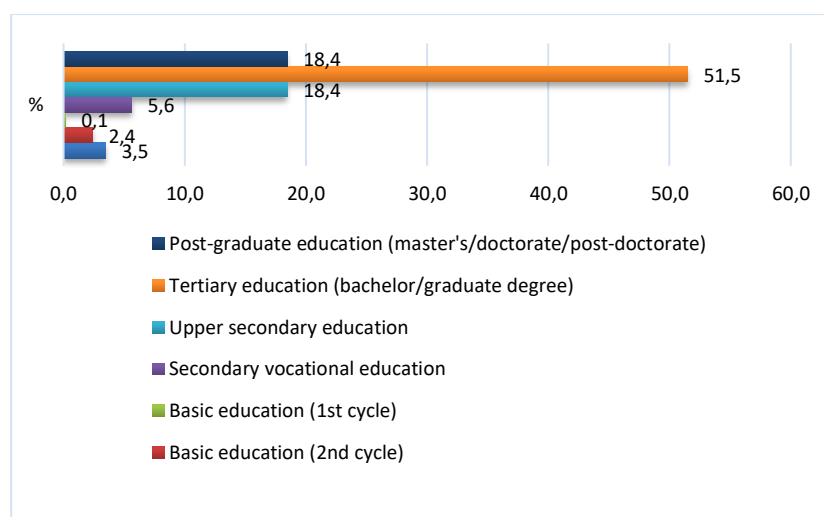
Idade (%)



A amostra tem níveis de educação elevados, com a maioria (51,5%) dos inquiridos (385) a possuir licenciatura, e pós-graduação, 138 pessoas (18,4%). Um número igual de inquiridos (138) tem um nível de ensino secundário (18,4%). Os restantes, em número muito inferior, têm níveis de educação divididos entre o ensino secundário profissional (42 ou 5,6%) e o ensino básico: 3º ciclo (26 ou 3,5%); 2º ciclo (18 ou 2,4%); e 1º ciclo (1 ou 0,1%) (Ver Figura 3. Nível de instrução).

Figura 3

Nível de escolaridade (%)



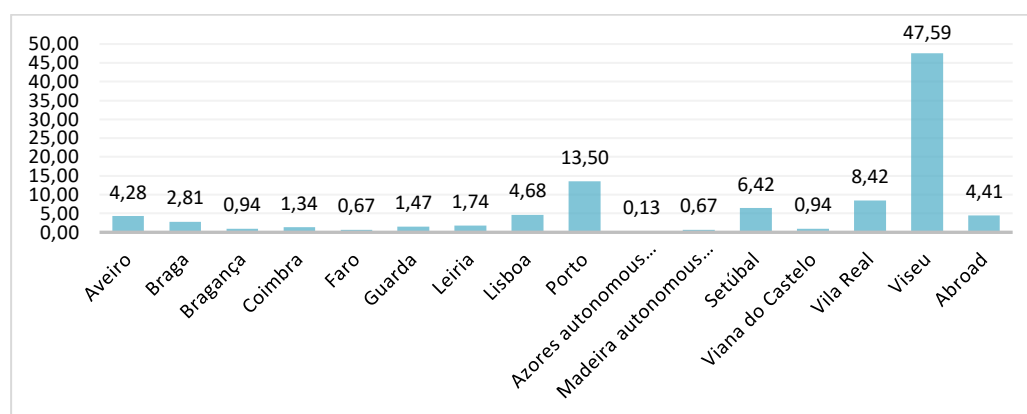
O questionário incluía uma pergunta que procurava conhecer a região em que os vários inquiridos viviam, não porque a variável distrito de residência seja um fator explicativo do problema em estudo, mas porque queríamos saber quais as regiões geográficas representadas pela amostra. O total de respondentes representou 15 dos 20 distritos

do país, incluindo as duas regiões autónomas. São dignos de nota os 33 inquiridos residentes no estrangeiro que também participaram.

O distrito de Viseu, o nosso distrito, teve o maior número de inquiridos (356), representando quase metade da amostra (47,6%). O distrito do Porto registou um número significativo de inquiridos (100) ou 13,5%, seguido pelos distritos de Vila Real, com 63 inquiridos (8,42%), Setúbal com 48 (6,42%), Lisboa com 35 (4,68%), e Aveiro com 32 inquiridos (4,28%), só para mencionar os distritos mais representados pelos participantes. Para ver a distribuição total, ver Figura 4. Distritos de origem.

Figura 4.

Distrito de origem (%)

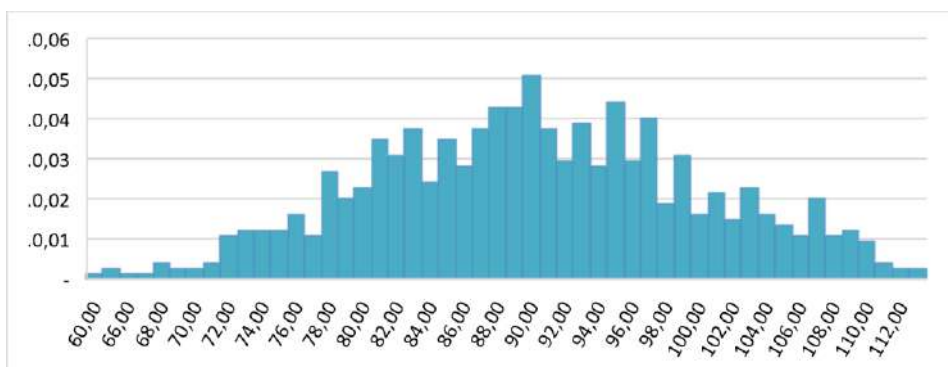


A interação e as trocas intergeracionais

Quanto ao tratamento dado às 23 questões (itens) que compõem a Escala de Atitude de Intercâmbio Intergeracional (IEAS), antes da criação da variável-índice, classificámos as declarações positivas de acordo com a escala Likert de 1 (discordamos fortemente) a 5 (concordamos fortemente). Em contraste, as afirmações negativas sofreram a classificação oposta, com "concordo fortemente" a receber a pontuação mínima de 1 e "discordo fortemente" a pontuação máxima de 5. Após pesar as afirmações positivas e negativas, a variável índice calculou os resultados da escala, com pontuações que variam entre 60 e 113 pontos, um valor médio de 90,2, e uma mediana e moda de 90. Estes resultados mostram fortes atitudes positivas em relação às trocas intergeracionais, considerando que a pontuação da escala varia entre 23 e 115 pontos (ver Figura 5. Escala de Atitudes face às Trocas Intergeracionais (IEAS)).

Figura 5.

Escala de Atitudes face às Trocas Intergeracionais (IEAS) (%)



Para verificar a regularidade da interação dos inquiridos com os dois grupos etários em consideração, avaliando o grau de interação geracional que ancorou as suas atitudes, perguntamos: "Na sua vida quotidiana (antes da pandemia da COVID-19), com que regularidade passava o seu tempo com...?". A pergunta considerava três grupos de resposta - crianças, idosos e crianças e idosos (juntos) - e uma escala de classificação que variava de 1 (irregular) a 4 (muito regular). Retirámos propositadamente a posição intermédia da escala para "forçar" os participantes a uma resposta empenhada, evitando a tendência para uma resposta central, mais confortável para os inquiridos, mas menos esclarecedora para nós.

Os resultados mostram que a interação ou contacto com crianças e idosos, antes da COVID-19, era "muito regular" para cerca de metade dos participantes, com 54,1% e 46%, respetivamente. E foi "Regular" para 29,8% relativamente à interação com as crianças e 38,2% relativamente ao contacto com os idosos. Corroborando estes resultados, podemos verificar que apenas 2,7% dos inquiridos relataram manter uma interação "Irregular" com estes dois grupos etários (ver Figura 6. Regularidade de interação com... (antes da COVID-19).

Quanto à interação com o terceiro grupo em consideração (crianças e jovens juntos), 41,7 dos inquiridos disseram ser "Regular", e o segundo grupo mais significativo, 25,9% disseram ser "Pouco regular", o que mostra uma menor convivialidade sobre este terceiro grupo quando comparado com os outros dois.

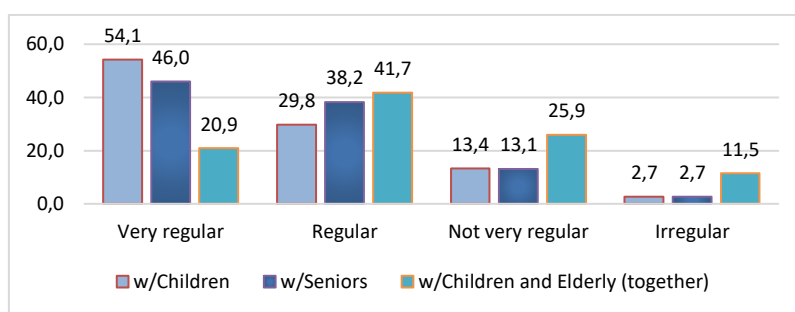
Evidência que é compreensível porque é menos provável, para qualquer um de nós, encontrar na nossa vida diária situações que tornem possível socializar simultaneamente com crianças e idosos, mesmo que ambos os grupos etários existam

no nosso grupo familiar ou em redes de vizinhança.

A interação com este grupo (crianças e idosos juntos) também é elevada, o que se confirma porque o terceiro grupo mais significativo de respostas (20,9%) provém de participantes que classificam a sua interação como "Muito regular", e apenas 11,5% classificam-na como "Irregular".

Figura 6.

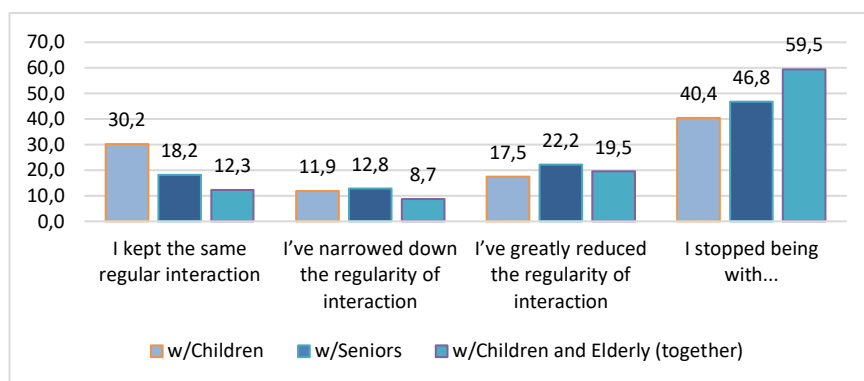
Regularidade de interação com... (antes da COVID-19) (%)



A última pergunta que fizemos procurou determinar o impacto da COVID-19 na regularidade da interação que os participantes tinham com crianças, pessoas mais velhas, e com crianças e pessoas mais velhas (em conjunto). À pergunta "Em que medida foi afetada a regularidade do contacto?", um número muito significativo de participantes respondeu tendo "deixado de estar com ..." crianças e idosos (juntos) (59,5%), com idosos, 46,8%, e com crianças, 40,4%. O segundo grupo mais significativo de respostas veio dos inquiridos que admitiram ter "reduzido muito a regularidade da interação" que anteriormente tinham com os idosos (22,2%) e com as crianças e os idosos (em conjunto) (19,5%). Além disso, devemos notar que o contacto com crianças "manteve a mesma interação regular" a 30,2% dos inquiridos, possivelmente adultos ou idosos responsáveis por eles. 18,2% dos participantes mostraram o mesmo padrão de interação com os idosos, e 12,3% com crianças e idosos (em conjunto) (ver Figura 7. Regularidade de interação com... (após COVID-19)).

Figura 7.

Regularidade de interação com... (depois da COVID-19) (%)



Discussão

O estudo que realizámos permitiu-nos obter resposta às perguntas iniciais. As atitudes em relação aos intercâmbios intergeracionais são altamente positivas, o que é confirmado pelas altas pontuações da amostra na escala. Esta circunstância é digna de nota, considerando que aplicámos a escala no período imediatamente a seguir à primeira contenção decretada pelas autoridades sanitárias portuguesas para conter a pandemia da COVID-19.

Os resultados corroboram que o declínio dos modelos familiares clássicos baseados na coabitação de várias gerações (famílias alargadas) e a sua tendência para serem substituídos por outras configurações familiares em que os idosos não coabitam com as gerações mais novas não se traduz num esvaziamento das funções de socialização da família ou numa ausência de relações intergeracionais (Daatland e Herlofson, 2001). As famílias continuam a assumir a responsabilidade e a prestar apoio e ajuda aos seus membros, com particular ênfase nos idosos, fazendo uso de transportes, redes sociais, e outras tecnologias digitais quando a distância intervém (Daatland e Herlofson, 2001; Ferreira, 2017).

Bengtson (2001) construiu o modelo teórico mais amplamente utilizado na compreensão da solidariedade intergeracional "para caracterizar as dimensões comportamentais e emocionais da interação, coesão, sentimento e apoio entre pais e filhos, avós e netos" (p. 8) e menciona seis dimensões da solidariedade, sendo:

- i. Solidariedade afetiva, relativa aos sentimentos positivos e avaliações (tipo, grau e reciprocidade) que os membros da família fazem das suas relações;
- ii. Solidariedade associativa, no que respeita à frequência e padrões de contacto;

- iii. Consenso de solidariedade, no que diz respeito ao acordo em opiniões, valores e orientações;
- iv. Solidariedade funcional ou ajuda, relativamente ao grau e quantidade de apoio (apoio/recursos) dado e recebido;
- v. Solidariedade normativa, referente às expectativas em torno das obrigações parentais e filiais e ao compromisso com os valores e papéis na família;
- vi. Solidariedade estrutural, referindo-se às oportunidades de contacto (dada a dimensão da família e a proximidade física) para que as relações intergeracionais tenham lugar.

As seis dimensões da solidariedade permitem o conhecimento e a validação empírica dos pontos fortes e fracos dos laços intergeracionais e da natureza das relações estabelecidas entre membros de diferentes gerações que se interpenetram e dependem das estruturas e dinâmicas familiares que os suportam e alimentam. Isto não nos deve levar a ignorar aspetos menos positivos que explicam a existência de relações mais conflituosas e/ou ambivalentes.

A segunda resposta alcançada destaca uma forte base de interação social entre os três maiores grupos etários (crianças e idosos) e os adultos no contexto pré-COVID-19. A forte regularidade da interação com crianças e idosos, afirmada pela amostra, ilustra esta forte base de interação geracional, que acreditamos apoiar as atitudes muito positivas demonstradas em relação às trocas intergeracionais.

É fácil de compreender que entre indivíduos que viveram os mesmos marcos históricos, existe uma perceção sociocultural partilhada ou consciência geracional que, embora subjetiva e variável de acordo com as suas diferentes histórias de vida, ainda apresenta mais semelhanças do que dissemelhanças, e que explica a formação e preservação da solidariedade intergeracional e um certo contrato dentro e entre as diferentes gerações (Timonen & Conlon, 2015).

A desigual exposição a acontecimentos históricos específicos, tais como depressões económicas, guerras, ou crises nacionais, está subjacente à segmentação da população em gerações que, partilhando um passado histórico comum, têm uma visão de mundo e uma predisposição comportamental semelhantes, o que nos permite aludir, atualmente, à existência de cinco gerações diferentes (Keating et al., 2015).

Sem querer aprofundar a análise da proposta teórica apresentada por Keating et al. (2015), não podemos ignorar o facto de que a nossa amostra, cuja idade média é de 40 anos, é constituída principalmente por indivíduos da Geração X e dos chamados *Millennials*. Com base na literatura, podemos compreender melhor o comportamento assumido por estes dois grupos geracionais e, correlativamente, pela maioria dos participantes no nosso estudo, relativamente aos seus padrões de interação com as crianças e os idosos, antes e depois do surto pandémico da COVID-19.

A Geração X (40 a 65 anos de idade), também conhecida como a "geração sanduíche", é a que responde às necessidades das crianças pequenas e dos pais idosos e está no centro da ação. Preocupados com o trabalho que têm de assegurar a partir de casa ou com o futuro incerto da sua fonte de rendimento, ainda têm de acompanhar e responder às necessidades dos seus pais e, por vezes, dos avós sobreviventes, e tomar conta dos seus filhos no ensino à distância. Além disso, têm de gerir a ansiedade e o receio de contrair o vírus, considerando certas condições adicionais (asma e outras doenças respiratórias, problemas cardíacos, diabetes, doenças hepáticas e renais, e imunossupressoras) que agravam os sintomas da COVID-19 (Cherry 2020).

Millennials, ou Geração Y (dos 20 aos 40 anos), na sua idade ativa, partilham muitas das preocupações da Geração X. Algumas destas preocupações são a sustentabilidade financeira, o trabalho, acompanhando o ensino à distância dos seus filhos pequenos, muitas vezes conflituosas com o seu trabalho quando realizado a partir de casa, dos seus pais e avós (relutantes em cumprir as medidas de afastamento e quarentena) ou a sua saúde e a capacidade de resposta dos serviços de saúde (Cherry, 2020).

A terceira descoberta deste estudo é o forte impacto negativo que a pandemia da COVID-19 trouxe sobre a regularidade da interação dos nossos participantes com crianças e jovens. Este foi um resultado esperado uma vez que a vulnerabilidade aos efeitos da COVID-19 sobre a saúde varia de geração para geração. Os jovens são menos vulneráveis e os idosos estão em maior risco. Isto é algo que os nossos participantes, principalmente das gerações X e Y, geriram da forma que mencionámos anteriormente. Também contribuindo para esta situação, as medidas de contenção agravaram a transformação histórica nos modelos familiares, que se traduziu em dificuldades de coabitação das gerações e da sua separação física, reduzindo os espaços de contacto, diálogo, e interação intergeracional.

As trocas intergeracionais não requerem proximidade física: "estar juntos" nem sempre significa um "fazer e sentir juntos". Para ser "intergeracional" deve existir a intencionalidade e intensidade das relações que ligam as gerações (Ferreira, 2017), que podem variar na sua natureza mais solidária, ambígua ou conflituosa.

Os resultados alcançados neste estudo mostram que as medidas de afastamento e isolamento adotadas para combater a pandemia afetaram negativamente a regularidade da interação social existente entre as gerações. No entanto, a diminuição ou ausência de interação social com crianças e idosos não afetou negativamente as atitudes que os 748 participantes demonstraram em relação aos intercâmbios intergeracionais. Embora admitamos a possibilidade de as atitudes poderem ser ainda mais otimistas antes da pandemia de Covid-19, uma hipótese que só um estudo longitudinal poderia confirmar.

Conclusão

Face a uma pandemia que ameaça as nossas vidas e considerando o distanciamento como uma medida necessária para conter a propagação do vírus, os governos e organismos internacionais são unânimes na sua preocupação com as implicações e riscos para a saúde mental que surgem da relação entre distanciamento físico e distanciamento/isolamento social. Juntamente com os efeitos depressivos esperados na economia mundial (que tem estado quase estagnada), as economias, em geral, serão lentas a recuperar devido à manutenção de medidas restritivas. Além disso, há sinais preocupantes de uma "recessão social" – um colapso do contacto social, particularmente difícil para as populações mais suscetíveis ao isolamento e solidão (os idosos e as pessoas com deficiências ou problemas de saúde que requerem cuidados e/ou dietas especiais).

Como esperado, a crise não afeta as gerações da mesma forma. Olhar para a crise pandémica da COVID-19 de uma perspetiva geracional permite-nos olhar para a realidade social a partir do ponto de vista de cada geração e dos constrangimentos que experimentaram, e confirma que a diminuição da regularidade do contacto ou da proximidade física entre gerações devido à crise pandémica não afetou as atitudes perante os intercâmbios intergeracionais, fundamento da solidariedade intergeracional. As famílias multigeracionais que vivem juntas experimentam a dificuldade de

salvaguardar a distância de 2 metros. Por conseguinte, obrigam-se a distanciar-se daqueles que estão próximos, enquanto as gerações que vivem sozinhas, incluindo as gerações mais velhas em ambientes institucionais, sentem que a distância física habitual, agora forçada, requer uma proximidade ou coesão adicional para as distantes. Nesta janela de desencontro entre as fragilidades de uns e as forças de outros, temos de encontrar espaço para atenção, ajuda mútua, e compaixão pelos mais vulneráveis – os idosos e as pessoas com deficiências ou problemas de saúde que requerem cuidados.

Referências Bibliográficas

- Bengtson, V. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and the Family*(63), pp. 1-16. Retrieved from <http://www.unc.edu/~ldpearce/soci820/Readings/bengtson.pdf>
- Brooks, S. W. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*(395), pp. 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Risk Assessment and Management. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Retrieved from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/risk-assessment.html>
- Cherry, K. (2020, april 26). How Different Generations Are Responding to COVID-19. *verywellmind*. Retrieved from <https://www.verywellmind.com/how-different-generations-are-responding-to-covid-19-4802517>
- Daatland, S., & Herlofson, K. (2001). *Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life: an introduction to the OASIS project*. Oslo.
- Ferreira, I. (2017). *Educação Intergeracional como Estratégia de Promoção do Envelhecimento Ativo: Análise de necessidades de uma comunidade local, enquanto via fundamentadora de projetos relevantes e sustentáveis*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, Portugal.
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2002). The third age: class, cohort or generation? *Ageing and Society*(22), pp. 369–382. <https://doi.org/10.1017/S0144686X0200870X>
- Keating, N., Kwan, D., Hillcoat-Nalletamby, S., & Burholt, V. (2015). *Intergenerational relationships: Experiences and attitudes in the New millennium*. UK: Centre for

- Innovative Ageing, Swansea University. Retrieved from <https://assets.publishing.service.gov.uk/government>
- Kinlaw, K., & Levine, R. (2007). Ethical guidelines in Pandemic Influenza: Recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee to the Director. *Centres for Disease Control and Prevention*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/od/science/integrity/phethics/>
- Kumar, S. (2020, march 28). Corona Virus Outbreak: Keep Physical Distancing, Not Social Distancing. *SSRN*. Retrieved from <https://ssrn.com/abstract=3568435> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3568435>
- Lüscher, K. (2011). Ambivalence: A “Sensitizing Construct” for the Study and Practice of Intergenerational Relationships. *Journal of Intergenerational Relationships*, 2(9), pp. 191-206. <https://doi.org/10.1080/15350770.2011.568338>
- Martins, C. (2020, abril 15). Distanciamento social? Não. Por que motivo temos de mudar a linguagem da peste. *Expresso Diário [edição online]*. Retrieved from <https://expresso.pt/dossies/diario/2020-04-15-Distanciamento-social--Nao.-Por-que-motivo-temos-de-mudar-a-linguagem-da-peste>
- Sousa, B. (2019). *As trocas intergeracionais com crianças e jovens em risco – o uso de App intergeracional*. Dissertação de Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Educação de Viseu, Viseu, Portugal.
- Stremmel, A., Travis, S., & Kelly-Harrison, P. (1996). Development of the Intergenerational Exchanges Attitude Scale. *Educational Gerontology*, 4(22), pp. 317-328. <https://doi.org/10.1080/0360127960220402>
- Tarallo, R., Neri, A., & Cachioni, M. (2016). Semantic and cultural equivalence of the Intergenerational Exchanges Attitude Scale (IEAS). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 3(19), pp. 453-4.
- World Health Organization. (2009). *Pandemic influenza prevention and mitigation in low resource communities*. Geneva: WHO. Retrieved from https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/PI_summary_low_resource_02_05_2009.pdf?ua=1

World Health Organization. (2020). COVID-19. *COVID-19*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://web.archive.org/web/20200325084602/https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/>

“A autora declara que não há conflito de interesse.”

Título completo do manuscrito: Aspectos sociodemográficos e a presença de comprometimento cognitivo em idosos residentes de um município do Brasil

Título resumido do manuscrito: Aspectos sociodemográficos e declínio cognitivo

Carolina Rego Chaves Dias

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Departamento de Saúde II, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: carolinaregochaves@gmail.com
ORCID: 0000-0002-2615-2964

Saulo Vasconcelos Rocha

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: svrocha@uesb.edu.br
ORCID: 0000-0001-8655-5151

Bruna Maria Palotino Ferreira

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: brunapalotino12@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8368-1459

Jefferson Paixão Cardoso

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: jpcardoso@uesb.edu.br
ORCID: 0000-0003-0128-5792

Ariani França Conceição

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: arianiedf@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9370-9830

Clarice Alves dos Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: casantos@uesb.edu.br
ORCID: 0000-0002-2730-5117

Agradecimentos

Os autores agradecem aos participantes do MONIDI e ao Núcleo de Estudos em Saúde da População (NESP) pela contribuição na realização desta pesquisa.

Resumo

O panorama demográfico brasileiro vem apresentando um perfil cada vez mais voltado para a longevidade. Nesse sentido, algumas características sociodemográficas têm se apresentado de forma mais prevalente, quando se analisa o perfil populacional associado ao envelhecimento e à diminuição da função cognitiva. Assim, o objetivo deste trabalho foi avaliar a associação de aspectos sociodemográficos e a presença de comprometimento cognitivo em idosos residentes em um município do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, com amostra constituída por 310 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, no município de Ibicuí (Brasil), selecionados aleatoriamente. Foram incluídas as variáveis: sexo, idade, escolaridade e comprometimento cognitivo (Mini-Exame do Estado Mental). Na análise dos dados, foram utilizados procedimentos da estatística descritiva e análise de regressão logística binária, utilizando-se o *software* STATA, versão 14.0®. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE 22969013.0.0000.0055), com base na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A média de idade dos entrevistados foi de 71,62 ($\pm 8,16$) anos. A maioria dos entrevistados eram mulheres (56,45%), estavam na faixa etária entre 60-79 anos (83,87%) e referiram serem alfabetizados (56,13%). A prevalência global de comprometimento cognitivo foi de 4,19%. Indivíduos longevos (idade ≥ 80 anos) e não alfabetizados apresentaram maiores probabilidades de apresentar essa condição ($p < 0,05$). Os resultados do presente estudo evidenciam a importância em se considerar os aspectos sociodemográficos, como a faixa etária e a escolaridade, como características relevantes de serem avaliadas no idoso, atrelada às suas condições biológicas, para o desenvolvimento de comprometimento cognitivo.

Palavras-chave: fatores sociodemográficos; comprometimento cognitivo; saúde do idoso; atenção primária à saúde; saúde pública.

Introdução

O panorama demográfico na América Latina e no Caribe tem assumido uma transição

demográfica de forma acelerada, isto é, com um acentuado aumento do número de idosos. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2020), mais de 8% da população apresentava 65 anos ou mais em 2020, e estima-se que esse valor possa dobrar até 2050, excedendo 30% até o final do século. No Brasil, já se verifica uma mudança na estrutura etária populacional, quando, em 2012, era de 11,3% e, pelo último Censo de 2022, representa 15,1% (IBGE, 2023).

Esse perfil precisa ser compreendido, uma vez que resultam em mudanças na prevalência de doenças, como as crônico-degenerativas, relacionadas ao comprometimento cognitivo (Freitas et al., 2010). Trata-se de uma das principais inquietações da população idosa e de seus familiares, que pode repercutir na redução da autonomia, da capacidade funcional, assim como da sociabilização (Trindade et al., 2013).

Sabe-se que o declínio, na função cognitiva, neste grupo etário, é mais frequente no sexo feminino, entre indivíduos de baixa escolaridade, que são inativos ao lazer e de baixa condição socioeconômica (Castro-Costa et al., 2011; Santos et al., 2013; Trindade et al., 2013;). Outros fatores também podem estar correlacionados, de modo a incrementar a exposição cognitiva, como doenças crônicas não transmissíveis – hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus –, transtornos mentais comuns, baixa procura pelos serviços de saúde, assim como a má adesão ao tratamento clínico (Almeida-Pititto; Filho & Cendorogolo 2008; Banhato & Guedes, 2011; Trentini et al., 2009).

As alterações cognitivas, muitas vezes, são tratadas como condições naturais do processo de senescência, retardando seu diagnóstico e tratamento (Santos; Andrade & Bueno, 2009). São morbidades que impactam negativamente na qualidade de vida dos idosos, com repercussões em seus domínios, como na manutenção da atenção, da memória recente e da elaboração de cálculos (Faria et al., 2014). As perdas neuronais graduais, com o avançar da idade, resultam na diminuição da capacidade funcional, com consequente prejuízo da memória (Gallardo-Gomez et al., 2022).

Uma das maneiras de identificação de possíveis casos de comprometimento cognitivo em idosos é a aplicação de testes de rastreio, considerando-se a diversidade da população estudada em termos de idade, grau de instrução e questões culturais (Filho & Lourenço, 2009). Dentre eles, destaca-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

(Folstein; Folstein & Mchugh, 1975), difusamente utilizado em diversos países para rastreio do comprometimento cognitivo.

No Brasil, alguns dos estudos utilizando este instrumento para avaliação do declínio cognitivo, detectaram a prevalência deste desfecho variando entre 4,9% à 34,1% (Faria et al., 2014; Ferreira et al., 2014; Holz et al., 2013). Dessa forma, a identificação precoce do comprometimento cognitivo em idosos é uma estratégia importante para intervenções que venham a interferir no estado de saúde destes pacientes, utilizando-se de instrumentos de simples aplicação, aplicados à assistência cotidiana, por meio de uma boa anamnese, para a prevenção de agravos e promoção à saúde. Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a associação de aspectos sociodemográficos e a presença de comprometimento cognitivo em idosos residentes em um município do Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo analítico, de corte transversal e abordagem quantitativa, desenvolvido a partir dos dados extraídos do inquérito domiciliar intitulado “Monitoramento das Condições de Saúde de Idosos de um Município de Pequeno Porte (MONIDI)”, realizado no município de Ibicuí, em 2014. Localizado na zona fisiográfica de Vitória da Conquista, região sudoeste da Bahia (Brasil), Ibicuí possui uma área territorial de 1.139,378 km² (IBGE, 2021). Sua população, em 2013, era de 15.785 habitantes, sendo que, durante o período da coleta dos dados, dos 2.125 idosos, 525 estavam cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) (IBGE, 2011).

A população alvo do presente estudo foi representada por idosos residentes nas zonas rural e urbana no município. Dessa forma, os critérios de inclusão utilizados foram indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados na ESF de Ibicuí. Para os critérios de exclusão, considerou-se idosos acamados, portadores de doença de Alzheimer ou outro tipo de doença neurológica que afetasse a cognição e, de certa forma, compromettesse a veracidade das informações coletadas.

Para a determinação do tamanho da amostra, foram utilizados os critérios propostos por Luiz e Magnanini (Luiz & Magnanini, 2000) para populações finitas, atribuindo nível de significância de 5%, Intervalo de Confiança (IC) de 95% e Erro Tolerável (ET) de 3%. Incluíram-se 10% a mais de sujeitos na amostra para compensar possíveis perdas e recusas. Dessa forma, considerando o processo de amostragem para o tipo de estudo,

na qual a representatividade numérica é característica e, após a aplicação dos critérios de elegibilidade e da contabilização das perdas (mudou-se do município, não foi encontrado por mais de três vezes na ESF ou domicílio, e recusas), a amostra final foi composta por 310 idosos (201 da zona urbana e 109 da zona rural) selecionados aleatoriamente.

Para a coleta dos dados, foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Saúde de Idosos (IASI), criado e validado previamente para utilização neste estudo (Pedreira et al., 2016). Ele contém partes de outros instrumentos já validados. Além disso, foi utilizado o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Folstein; Folstein & Mchugh, 1975) para a avaliação do estado cognitivo global. Este instrumento de triagem, validado para a população brasileira (Bertolucci et al., 1994), é formado por duas seções, que fornece, respectivamente, a função cognitiva global e outras dimensões cognitivas (respostas vocais, orientação, memória, concentração e linguagem - capacidade de nomear, obedecer a comandos, escrita e desenho).

Considerando que o escore varia de 0 a 30 pontos, foram consideradas, para este estudo, os critérios de Bertolucci et al. (1994) para definição do estado cognitivo global, uma vez que a sua classificação é com base no nível de escolaridade dos respondentes. Dessa forma, foram classificados como analfabetos indivíduos com ponto de corte 13; e indivíduos alfabetizados com ponto de corte 18. É válido destacar que, embora estes critérios considerem indivíduos com baixa/média escolaridade com ponto de corte 18, e 26 para alta escolaridade, o presente estudo considerou que indivíduos com baixa/média escolaridade já são considerados como alfabetizados.

Os participantes foram convidados a comparecer às USF nos dias de coleta, sendo informados sobre a pesquisa, sua importância e objetivos. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, comprometendo-se a participar voluntariamente deste estudo. Com uma equipe previamente instruída, os idosos foram entrevistados individualmente, seguidos da avaliação antropométrica e do desempenho motor.

No presente estudo foram incluídas as seguintes variáveis: sociodemográficas: sexo (masculino e feminino), idade em anos completos e categorizada por faixas etárias (60-79 anos e maior ou igual a 80 anos), escolaridade (analfabetos ou alfabetizados), raça/cor (branca, amarela, parda, indígena e preta), situação conjugal atual (com

companheiro ou sem companheiro), situação de moradia (acompanhado ou sozinho) e quantidade de filhos (nenhum, um filho e pelo menos dois); hábitos de vida: consumo de bebidas alcoólicas (sim ou não), fuma atualmente ou já foi fumante (dicotômica, sendo considerado “sim” para pelo menos um deles), inatividade física (classificada de acordo com os critérios de Pitanga & Lessa (2005), onde foram considerados como inativos no lazer aqueles que informaram não participar de atividades físicas nos momentos de lazer, considerando a semana típica habitual), hospitalização nos últimos 12 meses e presença de comorbidade (considerou-se a presença de uma ou mais comorbidades autorreferidas – diabetes e/ou AVC). A variável comprometimento cognitivo também foi avaliada, utilizando-se dos critérios de Bertolucci et al. (1994) adaptados.

Para a análise dos dados optou-se pelo *Software for Statistics and Data Science* (STATA versão 14.0). Foram utilizados procedimentos da análise descritiva (média, desvio padrão, frequência absoluta e relativa) para as características da população. Na abordagem analítica realizou-se análise bivariada utilizando a Razão de Prevalência (RP) e o valor de p, para se observarem as possíveis associações existentes entre as variáveis independentes e a dependente, determinando-se, nesse passo, quais as relações 2 a 2 entre as variáveis. Considerou-se um nível de significância de 5% para os testes de associação realizados, ou seja, foram consideradas variáveis com associação a variável dependente só apenas aquelas que tiveram significância estatística nesse nível ($p < 0,001$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE: 22969013.0.0000.0055). Este protocolo de estudo respeitou a Resolução Brasileira (466/2012) do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012) sobre ética em pesquisa com seres humanos; seguiu as diretrizes de ética em experimentos científicos em pesquisa científica do exercício e, ainda, atendeu às diretrizes de pesquisa com seres humanos da Declaração de Helsinque (2000).

Resultados

A média de idade dos entrevistados foi de 71,62 ($\pm 8,16$) anos, com predominância do sexo feminino (56,45%). Observou-se a prevalência de indivíduos na faixa etária entre 60-79 anos (83,87%), alfabetizados (56,13%) e com renda média mensal de 708,26 ($\pm$

303,70) reais. Além disso, 68,60% pertenciam à categoria preto/pardo, viviam em estado de coresidência (78,39%) e tinham filhos (94,95%). No que tange aos hábitos de vida, a maioria referiu não consumir bebidas alcoólicas regularmente (95,79%), embora 56,13% tenha declarado ou ter sido ou ser fumante atualmente. Com relação ao nível de atividade física ao lazer, 69,03% dos idosos eram inativos nas horas livres. Com relação às internações hospitalares nos últimos 12 meses, 70% declarou não ter necessitado dos serviços terciários para os cuidados em saúde, além de não apresentarem comorbidades (81,29%), como diabetes e AVC. A prevalência de comprometimento cognitivo foi de 4,19%, conforme pode ser verificado na tabela 1.

Tabela 1

Distribuição das características sociodemográficas, dos hábitos de vida e do estado de saúde – Ibicuí (BA), 2014.

Variáveis	Frequências	
	n	%
Sexo		
Feminino	175	56,45
Masculino	135	43,55
Faixa etária		
60-79 anos	260	83,87
80 ou mais	50	16,13
Escolaridade		
Analfabetos	136	43,87
Alfabetizados	174	56,13
Raça/Cor		
Branca/Amarela/Indígena	92	31,40
Preta/Parda	201	68,60
Situação conjugal		
Com Companheiro	152	50,00
Sem Companheiro	152	50,00
Situação de moradia		
Acompanhado	243	78,39
Sozinho	67	21,61
Possui filhos		
Não tem	15	5,05
Tem	282	94,95
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	13	4,21
Não	296	95,79
Tabagista		
Sim	174	56,13
Não	136	43,87
Inatividade Física		
Sim	214	69,03
Não	96	30,97
Hospitalização*		
Sim	93	30,00
Não	217	70,00
Presença de comorbidade		
Sim	58	18,71
Não	252	81,29

Comprometimento cognitivo		
Presente	13	4,19
Ausente	297	95,81

Nota: n = número de participantes; % = percentagem; *Últimos 12 meses

Na tabela 2 encontram-se os resultados da análise bivariada, a partir da relação entre as variáveis de exposição – relacionadas às características sociodemográficas, aos hábitos de vida e estado de saúde - e a desfecho. Foram incluídos a RP e o IC, aos quais constatou-se que a faixa etária e a escolaridade estão associadas ao comprometimento cognitivo, sendo que a primeira atua como fator de risco (RP=4,45; IC95%=1,56-12,70) para o desfecho, enquanto que a segunda, como fator protetor (RP=0,14; IC95%= 0,32-0,63). Ainda na mesma tabela, observou-se que, para os valores de p (<0,005), o comprometimento cognitivo apresentou associação estatística com a faixa etária (p=0,003), com a escolaridade e com a situação conjugal (0,002; RP=3,33; IC95%=0,93-11,87).

Tabela 2

Análise bivariada entre o comprometimento cognitivo e as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e estado de saúde – Ibicuí (BA), 2014.

Exposição	Desfecho				RP (IC 95%)	Valor de p
	Sem comprometimento cognitivo		Com comprometimento cognitivo			
	n	%	n	%		
Sexo						0,847
Feminino	168	96,0	7	4,0	1,00	
Masculino	129	95,6	6	4,4	1,11 (0,38-3,23)	
Faixa etária						0,003
60-79 anos	253	97,3	7	2,7	1,00	
80 ou mais	44	88	6	12	4,45 (1,56-12,71)	
Escolaridade						0,002
Analfabetos	125	92	11	8,1	1,00	
Alfabetizados	172	99	2	1,15	0,14 (0,32-0,63)	
Raça/Cor						0,718

Branca/Amarela/Indígena	88	95,65	4	4,35	1,00	
Preta/Parda	194	96,52	7	3,48	0,80 (0,24 – 2,67)	
Situação conjugal						0,047
Com Companheiro	149	98,03	3	1,97	1,00	
Sem Companheiro	142	93,42	10	6,58	3,33 (0,94 – 11,88)	
Situação de moradia						0,413
Acompanhado	234	96,30	9	3,70	1,00	
Sozinho	63	94,03	4	5,97	1,61 (0,51 – 5,07)	
Possuir filhos						0,656
Não tem	14	93,33	1	6,70	1,00	
Tem filho (s)	270	95,74	12	4,30	0,64 (0,89 – 4,59)	
Consumo de bebida alcoólica						0,459
Sim	13	100	0	0	-	
Não	284	95,95	12	4,05		
Tabagista						0,865
Sim	167	95,98	6	4,41	1,00	
Não	130	95,59	7	4,02	0,91 (0,31 – 2,65)	
Inatividade Física						0,987
Sim	205	95,79	9	4,21	1,00	
Não	92	95,83	4	4,17	1,01 (0,32-3,20)	
Hospitalização*						0,578
Sim	90	96,77	3	3,23	0,7 (0,19 – 2,48)	
Não	207	95,39	10	4,61		
Presença de comorbidade						0,680
Sim	55	94,83	3	5,17	1,00	
Não	242	96,03	10	3,97	1,30 (0,37-4,59)	

Nota: n = número de participantes; % = percentagem; p = nível de significância; *Últimos 12 meses

A tabela 3 apresenta o modelo de regressão final apenas com as variáveis selecionadas no modelo ajustado para o presente estudo: sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, inatividade física e comorbidades. Dessa forma, as variáveis que permaneceram com significância estatística ($p < 0,05$) foram faixa etária e escolaridade. Nesta perspectiva, idosos longevos (idade ≥ 80 anos) apresentaram um fator de risco de

2,96 vezes maior (RP=2,96; IC95%=1,03-8,47) para o surgimento de declínio cognitivo. Além disso, idosos alfabetizados apresentaram um fator de proteção de 0,18 (IC95%=0,38-0,87), ou seja, possuem 82% de chances de não possuírem o comprometimento cognitivo, comparados com os analfabetos.

Tabela 3

Análise multivariável entre as variáveis independentes e a desfecho, de acordo com o modelo de regressão logística binária - Ibicuí/ BA, 2014.

Variáveis	RP bruta	RP ajustada	Valor de p
Sexo			0,879
Feminino	1,00	1,00	
Masculino	1,11 (0,38-3,23)	1,08 (0,42-2,74)	
Faixa etária			0,043
60-79 anos	1,00	1,00	
80 ou mais	4,45 (1,56-12,71)	2,96 (1,03-8,47)	
Escolaridade			0,033
Analfabetos	1,00	1,00	
Alfabetizados	0,14 (0,32-0,63)	0,18 (0,38-0,87)	
Situação conjugal			0,151
Com Companheiro	1,00	1,00	
Sem Companheiro	3,33 (0,93-11,88)	2,44 (0,72-8,23)	
Inatividade Física			0,824
Sim	1,00	1,00	
Não	1,01 (0,32-3,20)	0,88 (0,28-2,74)	
Presença de comorbidade			0,924
Sim	1,00	1,00	
Não	1,30 (0,37-4,59)	1,06 (0,32-3,55)	

Nota: p = nível de significância

Discussão

O presente estudo buscou avaliar a associação de aspectos sociodemográficos e a presença de comprometimento cognitivo em idosos residentes em um município do Brasil. Dessa forma, os resultados demonstraram que os aspectos sociodemográficos, como a faixa etária e a escolaridade, são características relevantes de serem analisadas no idoso, atrelada às suas condições biológicas, para avaliação do desempenho cognitivo.

A prevalência de comprometimento cognitivo dos idosos investigados (4,19%) foi menor, quando comparados a outros estudos nacionais (Borges; Benedetti & Mazo,

2008; Dias et al., 2015; Zimmermann et al., 2015) e internacionais (Kim et al., 2019). A diferença encontrada pode ser influenciada pelos fatores sociodemográficos, pelas condições geográficas, além das condições de vida da população, no que tange à sua vivência em comunidade ou em ILPs. Fatores biológicos podem implicar em tais diferenças, associados, por sua vez, nos processos de neuroplasticidade, reservas cognitiva e metabólica, de modo a repercutir nas diferenças sexuais no envelhecimento cognitivo (Barulli & Stern, 2013; Bloomberg et al., 2021; Stern, 2002).

As perdas cognitivas interferem negativamente na qualidade de vida dos idosos, uma vez que diminuem a capacidade funcional e, conseqüentemente, a autonomia para o desempenho das suas atividades diárias. Essa repercussão tende a ser mais acentuada, com o avançar da idade. Idosos mais longevos (80 anos ou mais) apresentam uma prevalência de comprometimento cognitivo 4,45 vezes maior quando comparados com aqueles sem essa condição. O dado foi semelhante ao encontrado no estudo SABE (Dias et al., 2015), que revelou uma incidência de 4,51 vezes maior para o surgimento de declínio cognitivo em idosos com 75 anos ou mais.

Na literatura observa-se que indivíduos mais velhos tendem a apresentar, inclusive por conta das alterações associadas ao envelhecimento, inúmeros processos patológicos (Foubert-Samier et al., 2012). Estes, por sua vez, estão relacionados à diminuição das perdas neuronais, da reserva cognitiva, repercutindo na aptidão funcional destes indivíduos (força, flexibilidade, mobilidade), sendo, por sua vez, indicador, como a velocidade de caminhada, para prever o comprometimento cognitivo (Jayakody et al., 2019; Kueper et al., 2017; Quan et al., 2017).

Outros fatores, além da longevidade, podem acentuar o comprometimento cognitivo. No presente estudo, indivíduos analfabetos apresentaram maior prevalência para o declínio cognitivo (8,1%). Quanto maior o nível de escolaridade do indivíduo, maior a proteção conferida para a não ocorrência de comprometimento cognitivo (Clouston et al., 2020). Isto porque maiores serão as formações de redes neuronais estabelecidas ao longo da vida, o que possibilita a melhora e a manutenção da função cognitiva na velhice (Macedo et al., 2019) com potencialização de alguns dos domínios da cognição, como velocidade de processamento, atenção, inteligência, funções executivas e memória (Coelho et al., 2012). Estas características possibilitam uma maior resistência e flexibilidade do cérebro como uma proteção para doenças do envelhecimento,

favorecendo a construção, a formação e a manutenção de melhores níveis de reserva cognitiva, além do retardo no declínio mental (Baruli & Stern 2013; Liberati; Raffone & Olivetti 2012).

Um estudo realizado na zona rural da Coreia do Sul (Kim et al., 2019) constatou que a redução do comprometimento cognitivo estava associada com o aumento da duração da educação. Dessa forma, idosos que tiveram a oportunidade de vivenciar seis anos de escolaridade foi o suficiente para conferir fator de proteção para o menor risco de ocorrência de comprometimento cognitivo. No Brasil, em um estudo transversal, realizado com idosos de nove Instituições de Longa Permanência, a baixa escolaridade foi um dos fatores associados na apresentação do comprometimento cognitivo (Zimmermann et al., 2015). Para Ávila et al. (2009), a velocidade de processamento, a atenção, a inteligência, as funções executivas e a memória foram sensíveis à escolarização, tendo seus desempenhos potencializados quanto maior fosse o tempo de estudo.

A prevalência de comprometimento cognitivo entre aqueles que não possuíam companheiros (solteiros, separados, viúvos) foi de 6,58% ($p < 0,001$). Este dado é pouco expressivo, quando confrontado com a literatura, uma vez que a forte associação ao desfecho se encontra mais relacionada com a idade e a escolaridade. No entanto, em um estudo caso-controle realizado com idosos do Rio Grande do Sul observou-se que 69,6% não tinham companheiros (Lini; Portela & Doring, 2016). Isto, por sua vez, revelou a situação em que, sozinhos, os idosos enfrentam dificuldades em receber o cuidado no domicílio, em virtude da mudança do perfil familiar (separação, viuvez, ausência de filhos, migração destes). Esta condição repercute na execução das suas atividades diárias, já que alguns dos parâmetros necessários para a aptidão funcional encontram-se comprometidos (desgaste nas articulações e perda da força muscular, impedindo a mobilidade estável e a manifestação de doenças musculoesqueléticas e cardiovascular que interferem na caminhada) (Júnior & Heckman, 2011).

A observância destas condições permite inferir que, uma vez sozinhos, a percepção pela família ou por conhecidos a respeito do comprometimento cognitivo será mais tardia. No mesmo estudo (Lini et al., 2016), a ausência de conjugue aumenta as chances de institucionalização destes idosos. Em um estudo comparativo com idosos institucionalizados e não institucionalizados sobre o comprometimento cognitivo e

aptidão funcional, a amostra evidenciou pior desempenho no MEEM no grupo institucionalizado, além do maior comprometimento da aptidão funcional (Trindade et al., 2013).

Entre as limitações do presente estudo, pode destacar-se o delineamento metodológico, uma vez que o estudo de corte transversal não permite a avaliação de causa e efeito entre as variáveis estudadas. Além disso, a variável de desfecho foi avaliada utilizando-se um instrumento de rastreamento que, apesar de amplamente utilizado na literatura científica, está sujeito a viés de memória. Por outro lado, o estudo foi conduzido com uma população pouco estudada no Brasil, possibilitando a difusão de informações úteis e válidas que podem contribuir para as políticas de atenção à saúde. Dessa forma, avaliação precoce das características sociodemográficas pode contribuir como medida de intervenção eficaz em saúde para reorientar a assistência, por meio de aplicações simples, com o conhecimento.

Conclusão

Os resultados do presente estudo evidenciam a importância em se considerar os aspectos sociodemográficos, como a faixa etária e a escolaridade, como características relevantes de serem avaliadas no idoso, atrelada às suas condições biológicas para o desenvolvimento de comprometimento cognitivo.

A implementação de intervenções, nesta perspectiva, pode auxiliar no acompanhamento destes indivíduos, sobretudo no contexto da ESF, por meio de medidas de fácil aplicação – como uma boa anamnese, por diferentes profissionais da saúde –, contribuindo para a identificação precoce das limitações cognitivas, assim como para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Referências Bibliográficas

- Almeida-Pititto B, Almada Filho CM, Cendoroglo MS. (2008). Déficit cognitivo: mais uma complicação do diabetes melito? *Arq Bras Endocrinol Metab.* 52(7):1076-83. doi.org/10.1590/S0004-27302008000700003
- Avila R, Moscoso MA, Ribeiz S, Arrais J, Jaluul O, Bottino CM. (2009). Influence of education and depressive symptoms on cognitive function in the elderly. *Int Psychogeriatr.* 21(3):560-7. doi.org/10.1017/s1041610209008928

- Banhato EFC, Guedes DV. (2011). Cognição e hipertensão: influência da escolaridade. *Estud Psicol.* 28(2):143-51. doi.org/10.1590/S0103-166X2011000200002
- Barulli D, Stern Y. (2013). Efficiency, capacity, compensation, maintenance, plasticity: emerging concepts in cognitive reserve. *Trends Cogn Sci.* 17(10): 502-509. doi.org/10.1016/j.tics.2013.08.012
- Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano Y. (1994). O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 52(1):1-7 doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001
- Bloomberg M, Dugravot A, Dumurgier J, Kivimaki M, Fayosse A, Steptoe A, et al. (2021). Sex differences and the role of education in cognitive ageing: analysis of two UK-based prospective cohort studies. *Lancet Public Health.*6(2):e106-e115. doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30258-9
- Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. (2008). Exercício físico, déficits cognitivos e aptidão funcional de idosos usuários dos centros de saúde de Florianópolis. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 13(3):167-177. doi.org/10.12820/rbafs.v.13n3p167-177
- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Normas para pesquisa envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013. Secção 1 [acesso on-line]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Castro-Costa E, Dewey ME, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Stewart R. (2011). Trajectories of cognitive decline over 10 years in a Brazilian elderly population: the Bambuí cohort study of aging. *Cad Saude Publica.* 27(Supl 3):345-50. doi.org/10.1590/S0102-311X2011001500004
- Coelho FGM, Vital TM, Novais IP, Costa GA, Stella F, Santos-Galduroz RF. (2012). Desempenho cognitivo em diferentes níveis de escolaridade de adultos e idosos ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 15(1):7-15. doi.org/10.1590/S1809-98232012000100002
- Declaração de Helsinque. (2000). *Princípios éticos para as pesquisas médicas em seres humanos*. Edinburgh: Associação Médica Mundial: 52ª Assembleia Geral.
- Dias EG, Andrade FB de, Duarte YA de O, Santos JLFS, Lebrão ML. (2015). Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública.* 31(8):1623-1635. doi.org/10.1590/0102-

- Faria EC, Silva SA, Farias KRA, Cintra A. (2011). Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na estratégia saúde da família: município do Sul de Minas. *Rev Esc Enferm USP*. 45(2):1748-52. doi.org/10.1590/S0080-62342011000800019
- Ferreira RC, Vargas AMD, Fernandes NCN, Souza JGS, Sá MAB, Oliveira LFB, et al. (2014). O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? *Ciênc Saúde Coletiva*. 19(8):3417-28. doi.org/10.1590/1413-81232014198.13712013
- Filho ST, Lourenço RA. (2009). The performance of the Mini-Cog in a sample of low educational level elderly. *Dement Neuropsychol*. 3(2):81-87. doi.org/10.1590/S1980-57642009dn30200003
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 12(3):189-198. doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Foubert-Samier A, Catheline G, Amieva H, Dilharreguy B, Helmer C, Allard M, et al. (2012). Education, occupation, leisure activities, and brain reserve: a population-based study. *Neurobiol Aging*. 33(2):423. e15-25. doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2010.09.023
- Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS, et al. (2010). Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiquiatr Clín*. 37(1):32-5. doi.org/10.1590/S0101-60832010000100007
- Gallardo-Gomez D, Pozo-Cruz J, Noetel M, Alvarez-Barbosa F, Alfonso-Rosa RM, Cruz BP. (2022). Optimal dose and type of exercise to improve cognitive function in older adults: A systematic review and bayesian model-based network meta-analysis of RCTs. *Ageing Research Reviews*. 76:e101591. doi: 10.1016/j.arr.2022.101591
- Holz AW, Nunes BP, Thumé E, Lange C, Facchini LA. (2013). Prevalence of cognitive impairment and associated factors among the elderly in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 16(4):880-8. doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400008
- IBEG. (2011). *Censo Demográfico 2010: resultados preliminares da amostra* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2011 [acesso on-line]. Disponível em:

- <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>
- IBGE (2023). *Panorama Censo 2022* [acesso on-line]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>.
- IBGE. (2021). *Área territorial brasileira 2020* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2021 [acesso on-line]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/ibicui.html?>
- Jayakody O, Breslin M, Srikanth VK, Callisaya ML. (2019). Gait Characteristics and Cognitive Decline: A Longitudinal Population-Based Study. *J Alzheimers Dis.* 71(s1):S5-S14. doi.org/10.3233/jad-181157
- Kim H, Lee S, Ku BD, Ham SG, Park WS. (2019). Associated factors for cognitive impairment in the rural highly elderly. *Brain Behav.* 9(5): e01203. doi.org/10.1002%2Fbrb3.1203
- Kueper JK, Speechley M, Lingum NR, Montero-Odasso M. (2017). Motor function and incident dementia: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 46(5):729-738. doi.org/10.1093/ageing/afx084
- Liberati G, Raffone A, Olivetti BM. (2012). Cognitive reserve and its implications for rehabilitation and Alzheimer's disease. *Cogn Process.* 13(1):1-12. doi.org/10.1007/s10339-011-0410-3
- Lini EV, Portella MR, Doring M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 19(6):1004-1014. doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043
- Luiz RR, Magnanini MMF. (2000). A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Colet.* 8(2):9-28.
- Macedo TL, Laux RC, Londero AA, Corazza ST. (2019). Analysis of the cognitive aspects of elderly people considering the practice of regular physical exercises and associated factors. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 22(2):e180120. doi.org/10.1590/1981-22562019022.180120
- OPAS (2020). *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030)* [acesso on-line]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>.
- Paixão Júnior CM, Heckman MF. (2011). *Distúrbios da postura, marcha e quedas*. In: Freitas EV, Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. São Paulo: Guanabara

- Koogan; 2011. p.1062-74.
- Pedreira RBS, Rocha SV, Santos CA, Vasconcelos LRC, Reis MC. (2016). Content validity of the Geriatric Health Assessment Instrument. *Einstein*. 14(2):158-177. doi.org/10.1590/s1679-45082016ao3455.
- Pitanga FJG, Lessa I. (2005). Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad. Saúde Pública*. 21(3):870-877. doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300021
- Quan M, Xun P, Chen C, Wen J, Wang Y, Wang R, et al. (2017). Walking Pace and the Risk of Cognitive Decline and Dementia in Elderly Populations: A Meta-analysis of Prospective Cohort Studies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 72(2):266-270. doi.org/10.1093/gerona/glw121
- Santos AA, Mansano-Schlosser TCS, Ceolim MF, Pavarini SCI. (2013). Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. *Rev Bras Enferm*. 66(3):351-7. doi.org/10.1590/S0034-71672013000300008
- Santos FH, Andrade VM, Bueno OFA. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicol Estud*. 14(1):3-10.
- Stern Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *J Int Neuropsychol Soc*. 8(3):448-460. doi.org/10.1017/S1355617702813248
- Trentini CM, Werlang BSG, Xavier FMF, Argimon ILL. (2009). A relação entre variáveis de saúde mental e cognição em idosos viúvos. *Psicol Reflex Crít*. 22(2):236-43. doi.org/10.1590/S0102-79722009000200010
- Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FB, Borges APO. (2013). Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter Mov*. 26(2):281-9. doi.org/10.1590/S0103-51502013000200005
- Zimmermann IMM, Leal MCC, Zimmermann RD, Marques APO. (2015). Idosos institucionalizados: comprometimento cognitivo e fatores associados. *Geriatr Gerontol Aging*. 9(3):86-92. doi.org/10.5327/Z2447-2115201500030003

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Associação entre capacidade funcional e fragilidade em pessoas idosas residentes no interior paulista

Título resumido do manuscrito: Funcionalidade e fragilidade em pessoas idosas

Marcia Thaís de Souza

¹Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | marcia.souza24032000@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1514-5806

Higor Matheus de Oliveira Bueno

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | higormatheusbueno3@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8907-6508

Ana Olívia Veneroso de Almeida

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | anaveneroso@alunos.fho.edu.br

ORCID: 0009-0008-3005-9835

Felipe Bueno da Silva

Universidade Federal de São Carlos | felipebueno99@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-1514-5806

Lígia Lopes Devoglio

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | ligiadevoglio@fho.edu.br

ORCID: 0000-0002-8429-4346

Tatiane Montalatto Marques

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | tatianemontelatto@fho.edu.br

ORCID: 0001-8624-9285

Aline Cristina Martins Gratão

Universidade Federal de São Carlos | alinegratao@ufscar.br

ORCID: 0000-0002-8508-0251

Resumo

Este estudo pretendeu analisar a capacidade funcional e a fragilidade de pessoas idosas residentes em Araras/SP/Brasil. Método: Estudo multicêntrico, analítico e quantitativo que utilizou a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) e de Lawton e Brody. A coleta de dados foi iniciada em 2021, presencialmente e individualmente por meio do Google Formulários, e segue em andamento. Participaram pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes do município de Araras/São Paulo e que possuíam capacidade cognitiva para responder às escalas. Realizado o teste Qui-Quadrado para verificar associação ($\alpha=5\%$; $p\text{-valor}<0,05$). Este estudo foi aprovado sob parecer Nº 4.393.230. A amostra foi composta por 112 participantes, com idade média de 70,2 anos, 63,4% relataram morar com companheiro(a), 72,3% possuía algum tipo de doença crônica não transmissível, a maioria (58,9%) foi considerada como frágil e 47,3% como dependente, e foi verificada associação entre fragilidade e dependência funcional ($p<0,001$). Entre aqueles classificados como frágeis, 60,6% apresentaram algum grau de dependência. Em contrapartida, daqueles não frágeis, 71,7% foram classificados como independentes e 28,3% como dependentes. A população em questão apresenta demandas significativas de fragilidade e dependência, demonstrando a relevância de implementar estratégias efetivas de atenção à saúde e promoção para o envelhecimento saudável.

Palavras-chave: envelhecimento; fragilidade; enfermagem; idoso fragilizado; estado funcional.

Introdução

O crescimento da população longeva mostra um impacto nas condições de saúde, morbidade e limitações funcionais. A senescência pode ser compreendida como um processo imutável e progressivo, trazendo alterações funcionais, mentais e morfológicas, que predispõe ao desenvolvimento de patologias que apresentam um

risco aumentado para as incapacidades, evidenciando a perda de adaptação ao meio ambiente e comprometendo a autonomia. Sendo assim, essa mudança demográfica vem sendo um indicativo de grandes desafios para o sistema público de saúde, que necessita promover ações efetivas para assegurar um envelhecimento sadio e ativo (Lana, 2014).

O Instituto Brasileiro de Geografia Estatístico (IBGE), evidencia que essa população está em crescimento e estima que os idosos no Brasil são 30 milhões, equivalente a 14% do total de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos de idade, as projeções apontam que, em 2050 a população longeva será 30% da população brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Diante da senescência associada a fragilidade e a capacidade funcional, entende-se que o longo tempo está mais vulnerável para a diminuição da sua reserva fisiológica, podendo comprometer sua saúde física e mental e aumentando o risco para o seu declínio funcional, fragilidade e dependência, afetando assim, o seu envelhecimento saudável e seguro (Fhon., 2012).

A capacidade funcional pode ser definida como as habilidades necessárias para que a pessoa idosa possa viver de maneira autônoma. Já a incapacidade funcional está ligada a dificuldade ou a necessidade de ajuda para efetuar as tarefas do cotidiano, e o seu declínio pode estar relacionado com múltiplos fatores associados ao longo tempo, comprometendo sua dependência e aumentando o risco para o aparecimento de fragilidades (Barbosa et al., 2014).

Em virtude do envelhecimento populacional, surge uma demanda expressiva para o sistema público de saúde, com a elevação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) que aumentam o risco para o aparecimento da fragilidade, que tem como resultado a redução da capacidade de realizar tarefas simples do cotidiano e resulta em uma vulnerabilidade diante da dependência e do declínio funcional. O idoso fragilizado tem um risco maior em relação a quedas, incapacidade, hospitalização e morte, necessitando de cuidados prolongados (Borges et al., 2013).

A fragilidade está presente nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, podendo ser caracterizada pela perda de peso, diminuição das relações sociais, redução das atividades físicas e diminuição de força e marcha. Diante disso, a ausência de profissionais qualificados é uma questão que impede a identificação precoce e contribui

para um envelhecimento não saudável e seguro (Lana, 2014).

O papel da enfermagem diante da incapacidade funcional, é promover uma assistência com profissionais qualificados para realizar a identificação e o rastreamento precoce, para que ocorra juntamente a equipe multiprofissional a implantação de intervenções eficazes, garantindo aos longevos a promoção e prevenção da saúde na atenção primária de saúde (APS), garantindo um envelhecimento saudável e ativo, aumentando a qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi analisar a capacidade funcional e a fragilidade de pessoas idosas residentes em Araras/SP/Brasil.

Métodos

Estudo multicêntrico desenvolvido por uma Rede de Pesquisa Internacional, com abordagem analítica e quantitativa. A coleta de dados foi iniciada em 2021 no município de Araras, interior do estado de São Paulo, de forma presencial e individual por meio de entrevista com o Google Formulários[®] e segue em andamento atualmente.

Delimitou-se como critérios de inclusão pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes do município de Araras/São Paulo e que possuam capacidade cognitiva para responder às escalas, com pontuação igual ou maior a 17 pontos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Brucki et al., 2003).

Os critérios de exclusão são idosos que possuem alguma incapacidade física, mental, neurológica, intelectual ou condições que afetam sua funcionalidade e possam comprometer a aplicação dos instrumentos.

Para compor este estudo utilizou-se a Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE), em que se distribuem em (0-4 pontos) indivíduos que não apresentam fragilidade, (5-6 pontos) Aparentemente frágil, (7-8 pontos) Fragilidade leve, (9-10 pontos) Fragilidade moderada e (>11 pontos) Fragilidade severa (Fabrício-Wehbe et al., 2009).

No que diz respeito a funcionalidade aplicou-se a Escala de Lawton e Brody que classifica como Independente (20-21 pontos), Dependência leve (16-19 pontos), Dependência moderada, (12-15 pontos) e Totalmente dependente (<11 pontos) (Lawton & Brody, 1969).

As variáveis obtidas através da coleta de dados, foram transcritas para o Google Planilhas[®], por intermédio do Google Formulários[®] e, posteriormente, os instrumentos são categorizados para a realização da análise, acerca do nível de fragilidade,

estabelece-se que indivíduos com pontuação de (0-4 pontos) é não frágil e (5-11 pontos) frágil, em relação a funcionalidade estabeleceu-se que aqueles com pontuação entre (19-21 pontos) são Independente e os que pontuaram entre (11 a 20 pontos) Dependentes.

Os dados foram analisados pelo Software Estatístico SPSS versão 23.0, para a análise descritiva das variáveis aplicou-se frequência absoluta e relativa, na análise inferencial constatou-se que os participantes compõem uma amostra não paramétrica e foi realizado o teste Qui-Quadrado para verificar o nível de associação e a probabilidade estatística ($\alpha=5\%$; $p\text{-valor}<0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto (FHO) sob parecer Nº 4.393.230 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Esta pesquisa possui apoio financeiro pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ 2022-2023, conveniado com a FHO.

Resultados

A amostra foi composta por 112 idosos, com idade média de 70,2 anos, sendo a idade mínima de 60 anos e máxima de 92 anos. Dos participantes, 60 (53,6%) são do sexo masculino, se tratando da situação conjugal, 71 (63,4%) relataram morar com companheiro conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico dos idosos. Araras/SP, 2023.

Características sociodemográficas		N	%
Sexo	Feminino	52	46,4
	Masculino	60	53,6
Faixa etária (em anos)	60 a 69	59	52,7
	70 a 79	36	32,1
	80 a 89	15	13,4
	90 a 99	02	1,8
Cor	Branca	78	69,6
	Parda	16	14,3
	Preta	16	14,3
	Não declarada	02	1,8

Nível de escolaridade	Analfabeto	10	8,9
	Fundamental	79	70,5
	Médio	20	17,9
	Superior	03	2,7
Situação conjugal	Presença de companheiro	71	63,4
	Ausência de companheiro	41	36,6

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

No que diz respeito às condições de saúde, 81 (72,3%) idosos relataram possuir ao menos uma doença crônica não transmissível (DCNT), as patologias mais prevalentes na amostra foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

Dos participantes, 59 (52,7%) foram classificados como independentes, enquanto 53 (47,3%) apresentaram algum grau de dependência. Em relação ao grau de fragilidade, 46 (41,1%) foram identificados como não frágeis e 66 (58,9%) como frágeis, distribuídos conforme tabela 2.

Tabela 2

Distribuição dos participantes em relação ao grau de fragilidade (EFE). Araras/SP, 2023.

Grau de fragilidade	n (%)
Não frágeis	46 (41,1)
Aparentemente frágeis	43 (38,4)
Fragilidade leve	18 (16)
Fragilidade moderada	3 (2,7)
Fragilidade severa	2 (1,8)
Total	112 (100)

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

No que se refere à associação entre capacidade funcional e fragilidade, observa-se que entre os idosos classificados como frágeis, 40 (60,6%) apresentaram algum grau de dependência. Em contrapartida, entre os idosos classificados como não frágeis, 13 (28,3%) apresentaram dependência, logo, houve significância estatística entre fragilidade (EFE) e funcionalidade (Lawton e Brody) ($p < 0,001$). O quadro 1 apresenta a

classificação da fragilidade e capacidade funcional.

Quadro 1

Classificação de fragilidade de acordo com a capacidade funcional. Araras/SP, 2023.

		Capacidade funcional (classificação Lawton categorizada)			
		Independente		Dependente	
		n	%	n	%
Fragilidade (classificação categorizada)	Não frágil	33	71,7	13	28,3
	Frágil	26	39,4	40	60,6

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

Discussão

O presente estudo resultou em amostra composta por idosos jovens, do sexo masculino, casados, brancos, e apresentando em grande parcela DCNT, representado por hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Um estudo pela Claves/ENSP/Fiocruz, apresentou resultados semelhantes em relação à presença de DCNT, uma vez que apresentaram comorbidades na maioria da amostra, como HAS e DM. Além disso, esta pesquisa obteve mais idosos independentes do que o estudo abordado, que apresenta em sua totalidade idosos dependentes (Figueiredo et al., 2021).

A capacidade funcional está associada diretamente às atividades básicas e instrumentais de vida diária, tal qual, é contemplado neste estudo a escala de Lawton e Brody. A capacidade funcional pode ser avaliada de diversas maneiras, por atividades físicas, mobilidade, execução de tarefas domésticas e por meios instrumentais, como atender telefone, administrar dinheiro, fazer compras, viajar, entre outros, contudo, se o idosos apresentarem sinais de fragilidade o grau de dependência pode elevar, visto que, a fragilidade pode ser preditor da dependência e outras incapacidades geriátricas (Lustosa, 2013).

O atual estudo obteve significância estatística entre fragilidade e funcionalidade, tal qual, estas condições podem ser associadas e influenciadas entre si, o que se assemelha

do estudo realizado em Belo Horizonte (MG), que obteve associação fraca e significativa, contudo, grande parte dos entrevistados frágeis percebiam a perda da capacidade funcional, sendo a característica mais observada destes indivíduos (Lustosa, 2013).

No que se refere à fragilidade, a amostra foi classificada em grande parte como frágil, tal qual, apresentou diferentes níveis de fragilidade, do menos complexo ao mais complexo grau de fragilidade. O atual estudo se assemelha a uma pesquisa realizada em Instituições de Longa Permanência do interior de São Paulo, que resultou na predominância de idosos frágeis (Haddad, 2020). A identificação precoce da fragilidade permite a antecipação de gravidades que possam acometer ainda mais a saúde da pessoa idosa, propiciando uma melhor qualidade de vida por meio do envelhecimento ativo e longo (Lins et al., 2019).

A fragilidade pode ser originada por diversos determinantes sociais e de saúde, como presença de vulnerabilidade, déficit cognitivo, condições socioeconômicas, escolaridade, sexo, idade, logo, estes fatores associados à presença de dependência podem influenciar negativamente a qualidade de vida da pessoa idosa expressivamente. Quanto à associação de dependência e fragilidade, o estudo resultou predominantemente em idosos dependentes e frágeis, com isso, pode-se dizer que quanto mais o indivíduo for dependente, maior o grau de fragilidade que ele poderá apresentar, ou seja, se as atividades físicas ou atividades básicas de vida diária forem escassas, o grau de fragilidade intensifica (Lins, 2019). Apesar disso, ressalta-se a necessidade de buscar meios que possam reverter a condição clínica por meio de tratamentos com profissionais de educação física, fisioterapeutas, terapias ocupacionais, entre outras, visando a recuperação deste indivíduo considerado frágil.

Dentre as limitações do estudo estão o período em que a coleta teve início, pois com o avanço da pandemia foi necessário interromper a coleta de dados para segurança dos pesquisadores e da população em questão, outro ponto é que os instrumentos são auto-relatados deste modo, retratam a percepção do idoso em relação à sua vida.

Conclusão

Em suma, a população em questão apresenta demandas significativas de doenças crônicas não transmissíveis, fragilidade e dependência, demonstrando a importância de investigar cada vez mais os fatores sociais e de saúde, que podem estar associados a

estas condições, a fim de reduzir o nível de fragilidade e dependência em que esta população está exposta.

Portanto a implementação de estratégias efetivas de atenção à saúde para prevenção e promoção aliado a profissionais capacitados acerca desta temática, é fundamental para alcançarmos um envelhecimento saudável.

Referências

- Barbosa, B. R., Almeida, J. M. de, Barbosa, M. R., & Rossi Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3317-3325, <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>.
- Borges, C. L., Silva, M. J. da, Clares, J. W. B., Bessa, M. E. P., & Freitas, M. C. de. (2013). Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26, 318-322. <https://doi.org/10.1590/50103-21002013000400004>.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F. e Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61 (3B), 777–781. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.
- Fabrizio-Wehbe, S. C. C., Schiaveto, F. V., Vendrusculo, T. R. P., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., & Rodrigues, R. A. P. (2009). Adaptação transcultural e validade da “Edmonton Frail Scale—EFS” em uma amostra de idosos brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17 (6), 1043–1049. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>.
- Fhon, J. R. S. Diniz, M. A., Leonardo, K. C., Kusumota, L., Haas, V. J. & Rodrigues, R. A. P. (2012) Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 589-594 <https://doi.org/10.1590/10103-21002012005000016>.
- Figueiredo, A. E. B., Ceccon, R. F., & Figueiredo, J. H. C. (2021). Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 77–88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>.

- Lana, L. D. e Schneider, R. H. (2014). Síndrome de fragilidade no idoso: Uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17 (3), 673–680. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>.
- Lawton, M. P. e Brody, E. M. (1969). Avaliação dos idosos: Atividades de automanutenção e instrumentais da vida diária. *O Gerontologista*, 9 (3), 179–186. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349366/>.
- Lins, M. E. M., Marques, A. P. de O., Leal, M. C. C., & Barros, R. L. de M. (2019). Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. *Saúde em Debate*, 43, 520–529. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912118>.
- Lustosa, L. P., Marra, T. A., Pessanha, F. P. A. dos S., Freitas, J. de C., & Guedes, R. de C.. (2013). Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, 16(2), 347–354. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000200014>.
- Ministério, D., & Saúde. (n.d.). *BOLETIM TEMÁTICO DA BIBLIOTECA DO. 2*. [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/saude_idoso_outubro_2022 L.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/boletim_tematico/saude_idoso_outubro_2022_L.pdf).

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: BEFall- Efeito do jogo sério analógico no equilíbrio e risco de queda em idosos na comunidade, na região do Algarve – Protocolo de Estudo

Título completo do manuscrito: BEFall- Efeito do jogo sério analógico no equilíbrio e risco de queda em idosos na comunidade

Ana Maria Conceição Tomé

Escola Superior de Saúde – Universidade do Algarve | amtome@ualg.pt

ORCID: 0000-0003-0122-8579

Sandra Cristina Cozinheiro Fidalgo Rafael Gamboa Pais

Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade do Algarve | Biomedical Center Research

Institute (ABC-RI) | Comprehensive Health Research Centre (CHRC)

ORCID: 0000-0001-8472-4994

Marlene Cristina Neves Rosa

Escola superior de saúde - Instituto Politécnico de Leiria | Citechare, Centro de Inovação em Tecnologias e Cuidados de Saúde

ORCID: 0000-0001-8276-655X

Resumo

O envelhecimento associa-se a declínio multissistémico e aumento do risco e número de quedas. A evidência mostra que intervenções multifatoriais envolvendo exercício e educação apresentam efeito positivo na prevenção de quedas. Contudo, o exercício é muitas vezes percebido como monótono, repetitivo, não atrativo ou pouco gratificante e o jogo e estratégias de jogo, surgem como uma forma prazerosa e atrativa. O principal objetivo deste estudo é implementar e avaliar a efetividade de um programa de intervenção, utilizando o jogo analógico, no equilíbrio e risco de queda do idoso da comunidade, em comparação com a terapia baseada no exercício e com estratégias educacionais. Estudo randomizado controlado com 138 participantes com 65 ou mais anos de idade, da comunidade. Inclui dois grupos de controlo (programa de exercício

convencional e sessões educativas) e um grupo de intervenção (treino com o jogo analógico - “O jogo da árvore”), com 49 indivíduos cada, durante 12 semanas. Todos os indivíduos serão avaliados antes do início do programa, no final e após 6 meses utilizando instrumentos específicos, de onde se destaca o 5 Times-Sit-to-Stand, Escala de Equilíbrio de Berg, Short Falls Efficacy Scale– International e Timed-Up-and-Go. Esta metodologia de estudo permitirá analisar o impacto do uso do jogo analógico na prevenção de quedas nos idosos na comunidade. Um resultado positivo ajudará a criar e integrar novas oportunidades e estratégias de intervenção na pessoa idosa na comunidade, que poderão contribuir para a prevenção de perda funcional ao longo da vida.

Palavras-Chave: envelhecimento; quedas; risco de queda; qualidade de vida; capacidade funcional.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma grande conquista da sociedade e um dos seus maiores desafios. Edifica um novo paradigma social e económico e na prestação dos cuidados de saúde (WHO, 2015). Em Portugal, estima-se que entre 2015 e 2080 o número de idosos e o índice de envelhecimento aumente de 2,1 para 2,8 milhões e de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens, respetivamente (INE, 2017). O envelhecimento associa-se a declínio multissistémico com perda de massa muscular, diminuição do equilíbrio, da capacidade de marcha e aumento do risco de queda (Chodzko-Zajko et al., 2009; Osoba et al., 2019; World Health Organization, 2008), e as quedas constituem umas das suas principais complicações, com uma prevalência mundial estimada de 26.5% (em idosos com 60 ou mais anos de idade) (Salari et al., 2022). Em 2019, 112988 portugueses sofreram uma queda, com necessidade de cuidados médicos e as quedas representaram 88% de todas as lesões registadas em pessoas com 65 ou mais anos de idade (Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, 2020). Não foram encontrados, em Portugal, estudos sobre o impacto financeiro das quedas nos idosos. Contudo, a Organização Mundial de Saúde refere que a média mundial no que se refere aos custos por lesão causada por episódio de queda, ronda os 3611US\$ (World Health Organization, 2008). Estes dados evidenciam o enorme impacto social, económico,

político e na qualidade de vida e estado de saúde do indivíduo idoso, vítima de queda e a necessidade premente de estratégias de prevenção de quedas nos idosos (Hartholt et al., 2011; Kamnardsiri et al., 2021; World Health Organization, 2008). Para minimizar o aumento de complicações decorrentes do envelhecimento, as organizações internacionais recomendam estratégias multifatoriais de avaliação e intervenção, junto da população idosa e familiares (Drootin, 2011; Rudnicka et al., 2020; World Health Organization, 2015).

O exercício é uma das estratégias com evidência comprovada na promoção do equilíbrio e prevenção de quedas na pessoa idosa da comunidade (Hopewell 2018; Gillespie, 2012). Contudo, os idosos consideram-no muitas vezes monótono, repetitivo, não atrativo ou pouco gratificante (Lee et al., 2022). O jogo e estratégias inspiradas no jogo, revelam, também, efeitos positivos no controlo postural, equilíbrio dinâmico e melhoria no risco de queda, e são identificados como um excelente mediador para a prática prazerosa e atrativa de exercício. Podendo ser utilizados em contextos diferentes de promoção de saúde, demonstram potencial de amplificar os efeitos da terapia e os processos de aprendizagem essenciais em terapia (Chen et al., 2021; Jessen & Lund, 2017; Studenski et al., 2010; White et al., 2022). O jogo, permite ainda, ajuste às dificuldades individuais, reprodução de tarefas específicas, sem recurso à repetição pura da tarefa e treino em contexto de simulação, em consonância com os princípios da aprendizagem motora, o que melhora a motivação, participação e aceitação de terapia (Ling et al., 2017). Uma vez que as estratégias multifatoriais, que incluem educação à pessoa idosa e família, produzem efeitos positivos na prevenção da dependência, declínio físico e risco de quedas, devem também ser consideradas (Gillespie et al., 2012; Hopewell et al., 2018; Kurita et al., 2020; World Health Organization, 2008).

Considerada a dimensão do problema do risco de queda na população idosa, surge este estudo denominado pelo acrónimo BEFall (representa as iniciais das palavras “*balance*”, “*elderly*”/“*Effect*” e “*fall*” do inglês e um duplo significado – algo de mau que acontece). Trata-se de um estudo que pretende responder à questão de investigação: será o jogo uma estratégia mais eficaz na promoção de funções físicas relacionadas com o equilíbrio e risco de queda, na pessoa idosa, quando comparada com a intervenção baseada exclusivamente no exercício terapêutico convencional?

Constitui objetivo principal deste estudo, implementar e avaliar a efetividade de um programa de intervenção específico, utilizando o jogo analógico, no equilíbrio e risco de queda do idoso residente na comunidade, em comparação com a terapia convencional, baseada no exercício (treino de força e treino de equilíbrio), e com estratégias educacionais.

Como principais variáveis de estudo equaciona-se avaliação do equilíbrio dinâmico, equilíbrio unipedal, capacidade funcional, confiança no equilíbrio e na qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa, residente na comunidade. Com este artigo pretende-se apresentar e discutir a metodologia proposta neste estudo, para atingir o objetivo proposto e responder à questão de investigação.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo experimental, longitudinal, não cego, com um grupo de intervenção e dois grupos de controlo, que irá explorar a utilização de um jogo analógico específico – “o Jogo da Árvore” (AGILidades®) em comparação com sessão educativa e exercício convencional, em indivíduos na comunidade, com 65 ou mais anos de idade. Este estudo assenta na hipótese de que indivíduos com 65 ou mais anos, que utilizem o jogo/estratégias de jogo como forma de exercício, têm melhorias mais significativas no equilíbrio e risco de queda. A alteração verificada no equilíbrio, avaliada no final da intervenção e no período de follow-up estabelecido, de 6 meses, medida pelo 5 Times-Sit-to-Stand, constituirá o resultado primário deste estudo.

Os resultados secundários a verificar, entre o início e o final da intervenção e 6 meses após a intervenção serão as alterações ao nível do: a) medo de cair (Falls Efficacy Scale - Internacional - FES-I) b) equilíbrio (Escala de Equilíbrio de Berg - EEB); b) equilíbrio dinâmico - Functional Reach Test – FRT); c) equilíbrio unipedal (One leg and Tandem Stance - OLS); d) mobilidade funcional (Timed Up and go Test - TUG); e) confiança no próprio equilíbrio, (Activities-specific balance confidence Scale - ABC); f) qualidade de vida e bem-estar (Euro-Qol - EQ-5D), conforme se apresenta na tabela 1. Para além destes outcomes, será ainda avaliada a percentagem de participantes com quedas na amostra, com ou sem necessidade de hospitalização ou cuidados médicos, durante o período de intervenção e no período de follow-up de 6 meses. Será ainda avaliada a

motivação e percepções sobre a participação em todos os grupos do estudo. Para o efeito, serão conduzidos três grupos focais (um com cada grupo de intervenção). Cada grupo focal terá a duração máxima de 60 minutos, com questões relacionadas com fatores intrínsecos e extrínsecos de motivação para a intervenção, assim como auto percepção sobre os benefícios percebidos e a experiência de participação (o que te parece se for algo brevemente explicado desta forma?).

Critérios de inclusão

Serão incluídos todos os indivíduos idosos com 65 anos ou mais de idade, que voluntariamente aceitem ser incluídos no estudo e assinem o formulário de “Consentimento Informado” de participação no estudo; com capacidade para fazer marcha autónoma, com ou sem auxiliar de marcha, e que apresentem independência funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária, auto-reportada.

Tabela 1

Quadro resumo dos testes a utilizar para avaliar resultados em parâmetros específicos.

Teste a aplicar	Outcome a avaliar	Valores de referência a considerar
Five times sit to Stand Test (5xSST)	Performance funcional	>15 segundos (maior risco de queda)
Timed Up and Go Test (TUG)	Capacidade funcional	60-69 anos (9 seg); 70-79 anos (10.2 seg); 80-99 anos (12.7 seg)
Berg Balance Scale (EEB)	Avaliação do equilíbrio	0-20 valores (prejuízo no equilíbrio); 21 valores (equilíbrio aceitável); 41-56 valores (bom equilíbrio)
Short Falls Efficacy Scale–International (FES_I)	Eficácia auto-reportada de medo de cair	7-8 (medo reduzido); 9-13 (medo moderado); 14-28 (medo elevado)
EuroQol-5-Dimensions (EQ-5D)	Avaliação da qualidade de vida	Escala visual analógica 0-100 (0=pior estado de saúde imaginável)
Functional Reach Test (FRT)	Equilíbrio dinâmico	41-69 anos (H - 37.84±5.58; M - 35.05±5.58) 70-87 anos (H - 33.52±4.06; M- 26.67±8.89)
One leg and tandem Stance (OLS)	Equilíbrio estático	>5 segundos (risco de queda aumentado)
Activities-specific balance confidence (ABC) Scale	Confiança no próprio equilíbrio	≤70% (elevado risco de queda)

Critérios de exclusão

Todos os participantes que apresentem ou reportem: a) diagnóstico prévio de demência ou declínio cognitivo (verificado por Mini-mental State Examination) ou outra condição que interfira com comunicação verbal (expressão e compreensão); b) patologia neurológica (ex., acidente vascular cerebral prévio) ou degenerativa ou outra; c)

deficiência visual ou auditiva severa que interfira com a comunicação ou capacidade para participar no programa de exercícios, nas sessões educativas ou jogo.

Procedimentos do estudo

O estudo longitudinal consistirá de três grupos paralelos: dois grupos controlo (um integrará um programa de exercício convencional, de treino de força e equilíbrio, outro, participação em sessões educativas) e um grupo de intervenção (participação num programa de intervenção com jogo analógico), conforme se apresenta na figura 1. A avaliação será realizada no início e no final do programa e 6 meses após o final.

Intervenção

Tanto o grupo experimental como os grupos controlo serão acompanhados e supervisionados nas sessões de exercício e nas sessões educativas. O treino do grupo experimental consiste na participação num programa de exercício utilizando “O Jogo da Árvore”, em grupos de 4 indivíduos, durante 12 semanas, três vezes por semana, durante 45 minutos. Um dos grupos controlo será orientado na realização de exercícios específicos de treino de equilíbrio e força, durante 45 minutos, 3 vezes por semana. O segundo grupo controlo será orientado em sessões de educação, num total de 6 sessões (uma por semana, distribuídas por 2 sessões por mês em cada um dos meses), reforçadas com entrega de material informativo complementar à informação dada incluindo orientação para prática de caminhadas e realização de exercícios (Fig.1).

Figura 1.

Desenho do estudo

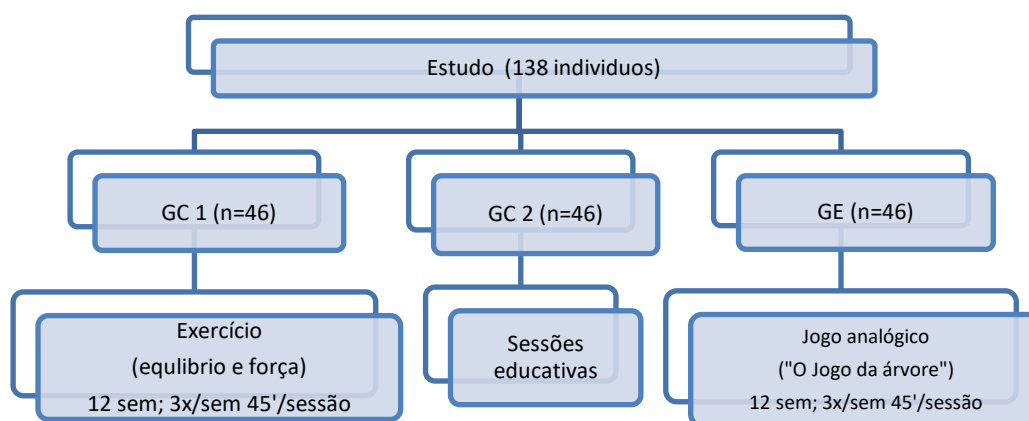


Tabela 2

Procedimentos de intervenção nos grupos do estudo.

	Intervenção
Duração	3 meses; 3 vezes por semana; 45 minutos por sessão
Grupo controle 1 Exercício convencional de treino de equilíbrio, supervisionado (em grupo de 8 pessoas)	Cada sessão: 10 minutos de aquecimento + 30'' de exercícios específicos de treino de equilíbrio (prática de stepping e treino unipedal; exercícios em pé com rotação de tronco e elevação de membros superiores, agachamentos e exercícios de mudança de direção) + 5' de retorno à calma (incluindo alongamentos). Repetição de 3 séries, de 8 repetições cada, com intervalo de 1 minuto entre séries, num ritmo confortável, num nível de esforço na escala de Berg de 12; pausa entre exercícios de pelo menos 2 minutos).
Grupo Controle 2 Sessões de educação e ensino	Sessões de Educação e sensibilização para a problemática do risco de queda. Serão realizadas 6 sessões de 1h cada, distribuídas por 2 sessões por mês em cada um dos meses
Grupo de intervenção Exercício através de dinâmica de jogo	"O Jogo da árvore" – interação de duas equipas, de 4 elementos cada acrescido de 10 minutos de aquecimento e 10 minutos de retorno à calma (incluindo alongamentos), com nível de esforço na escala de Berg de 12.

O Jogo da Árvore

O jogo sério analógico a utilizar neste estudo, "desafia o corpo e a mente, com vista a prevenir quedas na população geriátrica". O jogo é constituído por um tabuleiro de chão de 2,5mx2,5m de dimensão (Fig. 2), 1 dado gigante e 50 cartas de desafio (de sequência, cognitivos, de exercícios e de linguagem) (Agilidades, 2023). Neste jogo podem participar 2 jogadores ou uma equipa de 4 jogadores de cada vez. Ao longo do jogo são propostos alguns desafios, enquanto se constrói uma árvore com frutos e flores – estimulando a tarefa funcional de transição básica do corpo, estimulação ao retorno do centro de massa na base de sustentação. Enquanto se estimula esta tarefa funcional, são associados desafios de dupla tarefa de diferentes domínios (cognitivo e motor) e complexidades. "O Jogo da Árvore", permite a realização de 50 desafios: 15 de exercício

(ex.: marche no mesmo lugar 20x); 10 de planeamento (ex.: caminhe 3 passos puxando os joelhos à frente; 2 passos trazendo os calcanhares atrás), 10 cognitivos (ex. conte de 2 em 2, até 20) e 15 de linguagem (ex. considere as seguintes palavras e diga o que têm em comum: Norte, Sul, Este, Oeste).

Este jogo passará por um processo de desenvolvimento colaborativo, atualização e validação de alguns elementos (por exemplo, dos desafios) - ajustada aos futuros utilizadores, recorrendo à metodologia de co-design, conduzida com “design thinking”.

Figura 2.

Imagens do jogo da árvore (Agilidades, 2023)



Cálculo amostral

Numa 1ª fase do estudo, serão obtidos dados sociodemográficos e de risco de queda em universidades sénior na região do Algarve, dados estes que permitirão realizar o cálculo do tamanho da amostra. O cálculo do tamanho da amostra será realizado considerando uma prevalência estimada de 26.5% de quedas entre os idosos com 65 ou mais anos de idade, considerando uma prevalência estimada de risco de queda entre os idosos com 65 ou mais anos de idade de 27%, uma proporção de 80% de indivíduos expostos ($Q1=0,8$) e um risco relativo estimado de 3 ($RR=3$). Os resultados serão apresentados para um poder de teste de 80%. Será considerada uma margem de erro de 2% ($\beta=0,2$) para um nível de significância de 0,05 ($\alpha=0,05$). Os cálculos revelam a necessidade de 138 indivíduos, divididos pelos 3 grupos (46 participantes em cada grupo).

Será ainda considerada a possibilidade de pelo menos 10% de abandonos/desistências do estudo, pelo que está prevista a continuidade da recolha de dados, caso seja necessário para conseguir uma amostra representativa.

Análise estatística

Os dados serão colhidos e analisados antes e após a intervenção, no sentido de se encontrarem diferenças estatisticamente significativas. Qualquer valor de probabilidade $p \leq 0,05$ representará o que se considera como diferença estatisticamente significativa, nas análises comparativas entre os grupos. A análise das variáveis quantitativas implicará, numa fase inicial, verificar se obedecem a uma distribuição normal, para a definição e interpretação dos testes seguintes. A análise descritiva incluirá para as variáveis numéricas o cálculo de medidas de tendência central e de dispersão e para as variáveis categóricas a análise da distribuição de frequências absolutas e relativas.

O teste da hipótese de estudo incluirá os testes de independência do qui-quadrado, Kruskal-Wallis, e Mann-Whitney-U. O cálculo o Risco relativo e *odds ratio* dar-nos-á a probabilidade, por exemplo, da queda ocorrer devido aos resultados nos testes realizados, ou de a melhoria dos parâmetros nos testes ocorrerem devido à intervenção realizada. Serão realizadas análises comparativas entre os grupos de intervenção, utilizando os testes de *Wilcoxon* ou Qui-quadrado para variáveis categóricas e testes *T de Student* para as variáveis numéricas. As análises comparativas entre as variáveis nos três grupos em estudo incluirão testes Qui-quadrado para variáveis categóricas e ANOVA para variáveis numéricas. Efetuar-se-á análise multivariável com a determinação de *Odds Ratios* ajustados e respetivos intervalos de confiança, através de regressão logística multivariada pelo método *Forward Wald*, considerando-se como variáveis dependentes os *outcomes* da funcionalidade. Os dados qualitativos serão também analisados e todas as falas dos grupos focais transcritas na íntegra. Dois avaliadores estarão envolvidos na análise dos dados qualitativos, realizando: uma análise individual de temas/subtemas e uma reunião de discussão para avaliar discrepâncias e chegar a um consenso na análise dos temas. A robustez dos dados qualitativos será confirmada utilizando a COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).

Questões éticas

O estudo terá início após a aceitação do protocolo de estudo pela Comissão de Ética da Universidade do Algarve ou do Algarve Biomedical Centre – Research Institute e autorização para realização pela direção das Universidades Sénior parceiras. Será realizada uma apresentação formal a todos os inscritos nas Universidades Sénior onde serão esclarecidos todos os detalhes e dúvidas acerca da realização do estudo. Todos os potenciais participantes serão avaliados pelo investigador principal e serão triados em função do cumprimento ou não dos critérios de inclusão ou exclusão. Aos participantes que cumpram os critérios de inclusão, será entregue o documento de apresentação do estudo e o documento de Consentimento Informado - elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia. A recolha de dados e tratamento de dados, deste estudo cumprirá com o recomendado no Regulamento Geral de Proteção de Dados. Os dados clínicos recolhidos serão anonimizados e codificados e serão utilizados para análise neste estudo e disseminação de conhecimento, e em estudos relacionados.

Aleatorização e ocultação

Cada um dos participantes será aleatoriamente alocado a cada um dos três grupos (grupo controlo sessões de educação; grupo controlo exercício convencional; grupo de intervenção com o jogo), utilizando software específico (random.org), que gerará sequência de aleatorização (utilizando o código identificador de cada participante). Cada participante será informado via e-mail dos procedimentos seguintes e do programa em que irão participar. Dadas as características do estudo e a intervenção e avaliação serem da responsabilidade do mesmo fisioterapeuta – o investigador principal – a ocultação será impossível, assim como para os participantes.

Risco potenciais e benefícios para os participantes

Não se preveem potenciais efeitos adversos ou riscos acrescidos, para nenhum dos participantes no estudo. Pelo contrário, os participantes no grupo de intervenção beneficiarão de uma intervenção inovadora, da qual se esperam benefícios ao nível da força muscular, equilíbrio e redução do risco de queda, que poderá ter um impacto significativamente positivo na sua qualidade de vida. Os participantes nos grupos controlo participarão: 1) num programa de educação e literacia em saúde direcionado para a temática do equilíbrio e da prevenção de quedas e 2) num protocolo de

intervenção baseado em exercícios standard, utilizados na prática clínica regular, com benefícios demonstrados. Pelo que apenas se esperam benefícios para os participantes. A dor e fadiga serão avaliadas e monitorizadas continuamente durante as sessões em ambos os grupos pela Escala Visual Analógica (graduada de 0 a 10) (Hawker et al., 2011; Thong et al., 2018) e pela Escala de Berg (graduada de 6 a 20) (Scherr et al., 2013; Shariat et al., 2018), respetivamente, enquanto se garantirá a segurança dos participantes. Ambas as escalas estarão afixadas e serão apresentadas ao longo das sessões. Os participantes serão instruídos no sentido de abrandarem ou pararem exercício em caso de dor acima de 7 ou Berg acima de 13 e de reportarem qualquer outro efeito adverso, evento ou sintoma, que serão anotados na ficha do participante.

Resultados

O estudo deverá decorrer no primeiro semestre de 2025, após a realização de estudos anteriores: a) estudo observacional de caracterização da população de idosos inscritos nas universidades sénior parceiras, b) estudo exploratório de *co-design* do jogo analógico a utilizar no estudo experimental; c) estudo piloto para teste e validação do jogo desenvolvido colaborativamente. Os resultados do estudo a que este protocolo se refere serão apresentados de forma a permitir a síntese da evidência ou replicação do estudo.

Discussão

Investigar o efeito da utilização do jogo analógico “O Jogo da Árvore” co-desenvolvido, especificamente para treinar equilíbrio, mobilidade, confiança no equilíbrio, qualidade de vida, bem-estar e motivação, na pessoa idosa na comunidade, será o intuito principal deste estudo. Um resultado positivo ajudará a criar e integrar novas oportunidades e estratégias de intervenção na pessoa idosa na comunidade, que poderão contribuir para a prevenção de perda funcional ao longo da vida.

Sabemos, por resultados de estudos anteriores, que uma influência positiva na força dos membros inferiores melhorará o equilíbrio, capacidade funcional, qualidade de vida e diminuirá risco de quedas e número de quedas (Thomas et al., 2019) e que a utilização de jogos de tabuleiro pode ser utilizada como instrumento de promoção da saúde, para melhorar aprendizagem, melhorar motivação e interação interpessoal (Nakao, 2019;

Noda, et al., 2019). Espera-se que a metodologia de intervenção proposta com este estudo, permita demonstrar o impacto de um jogo analógico e de mecânicas de jogo, não só na performance física e prevenção de quedas nos idosos na comunidade, como na adesão e motivação para participar em programas de prevenção e promoção do equilíbrio e risco de queda, na comunidade idosa. Acresce ainda a possibilidade de se perceber de que forma uma terapia mais prazerosa impactará na qualidade de vida e funcionalidade da pessoa idosa na comunidade.

O presente estudo utiliza uma metodologia com dois grupos de controlo, com intervenções que constam das recomendações para a promoção do equilíbrio e risco de queda nos idosos na comunidade – o exercício e a educação (Gillespie et al., 2012; Hopewell et al., 2018; Kendrick et al., 2014; Sherrington et al., 2019; World Health Organization, 2008), contudo, não se conhecem estudos que comparem essas metodologias de intervenção com a intervenção utilizando o jogo ou metodologias de jogo. Para além disso, o facto de utilizar um período de follow-up de 6 meses permitirá ainda verificar se os resultados obtidos se mantêm ao longo do tempo.

A utilização de metodologia quantitativa e também qualitativa durante a realização deste estudo, será um aspeto fundamental, pois reforça a importância de se conhecerem as perceções e experiências de participação nos diferentes grupos, para além da medição quantitativa de performance.

Do ponto de vista de operacionalidade este estudo envolverá alguns desafios logísticos, relacionados com a implementação das sessões de “terapia” com jogo em diferentes universidades sénior, a diferentes grupos, dentro de um período compatível com as atividades e horários de funcionamento das próprias universidades sénior. Contudo, como qualquer outro estudo, existem algumas contingências que devemos equacionar, tais como: abandono dos participantes, não conseguirmos obter uma amostra representativa da população a estudar no tempo estipulado, ou dificuldade em conseguir financiamento. Qualquer uma dessas limitações serão encaradas como um desafio que não impedirão a continuidade do estudo, mas que obrigarão ao alargamento do período previsto de recolha de dados. O próprio cálculo da amostra inclui uma % de reserva para drop outs, reconhecendo a sua importância pelo facto da nossa investigação decorrer com população idosa, com eventos frequentes de doença, acamamento, hospitalização e outros eventos que podem prejudicar a permanência no

estudo.

Referências Bibliográficas

- Agilidades. (2023). *Jogo da Árvore – AGILidades*. <https://agilidades.pt/produto/jogo-da-arvore-2/>
- Chen, Y., Zhang, Y., Guo, Z., Bao, D., & Zhou, J. (2021). Comparison between the effects of exergame intervention and traditional physical training on improving balance and fall prevention in healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. In *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation* (Vol. 18, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12984-021-00917-0>
- Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., et al. (2009). Exercise and physical activity for older adults. In *Medicine and Science in Sports and Exercise* (Vol. 41, Issue 7, pp. 1510–1530). <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3181a0c95c>
- Drootin, M. (2011). Summary of the updated american geriatrics society/british geriatrics society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148–157. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2012, Issue 9). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007146.pub3>
- Hartholt, K. A., Van Beeck, E. F., Polinder, S., Van Der Velde, N., Van Lieshout, E. M. M., Panneman, M. J. M., et al., (2011). Societal consequences of falls in the older population: Injuries, healthcare costs, and long-term reduced quality of life. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 71(3), 748–753. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e3181f6f5e5>
- Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP).

- Arthritis Care and Research*, 63(SUPPL. 11). <https://doi.org/10.1002/acr.20543>
- Hopewell, S., Adedire, O., Copsey, B. J., Boniface, G. J., Sherrington, C., Clemson, L., et al.,. (2018). Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2018, Issue 7). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012221.pub2>
- INE. (2017). Projeções de população residente 2015-2080. *Destaque*.
- Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge. (2020, August 11). *Infográfico INSA: Acidentes Domésticos e de Lazer – Mecanismos de Lesão*. <https://www.insa.min-saude.pt/Infografico-Insa-Acidentes-Domesticos-e-de-Lazer—Mecanismos-de-Lesao/>. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/08/EVITA_Infografico_BIG_1640x2321.jpg
- Jessen, J. D., & Lund, H. H. (2017). Study protocol: Effect of playful training on functional abilities of older adults - A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0416-5>
- Kamnardsiri, T., Phirom, K., Boripuntakul, S., & Sungkarat, S. (2021). An interactive physical-cognitive game-based training system using kinect for older adults: Development and usability study. *JMIR Serious Games*, 9(4). <https://doi.org/10.2196/27848>
- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter, H., Zijlstra, G. A. R., Skelton, D. A., Cook, J. R., et al., (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Vol. 2014, Issue 11). John Wiley and Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009848.pub2>
- Kurita, S., Doi, T., & Shimada, H. (2020). Association of Physical Activity and Cognitive Activity With Disability: A 2-Year Prospective Cohort Study. *Physical Therapy*, 100(8), 1289–1295. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7439227/>
- Lee, E. L., Ko, M. H., Shin, M. J., Lee, B. J., Jung, D. H., Han, K. S., & Kim, J. M. (2022). The Effect of Convergence Gamification Training in Community-Dwelling Older People: A Multicenter, Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(3), 373-378.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.05.041>
- Ling, Y., ter Meer, L. P., Yumak, Z., & Veltkamp, R. C. (2017). Usability Test of Exercise

- Games Designed for Rehabilitation of Elderly Patients After Hip Replacement Surgery: Pilot Study. *JMIR Serious Games*, 5(4), e19. <https://doi.org/10.2196/games.7969>
- Nakao, M. (2019). Special series on “effects of board games on health education and promotion” board games as a promising tool for health promotion: A review of recent literature. In *BioPsychoSocial Medicine* (Vol. 13, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0146-3>
- Noda, S., Shiotsuki, K., & Nakao, M. (2019). The effectiveness of intervention with board games: A systematic review. In *BioPsychoSocial Medicine* (Vol. 13, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13030-019-0164-1>
- Osoba, M. Y., Rao, A. K., Agrawal, S. K., & Lalwani, A. K. (2019). Balance and gait in the elderly: A contemporary review. In *Laryngoscope Investigative Otolaryngology* (Vol. 4, Issue 1, pp. 143–153). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/lio2.252>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6–11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>
- Salari, N., Darvishi, N., Ahmadipanah, M., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. In *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* (Vol. 17, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1>
- Scherr, J., Wolfarth, B., Christle, J. W., Pressler, A., Wagenpfeil, S., & Halle, M. (2013). Associations between Borg’s rating of perceived exertion and physiological measures of exercise intensity. *European Journal of Applied Physiology*, 113(1), 147–155. <https://doi.org/10.1007/s00421-012-2421-x>
- Shariat, A., Cleland, J. A., Danaee, M., Alizadeh, R., Sangelaji, B., Kargarfard, et al. (2018). Borg CR-10 scale as a new approach to monitoring office exercise training. *Work*, 60(4), 549–554. <https://doi.org/10.3233/WOR-182762>
- Sherrington, C., Fairhall, N., Wallbank, G., Tiedemann, A., Michaleff, Z. A., Howard, K., Clemson, L., Hopewell, S., & Lamb, S. (2019). *Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review*. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-101512>

- Studenski, S., Perera, S., Hile, E., Keller, V., Spadola-Bogard, J., & Garcia, J. (2010). INTERACTIVE VIDEO DANCE GAMES FOR HEALTHY OLDER ADULTS. *J Nutr Health Aging*, 14(10), 850–857.
- Thomas, E., Battaglia, G., Patti, A., Brusa, J., Leonardi, V., Palma, A., & Bellafiore, M. (2019). Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly. In *Medicine (United States)* (Vol. 98, Issue 27, pp. 1–9). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016218>
- Thong, I. S. K., Jensen, M. P., Miró, J., & Tan, G. (2018). The validity of pain intensity measures: What do the NRS, VAS, VRS, and FPS-R measure? *Scandinavian Journal of Pain*, 18(1), 99–107. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2018-0012>
- White, B. K., Martin, A., & White, J. (2022). Gamification and older adults: Opportunities for gamification to support health promotion initiatives for older adults in the context of COVID-19. *The Lancet Regional Health*. <https://doi.org/10.1016/j>
- World Health Organization. (2008). *WHO Global report on falls prevention in older age*.
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.

“As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: *Burnout* em trabalhadores de uma ERPI
durante a pandemia Covid-19

Título resumido do manuscrito: *Burnout* em trabalhadores de uma ERPI

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, Unidade de Investigação para o
Desenvolvimento do Interior do IPG – UDI/IPG | UICISA:E | isabelfernandes@ipg.pt
ORCID: 0000-0001-7478-9567

Agostinha Esteves de Melo Corte

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, Unidade de Investigação
para o Desenvolvimento do Interior do IPG – UDI/IPG | Centro de Investigação em Tecnologias e
Serviços de Saúde – CINTESIS | acorte@ipg.pt
ORCID: 0000-0002-3079-8370

Maria João de Almeida Nunes

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda, Unidade de Investigação para o
Desenvolvimento do Interior do IPG – UDI/IPG | UICISA:E | titijoao@ipg.pt
ORCID: 0000-0003-3011-3201

Liliana Cunha Figueira Antunes.

Centro Social e Paroquial Nossa Senhora dos Milagres de Aldeia do Bispo | lilianafigueira86@gmail.com
ORCID: 0009-0005-3230-9779

Sara Fonseca

Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira | sarita-fonseca@hotmail.com
ORCID: 0009-0001-5953-5929

Ana Catarina Gomes

Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira | acatarina.gomes1983@gmail.com |
ORCID: 0009-0000-9499-8948

Resumo

O *Burnout* surge como resposta a um conjunto de stressores interpessoais presentes no contexto laboral, com implicação direta no desempenho e no grau de satisfação dos trabalhadores bem como na qualidade dos cuidados a prestar aos beneficiários. A pandemia COVID-19 contribuiu para a magnitude deste problema em vários contextos profissionais e no âmbito das Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI) não foi exceção. Este estudo teve como objetivo primordial avaliar os níveis de *Burnout* dos trabalhadores de uma ERPI do interior de Portugal.

Foi um estudo do tipo descritivo, transversal e quantitativo, com uma amostra de 23 trabalhadores dos quais se recolheram informações de cariz sociodemográficas, profissionais e o Inventário de *Burnout* de Copenhagen (IBC), recorrendo a um questionário.

Os participantes no estudo têm uma média de idade 43,86 anos e 78,3% são do sexo feminino. Trabalham em média 38,15 horas por semana e cerca de 60% da amostra falta ao serviço por motivos de doença, nomeadamente a COVID-19 e as alterações musculoesqueléticas.

Os resultados obtidos através da aplicação do IBC, por dimensão, revelam que 52,17% apresentam *Burnout* pessoal; 34,78% *Burnout* relacionado com o trabalho e 69,56% *Burnout* relacionado com os clientes da ERPI. Quanto ao nível de *Burnout* global, a média é de 51,74 pontos (valor máximo de 100).

Palavras-chave: *burnout*; estrutura residencial para pessoas idosas; trabalhadores; pandemia.

Introdução

O termo *Burnout* terá sido mencionado ao longo dos anos por alguns autores, mas foi com Freudenberg, em 1974, que terá ficado mais conhecido. Segundo Benevides-

Pereira (2002), *Burnout* deriva do termo Burnout que traduz aquilo que deixou de funcionar por absoluta falta de energia, que atingiu o seu limite com implicações do seu desempenho físico ou mental.

A síndrome de *Burnout* é uma problemática que tem estado na base de numerosos estudos, tendo em conta a elevada prevalência que ocupam os acidentes de trabalho e as doenças profissionais em Portugal, assim como pelo expressivo aumento da sua incidência. Inicialmente foi definido como um síndrome psicológico de exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal em profissionais que trabalham e lidam com pessoas, estabelecendo relações de ajuda, atingindo hoje uma dimensão mais abrangente e sendo redefinido como uma crise nas relações com o trabalho. As suas principais manifestações são a exaustão emocional e física, o cinismo e a ineficácia profissional (Loureiro, Pereira, Oliveira e Pessoa, 2008).

Silva considera que o “Burnout é encarado como uma síndrome que ocorre em função da atividade laboral, porém com características individuais. É evidente ser mais comum no contexto dos profissionais que lidam diretamente com outras pessoas, prestando-lhes assistência ou sendo responsáveis pela promoção do seu bem-estar” (2016:24).

Na opinião de Ferreira (2014), citando Malash e Jackson (1998), o *Burnout* resulta da conjugação de três componentes, nomeadamente:

- i. Exaustão emocional – que conduz a um determinado nível de incapacidade perante o outro, contribuindo para uma diminuição do seu desempenho laboral;
- ii. Despersonalização – a pessoa adota uma postura mais rígida e impessoal para com o outro e na sua prestação de cuidados, muitas vezes, como defesa para minimizar sentimentos de impotência e pouca autoestima;
- iii. Realização pessoal – a pessoa não acredita que o seu trabalho merece o dispêndio de energia e investimento da sua parte, sendo que qualquer esforço que manifeste para mudar, seja de profissão ou de instituição, não vale a pena.

Traduz muito mais do que stresse, sendo basicamente o resultado de um stresse contínuo em contexto laboral, que pode ser controlado mediante a adoção de estratégias que permitam o restabelecimento do equilíbrio. Em caso de *Burnout*, a pessoa apresenta grande dificuldade em enfrentar as diferentes situações estressantes vivenciadas, demonstrando fracos recursos pessoais para tal.

As suas causas podem ser variadas, resultando da confluência das diferentes características pessoais dos trabalhadores, do tipo de funções que desempenham e do conjunto de diferentes variáveis associadas à instituição onde estão integrados. Não existe uma relação direta entre as variáveis sociodemográficas e o *Burnout*, mas sabe-se que podem ser facilitadoras. Do ponto de vista das manifestações que a pessoa em *Burnout* pode apresentar destacam-se as seguintes (Benevides-Pereira, 2002): Sintomas físicos – dores musculares; alterações do sono; anorexia; cefaleias; lombalgias; astenia; alterações de peso; alterações sexuais, gastrointestinais e cardíacas; diabetes; hipertensão arterial; asma, entre outros.

- i. Sintomas psicológicos – desconcentração; alterações de memória; lentificação do pensamento; irritabilidade, intolerância; diminuição da autoestima; ansiedade; humor deprimido; agressividade; labilidade emocional; hipersensibilidade emocional ou frieza; desconfiança e pouca empatia.
- ii. Sintomas comportamentais – irritabilidade; impulsividade; aumento do consumo de substâncias; envolvimento/adoção de comportamentos de risco. No âmbito da defesa podem adotar atitudes de atenção seletiva; negação de emoções; supressão conscientizada informação e ausência de sentimentos.
- iii. Sintomas cognitivos/emocionais – isolamento; sentimento de incapacidade e impotência; culpabilização; distanciamento afetivo; ideação suicida; pensamentos paranoides; absentismo; falta de motivação e interesse pelo trabalho; desilusão; pouco investimento nas atividades a desenvolver; resignação e pouca resiliência.

Sabendo que o *Burnout* traduz uma doença ocupacional que surge como resposta a um conjunto de stressores interpessoais presentes no contexto laboral, é muito comum nos trabalhadores na área da saúde. Neste sentido, pode implicar o surgimento de problemas a nível das rotinas do quotidiano de trabalho, com reflexo a nível da capacidade de trabalho e da promoção da continuidade de cuidados ao utente.

O final do século XX e o início do século XXI marcam a velhice como estando intimamente ligada à experientiação desta fase da vida em contextos institucionais. Este facto pode dever-se à urbanização e industrialização, associado às alterações morfológicas do sistema familiar e como este passou a se organizar, mas também à dependência física e

aos problemas cognitivos severos das pessoas idosas. Neste sentido, a necessidade de cuidados às pessoas idosas traduz um desafio significativo e impactante para os profissionais de saúde, pois foi “... pela pandemia provocada pela COVID-19 que os cuidados às pessoas idosas em contextos residenciais tomaram uma relevância e visibilidade social inegável” (Crispim, citado por Crispim, Albuquerque e Guerra, 2022,p. 61).

No caso específico dos profissionais das ERPI, sobretudo os auxiliares de ação direta, reconhece-se que são os que passam mais tempo junto dos utentes, exercendo funções no sentido de satisfazer as suas necessidades humanas básicas com vista ao seu bem-estar. No fundo, são responsáveis pela alimentação, higiene e conforto, acompanhamento ao exterior para a realização de consultas/exames e pela administração de terapêutica. O facto de trabalharem constantemente com pessoas, exigindo contacto interpessoal diário, é uma fonte de exaustão que pode conduzir ao *Burnout*.

A vivência da pandemia COVID-19 também veio a ter implicações diretas a nível das condições de trabalho dos profissionais, pois o ambiente de trabalho caracterizou-se pela falta de segurança, infraestruturas inadequadas e riscos inerentes, tendo em conta a via de transmissão do SARS COV 2. Os profissionais depararam-se com a necessidade de trabalhar mais horas, em horário espelho, o que implicou grandes alterações na dinâmica organizacional e da vida familiar. Também as restrições sociais impostas se refletiram nas relações sociais estabelecidas em contexto laboral e pessoal.

Neste contexto, o *Burnout* revela implicações diretas na forma como os profissionais cuidam dos utentes, nomeadamente: menor sensibilidade, menor compreensão, maior agressividade e maior afastamento na relação estabelecida. Os seus efeitos não são somente visíveis na própria pessoa que o vivencia, mas também na qualidade dos cuidados prestados, na relação com os colegas de trabalho e no próprio desenvolvimento da instituição.

Atualmente torna-se difícil para as famílias assegurar a função de cuidadores dos seus idosos, na medida em que todos trabalham, sobretudo a mulher que foi, durante muito tempo, considerada a principal cuidadora. Isso exige que se aposte, cada vez mais, na capacitação de profissionais qualificados que desempenhem funções em instituições adequadas, no sentido de auxiliar os idosos a manter a sua qualidade de vida e a viver

uma vida com dignidade.

Deste modo e tendo em conta que o envelhecimento populacional se traduz como um êxito a nível da humanidade, é importante que a sociedade ofereça respostas sociais adequadas para colmatar as necessidades das pessoas idosas. Estas instituições procuram sobretudo a proteção social das pessoas, oferecendo um vasto leque de serviços com vista à promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa dependente. No caso específico das Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI), os serviços oferecidos são o alojamento, a alimentação, os cuidados de higiene e conforto bem como o convívio e a ocupação dos tempos livres das pessoas idosas.

No âmbito específico do cuidado aos idosos, o seu correto desenvolvimento revela-se um desafio constante e uma experiência muito desgastante pois estes, com o passar do tempo, vão perdendo a capacidade e habilidade para se autocuidar, sobretudo a nível das atividades de vida diária, tais como a higiene, alimentação e locomoção. Neste sentido, tal como diz Bakof, Schuch e Boek, (2019), a atividade de cuidar de idosos dependentes pode causar impacto emocional e sobrecarga para os cuidadores e essa sobrecarga pode refletir-se a nível físico, psicológico ou emocional, para além de aspetos sociais e financeiros.

Ferreira (2014:42) considera que “Os profissionais que trabalham na área da geriatria encontram-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas, potenciando assim a vulnerabilidade às situações de stress [sic] a que se encontram permanentemente sujeitas”.

Como é do conhecimento geral, as condições de trabalho têm uma implicação direta no grau de satisfação dos trabalhadores e no seu nível de saúde física e psicológica (Pereira, Gonçalo, Rodrigues e Andrade, 2018). Para que o *Burnout* ocorra é necessário que estejam presentes um conjunto de aspetos, especificamente a falta de recursos para que o trabalhador consiga fazer face às exigências inerentes ao ato de cuidar de um doente. Apesar de se poderem generalizar a outros profissionais, o seu início foi exclusivamente com profissionais da área da saúde, uma vez que os trabalhadores se envolvem emocionalmente com os problemas apresentados pelos utentes/família, o que implica elevados níveis de stress emocional. Para Silva (2016:22), “Trata-se de uma doença específica que pode afetar um sujeito saudável: a doença da relação de ajuda”. Como tal, revela-se interessante e pertinente que se desenvolvam estudos de avaliação

dos níveis de stresse destes trabalhadores, que permita delinear e implementar estratégias para minimizar o desgaste físico e psicológico dos trabalhadores encarando-se como pessoas que para além do trabalho têm famílias, pessoas que os amam e para os quais devem dedicar atenção, sendo necessário manter bons níveis de saúde física e mental. Estas estratégias passam por medidas no âmbito da melhoria das condições de trabalho, promovendo maiores níveis de satisfação para ambos os envolvidos no processo de cuidar. Este estudo procura sobretudo avaliar os níveis de *Burnout* dos trabalhadores de uma ERPI do interior de Portugal, no contexto da pandemia COVID-19 vivenciada.

Métodos

Tipo de estudo

O desenho do estudo é descritivo, transversal e de carácter quantitativo, o qual pretende avaliar os níveis de *Burnout* dos funcionários de uma ERPI.

Objetivos

O objetivo deste trabalho é avaliar o nível de *Burnout* dos trabalhadores das Estruturas Residenciais Para Idosos. Como objetivos específicos delineou-se: Identificar estratégias de *coping* utilizadas pelos trabalhadores; identificar as necessidades de formação; descrever as dimensões em que existem níveis elevados de *Burnout* e promover estratégias redutoras de *Burnout*.

Amostra

A amostra estudada é composta por 23 trabalhadores, de um total de 27 que desenvolvem a sua atividade profissional na ERPI selecionada para o estudo, com uma média de idades de 43,86 anos, são maioritariamente (78,3%) do sexo feminino.

A amostra desta investigação é não probabilística e de conveniência. Para a recolha de dados, questionários foram elaborados para o efeito, constituídos por duas partes: na 1ª parte constam as variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, as estratégias de *coping* e as necessidades de formação; na 2ª parte consta o Inventário de *Burnout de Copenhagen*, tendo-se recorrido ao *Google Forms* para a sua elaboração, com preenchimento online após ter sido explicado aos participantes os

objetivos deste estudo.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: trabalhar na instituição há pelo menos um ano; exercer funções a tempo inteiro (mínimo 30h/semanais); saber ler e escrever, e ter domínio das competências digitais. Os dados foram recolhidos entre 28 de maio e 6 de junho de 2022.

Resultados

Após a elaboração do questionário para caracterização sociodemográfica, ao qual responderam 23 dos 27 colaboradores, verificou-se que a equipa é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino representando este 78,3% do universo que respondeu ao questionário.

Relativamente às idades, estas variam no intervalo entre os 26 e os 60 anos sendo a média de idade de 43,86 anos. No que concerne às habilitações literárias dos colaboradores, 39,1% têm entre o 10º e o 12º ano; 30,5% têm entre o 7º e o 9º ano; 13% têm entre o 5º e o 6º ano, outros 13% são licenciados e 4,4% têm entre o 1º e o 4º ano. Quanto ao estado civil, 78,3% são casados, 17,4% solteiros e 4,3% divorciados. A grande maioria tem filhos, constituindo estes 82,6% e 17,4% referiram não ter. Doze colaboradores referiram ter dois filhos, seis referiram ter apenas um e um colaborador referiu ter 3 filhos, sendo a média de 1,73 filhos por colaborador.

Considerou-se ainda importante perceber onde vivem estes colaboradores, percecionando-se que 95,7% dos mesmos vivem em meio rural e a nível de carga horária trabalham em média 38,15 hora por semana.

Relativamente ao regime de trabalho 69,6% afirmaram trabalhar por turnos e 30,4% têm horário fixo, tendo-se verificado que 91,3% dos colaboradores que responderam ao inquérito trabalham apenas nesta instituição.

Verifica-se uma percentagem de 13,0% dos colaboradores que referiram ter vínculos precários, no entanto temos conhecimento que existe apenas um colaborador que se encontra em regime de contrato a termo certo, sendo que todos os outros estão integrados no quadro de pessoal.

No que diz respeito à assiduidade, verifica-se que 56,6% referem ter faltado ao serviço raramente, 34,8% nunca faltaram, 4,3% faltaram bastantes vezes e outros 4,3% algumas vezes. Dos que referiram ter faltado ao trabalho, 60,0% foi por motivos de doença,

33,3% por isolamento profilático e 6,7% por licença de maternidade. As doenças que estão na base de maiores níveis de absentismo foram o SARS COV 2 e alterações ao nível musculoesquelético.

Quando questionados se mudariam para outra instituição para trabalhar, 52,2% responderam que não, 26,1% responderam que sim e 21,7% preferiram não responder a esta questão, e quando questionados se gostam de trabalhar com idosos, 91,3% afirmaram que sim.

As atividades de ocupação dos tempos livres mais referenciadas são a jardinagem/horta com 30,43%; caminhadas com 26,09%; 21,74% referem que privilegiam estar com os amigos; 13,04% gostam de passear e 8,7 % gostam de ir ao café. Atendendo a que vivem maioritariamente no contexto rural, compreende-se a opção por atividades ao ar livre e mais salutogénicas sob o ponto de vista da interação pessoal.

No universo das respostas obtidas, 56,5% dos colaboradores referiram já ter tido formação na área da gerontologia e 78,3% referem interesse em obter formação acerca desta temática, sendo a estimulação cognitiva a temática referenciada como maior interesse com 22,2%, seguido de comunicação, mobilizações e cuidados de higiene e conforto e alimentação com 16,67 % e, finalmente, a estimulação física e a prevenção de quedas com 5,56% respetivamente.

Os resultados da avaliação do nível de *Burnout* através da aplicação do Inventário de *Burnout* de Copenhagen (CBI), permitem concluir que a perceção dos participantes/trabalhadores era considerada positiva uma vez que a média do *burnout* global apresentada foi de 51,74, sendo que o valor máximo é de 100.

De acordo com os resultados obtidos e como se pode verificar na Tabela 1, pode concluir-se que, no que diz respeito às três dimensões avaliadas, 12 participantes (52,17%) apresentaram sintomas de *burnout* pessoal. O participante com o nível mais baixo de *burnout* pessoal apresentou uma pontuação de 8,33, e o participante com o nível mais elevado de *burnout* pessoal apresentou uma pontuação de 79,17.

Relativamente ao *burnout* relacionado com o trabalho, 8 trabalhadores (34,78%) apresentaram sintomas. A pontuação do participante que revela o nível mais baixo de *burnout* relacionado com o trabalho é de 21,43 e o participante que revela a pontuação mais elevada obteve 85,71. Quanto ao *burnout* relacionado com o cliente, a percentagem alcançada é de 69,56%, demonstrando baixos níveis de *burnout* com os

clientes da ERPI estudada, o que representa 16 participantes neste nível. O participante com o nível mais baixo de *burnout* relacionado com o cliente apresentou um resultado de 37,50, e o com o nível mais elevado obteve uma pontuação de 100.

No que concerne à avaliação do *burnout* global (as três dimensões), a média foi de 51,74%, o que equivale a cerca de 12 participantes a apresentar sintomas nas três dimensões de *burnout* (pessoal, trabalho e utente). O participante com o nível mais baixo de *burnout* global apresentou 22,42 e o com o nível mais elevado obteve uma pontuação de 84,13.

O facto de o presente trabalho ter sido realizado numa época de pandemia pode ter tido influência nos resultados obtidos, pois como referem Bezerra et al (2020), os profissionais que desempenham função na linha da frente em tempo de pandemia COVID-19, nunca vivenciaram situações laborais tão stressantes, desde o facto de terem de lidar com situações novas, imprevisíveis com implicação direta no bem-estar dos utentes, profissionais e familiares de ambos, à necessidade de protocolos de intervenção novos e a uma maior sobrecarga de trabalho, o que se refletiu de forma importante no nível de *burnout* apresentado.

Discussão

No que concerne às variáveis sociodemográficas, verifica-se no estudo de Laurindo (10), (2021) que, maioritariamente os cuidadores pertencem ao género feminino, casados e com o 3º ciclo do ensino básico, o que vai ao encontro dos nossos resultados. No estudo de Ferreira (4) (2014), quanto menor a idade dos cuidadores, maior será o nível de *burnout*, e Vaz (10) (2013) conclui no seu estudo que níveis mais elevados de *burnout* estão associados ao estado civil de casado.

A nível do local de residência, verifica-se que o facto de viverem em meio rural pode ser um fator condicionante para menores níveis de *burnout*, uma vez que vivem rodeados de fatores stressores menos impactantes. No entanto a carga horária semanal verificada pode ser um fator estimulador para maiores níveis de *burnout*, na medida em que, como refere Ferreira (4) (2014), quanto maior o número de horas de trabalho diário, maior a propensão para exaustão emocional embora também verifique que os níveis de *burnout* são mais elevados em meio urbano e onde o rácio de funcionários por utentes é baixo. Também Silva (3) (2016), no seu estudo conclui que quanto maior a carga de trabalho,

maiores os níveis de stress, verificando-se interesse em abandonar o local de trabalho ou a mudança de profissão.

O regime de trabalho também exerce influência neste âmbito. Para Ferreira (4) (2014), o trabalho por turnos implica maiores níveis de exaustão emocional, mas Marques (12) (2013) no seu estudo conclui que o trabalho por turnos não condicionou maiores níveis de *burnout* alegando a boa gestão dos mesmos por parte da direção da entidade empregadora.

O facto de haver alguma estabilidade laboral pode promover no colaborador maior segurança, e isso pode vir a refletir-se no seu desempenho e na sua resiliência e capacidade para gerir os fatores stressantes inerentes ao contexto laboral. Para Pereira (8) et al (2018), quanto melhor for a perceção das condições no local de trabalho maior será a satisfação dos profissionais e, conseqüentemente, menor a tendência para apresentar *Burnout*. Marques (12) (2013) também conclui que quanto maior o suporte social disponibilizados pelos elementos da entidade empregadora menor o risco de *burnout*. No estudo de Almeida (13) (2013), verifica-se que quanto menor o tempo de serviço, menor a tendência para *Burnout*. O que se verifica atualmente, pelas contingências políticas vivenciadas, é que não se têm promovido aumentos salariais, as horas de trabalho têm aumentado, o que vem condicionar o aumento de absentismo por motivos de doença e o agravamento das condições de vida dos colaboradores, promovendo a instalação de quadros de *burnout* mais intensos.

Alguns colaboradores demonstraram interesse em mudar de local de trabalho, o que pode ser influenciado pela confrontação da realidade de terem muito trabalho e pouco reconhecimento/valorização e retribuição a nível monetário. No estudo de Almeida (13) (2013), a confrontação com esta realidade promove no colaborador algum desânimo, percebendo muitas vezes que não é possível cumprir com o desejado e obter respostas efetivas para o seu grau de expectativa, pois sendo jovens pretendem um futuro melhor e mais oportunidades a nível laboral. A nossa amostra apresenta uma média de idade jovem, na ordem dos 44 anos, o que pode influenciar o nível de expectativas criadas e, neste sentido, ser evidente alguma desilusão e, conseqüente, interesse na mudança de âmbito laboral.

No global da nossa amostra, os participantes apresentam níveis elevados de *burnout* global, incluindo as três dimensões. No estudo de Marques (2013), 15% da amostra

apresentava sinais de *burnout*, destacando-se elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixos níveis de realização pessoal. Almeida 13 (2013) no seu estudo com auxiliares de ação direta que trabalham com idosos institucionalizados e em que utilizou o mesmo questionário, conclui que 74,5% apresenta baixos níveis de *burnout* pessoal e 25,5% elevados níveis. Quanto ao *burnout* relacionado com o trabalho, 77,1% têm níveis baixos e 22,9% níveis elevados e no *burnout* relacionado com o cliente 93,4% apresentou baixos níveis e 6,6% elevados níveis. Laurindo (10) (2021), no seu estudo conclui que 50% da sua amostra apresentaram níveis de *burnout* pessoal e 66,7% apresentaram níveis de *burnout* relacionado com o trabalho e com o cliente.

Conclusão

Os resultados obtidos através da aplicação do IBC, por dimensão, revelam que 52,17% apresentam *Burnout* pessoal; 34,78% *Burnout* relacionado com o trabalho e 69,56% *Burnout* relacionado com os clientes da ERPI. Quanto ao nível de *Burnout* global, a média é de 51,74 pontos (valor máximo de 100). Perante os resultados obtidos considera-se pertinente a elaboração de uma proposta de intervenção junto dos colaboradores da ERPI em estudo. Esta proposta de intervenção engloba a realização de sessões de educação para a saúde sobre a temática do *burnout* no sentido de capacitar os colaboradores para a identificação atempada dos sintomas e para a adoção de comportamentos e estratégias redutoras do stress e do *burnout*. Tendo em conta as necessidades de formação identificadas pelos colaboradores aquando do preenchimento do questionário, também se propõe a elaboração de sessões temáticas visando o aumento do conhecimento e a capacitação dos mesmos para uma prestação de cuidados mais adequada ao utente e a melhoria do seu bem-estar pessoal e profissional.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A. (2013). *A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade da Beira Interior. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/1649>
- Bakof, K. ; Schuch, N. & Boek, C. (2019). Síndrome de Burnout em Cuidados de Idosos com

- Demência. *Disciplinarum Scientia*. Série: Ciências da saúde. 20(2), 591-602
- Benevides-Pereira, T. (2002). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bezerra, G. ; Sena, A.; Braga, S. ; Santos, E. ; Correia, L. ; Clementino; k. ; Carneiro, Y. &Pinheiro, W. (2020). O Impacto da Pandemia por Covi-19 na Saúde Mental dos Profissionais da Saúde: Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Atual*. Edição Especial.
- Crispim, R.; Albuquerque, C.P. e Guerra, J. V. (2022). Envelhecimento Ativo em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Contributo para uma reflexão crítica Pressupostos do EA para as ERPI. *RIAGE* (2), pp. 58-70 acedido em <https://www.researchgate.net/> em 2023.09.23
- Ferreira, J. (2014). *Qualidade de vida, vulnerabilidade ao Stress e Burnout nos cuidadores formais de idosos com Alzheimer: um estudo Correlacional*. Dissertação de Mestrado e Psicologia Clínica e da saúde. Instituto Universitário da Maia. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.24/248>
- Laurindo, M. (2021). *Sobrecarga e Burnout em Ajudantes de Ação Direta de Estruturas Residenciais para Idosos, em Situação de Pandemia Covid 19*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária. Instituto Politécnico de Beja. Disponível em <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5477>
- Loureiro, H., Pereira, A. N., Oliveira, A. P., & Pessoa, A. R. (2008). Burnout no trabalho. *Revista de Enfermagem Referência*. 2(7), 33-41.
- Marques, C. (2013). *O Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade Católica Portuguesa. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/13585>
- Pereira, M. ; Gonçalves, P. ; Rodrigues, S. & Andrade, G. (2018). Avaliação dos fatores de risco psicossociais e da perceção das condições do local de trabalho em lares de idosos. *Vertentes e Desafios na Segurança*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.21/10373>
- Silva, J. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde. Universidade Fernando Pessoa. Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/301336241.pdf>

Vaz, M. (2013). *Síndrome de Burnout em Prestadores de Cuidados de Saúde em Lares de Terceira Idade*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Universidade da Beira Interior. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/1360>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Capacitação dos Cuidadores Informais de pessoas com demência através dos Grupos de Ajuda Mútua - Projeto “Demência em SOS”

Título resumido do manuscrito: Capacitação dos Cuidadores Informais de pessoas com demência

Mônica Braúna Alencar Leão da Costa

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria; Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare).

Jaime Emanuel Moreira Ribeiro

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria; aTOPlab – Assistive Technology and Occupational Performance Laboratory; Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare).

Inês Paim Faria

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Rute Sofia Rodrigues Costa

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Tatiana Pereira Antunes

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria.

Francisco Javier Vidal Barrantes

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria
Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare). Polytechnic of Leiria. Leiria, Portugal.

Resumo

A demência é caracterizada por um desenvolvimento gradual e contínuo de múltiplos défices cognitivos, causando limitações significativas a nível social e ocupacional. A literatura indica que a grande maioria dos cuidados prestados às Pessoas com Demência

(PcD) são feitos no domicílio, pelos Cuidadores Informais (CI). Cuidar de uma PcD é complexo, por isso estes cuidados ao longo do tempo podem ter um impacto direto e indireto na qualidade de vida e bem-estar do cuidador. Este estudo pretendeu explorar as experiências dos CI na participação nos Grupos de Ajuda Mútua (GAM). Este estudo enquadra-se no projeto “Demências em SOS”, com parceria da Associação Avós e Netos, no município de Torres Novas, com a participação de 10 CI de PcD. Desenvolveu-se um estudo do tipo qualitativo, exploratório-descritivo, que teve como procedimento técnico o estudo de caso. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas elaboradas para o efeito. A análise das sessões dos GAM, decorreram no período de janeiro a abril de 2022, com recurso ao *software WebQDA*. Os nossos resultados indicam que através dos GAM foi possível promover um olhar sobre a pessoa com demência, em que os cuidadores informais tivessem uma maior perceção sobre o cuidar, minimizando o sentimento de estigma sobre a pessoa cuidada. Permitiu ainda que os cuidadores estivessem mais atentos às ocupações inerentes (priorizando o autocuidado e gestão de tempo), bem como a justiça ocupacional coadjuvada pelos apoios externos e internos e educação em saúde. Os CI participantes nos GAM compreendem que não estão sós no cuidado a uma PcD, no entanto ainda existem lacunas na comunicação de serviços entre os familiares de PcD no contexto português. Os GAM têm demonstrado a sua eficácia na diminuição de sentimentos de solidão e sobrecarga, além de ser um espaço de partilha de experiências, de conhecimentos, educação e promoção de *empowerment*, sendo uma ferramenta de cuidado de baixo custo.

Palavras-chave: demência; cuidador; capacitação; atitudes; educação em saúde.

Introdução

A demência, mais que uma doença neurodegenerativa, é uma das principais causas de morte. Em alguns países, esta doença é considerada a principal causa de morte. Estima-se a existência de aproximadamente 50 milhões de Pessoas com Demência (PcD) em todo o mundo, prevendo-se 82 milhões em 2030 e 152 milhões em 2050 (Alzheimer Disease International, 2019; Deco Proteste, 2015; Franco et al., 2015; Organização Mundial de Saúde, 2017; Pires et al., 2020; Rodriguez, 2014).

Esta patologia caracteriza-se pelo desenvolvimento gradual e contínuo de múltiplos

défices cognitivos, que causam limitação significativa em termos sociais e ocupacionais. Causa incapacidade e perda de anos de vida saudáveis, associado à redução dos níveis de qualidade de vida, funcionalidade e autonomia. Há também uma deterioração das habilidades cognitivas (memória e uma ou mais das seguintes perturbações: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação no funcionamento executivo e comportamento) (Alzheimer Disease International, 2019; Deco Proteste, 2015; Franco et al., 2015; Organização Mundial de Saúde, 2017; Rodriguez, 2014).

Deste modo, a grande maioria destas pessoas são cuidadas pelos seus familiares ou pessoas próximas, adquirindo o título de Cuidador(es) Informal(ais) (CI), uma vez que não obtém qualquer formação para desempenhar este papel e não recebem remunerações. Ou seja, CI, é um familiar ou amigo próximo, que fica responsável pela organização, assistência e prestação de cuidados à PcD, de forma parcial ou a tempo inteiro. Normalmente, o apoio é prestado apenas pelo cuidador principal que supervisiona e/ou apoia a maioria das tarefas e cuidados do dia-a-dia da PcD (Decreto Regulamentar No1/2022, de 10 de Janeiro, 2022; Marques, 2005).

Estima-se que 9% da população portuguesa seja CI (considerando-se pessoas com 50 anos ou mais) sendo que destes 70% são mulheres. Prevê-se que exista ainda mais cuidadores, uma vez que estes se autodenominam de cuidadores não havendo ainda estatísticas que o comprovam (OECD, 2021).

Desta forma, mostra-se necessário a regulamentação do CI através da criação do Estatuto do Cuidador Informal (ECI). Com a criação deste Estatuto do Cuidador Informal foi possível estabelecer o processo de reconhecimento dos cuidadores pelos cuidados prestados, às vezes por mais de um familiar. Reconhece-se ainda a importância dos CI acesso aos serviços de apoio psicossocial, descanso do CI, criação de um subsídio de apoio ao CI, implementação de grupos de autoajuda e formação e informação (Decreto Regulamentar No1/2022, de 10 de Janeiro, 2022).

Nos últimos anos, alguns países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico desenvolveram planos/estratégias para a demência, uma vez que se acredita numa maior sensibilização sobre esta patologia, pode promover a redução do estigma em torno da demência e facilitar a adaptação das comunidades para colmatar as necessidades de PcD (OECD, 2021).

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde demonstra a importância de realizar-se

campanhas de sensibilização sobre a demência e programas de *friendliness*, adaptados aos contextos culturais e às necessidades particulares de uma comunidade. Estas podem promover melhores resultados sociais e de saúde, melhorar os conhecimentos da população relativamente à demência, reduzir a estigmatização, dissipar mitos, promover o diagnóstico precoce, bem como melhorar a qualidade de vida da PcD, dos seus cuidadores e da comunidade (Alzheimer Disease International, 2019; Organização Mundial de Saúde, 2017).

Apesar do aumento do número de PcD a nível mundial, ainda há um grande desconhecimento sobre a temática das demências, o que origina opiniões e atitudes negativas, o que pode levar à estigmatização. Esta, por sua vez, é passível de ser colmatada através da consciencialização pública e educação. Em Portugal, foi criada a diretriz da Estratégia da Saúde nas Áreas da Demência através do Despacho nº 5988/2018 de 19 de Junho de 2018 Do Ministério Da Saúde, em que são contemplados eixos fundamentais para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores. Estabelece o percurso de Cuidados de Saúde e Apoio Social nas Demências baseadas na proximidade, acessibilidade, equidade e continuidade de cuidados. Esta diretriz pretende ainda, melhorar a qualidade de vida das PcD e dos seus cuidadores, incluir abordagens de formação no âmbito da saúde para cuidadores e profissionais de saúde e realização de princípios gerais do percurso de cuidados nas demências, com ênfase nos cuidados domiciliários, capacitando os CI.

Para fornecer formação e informação aos CI, é importante compreender as suas necessidades, que geralmente focam-se em temas transversais, nomeadamente a avaliação das necessidades e preocupações em cada caso específico, criação de oportunidades de descanso para o cuidador, aconselhamento centrado na resolução prática de problemas e apoio social, apoio financeiro, informação/educação acerca da doença, atenção à saúde física e emocional do cuidador (Comissão Europeia e Alzheimer Europe, 2006). Desta forma, é emergente reduzir a sobrecarga física e mental dos CI, de modo a promover o seu bem-estar e as suas estratégias de *coping* através do uso de intervenções psicoeducativas, Grupos de Ajuda Mútua (GAM) e psicoterapia (Comissão Europeia e Alzheimer Europe, 2006).

Este estudo tem como objetivo de promover educação e literacia em saúde aos CI, através dos GAM, e da exploração das experiências vividas dos CI, bem como a

conscientização da comunidade para a problemática da demência.

Métodos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito do projeto “Demências em SOS”, promovido pela Associação Avós e Netos, que tem como objetivo promover a conscientização da comunidade para a problemática da demência e explorar as vivências dos CI de PcD, no município de Torres Novas, na União de Freguesias de São Pedro, Lapas e Ribeira Branca. Este estudo é de cariz qualitativo, exploratório-descritivo com procedimento técnico de estudo de caso em que tem como questão norteadora em todo o processo investigativo: "Os CI sentem-se informados sobre a temática das demências no quotidiano do cuidado?" Para responder a esta questão, o estudo compreendeu as seguintes etapas:

- i. Realização de 1 Sessão de Grupo Focal (GF) a fim de identificar as necessidades dos CI e basear os temas dos GAM tendo em conta os contextos de cada cuidador;
- ii. Sessões de GAM quinzenais com duração de 50 a 60 minutos para os CI com temas baseados no levantamento das informações obtidas através do estado da arte e das necessidades mencionadas pelos CI no GF. Os temas abordados, por ordem de realização dos GAM, foram os seguintes: Demência – Perspetivas Gerais; Ser Cuidador; Estratégias de Adaptação; Cuidar do Cuidador.
- iii. Entrevistas semiestruturadas aos cuidadores participantes após as sessões decorridas dos GAM.

A recolha de dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2022, através da plataforma online Zoom. Participaram neste estudo um total de 10 CI que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ser CI de PcD residente na comunidade, com ou sem assistência de serviços de Apoio Domiciliário e Centro de Dia. Foram excluídos os cuidadores formais que prestam serviços de forma remunerada.

Para a análise do conteúdo, recorreu-se ao método de Bardin (1977), que se processou por três etapas: pré-análise, onde se pretendeu organizar e caracterizar o material recolhido para análise; exploração do material, em que se codificou a informação em códigos árvores e categorias; tratamento dos resultados, onde se estabeleceu uma relação entre os dados recolhidos e as categorias criadas. Assim, foi permitida a seleção

dos tópicos mais relevantes e sintetização dos dados, possibilitando uma análise intuitiva. Desta forma, utilizou-se o *software WebQDA* para a análise dos dados, em que a informação recolhida foi transcrita por completo, sendo de seguida introduzida no programa, categorizada e codificada pelos investigadores. Ainda com recurso a este software, foi feita uma nuvem de palavras com as referências dos cuidadores.

O projeto apresentou parecer positivo de Comissão de Ética do Politécnico de Leiria (parecer CE/IPLEIRIA/14/2022 de 23 de fevereiro de 2022). Foram considerados os procedimentos éticos e legais, assegurando a confidencialidade e anonimato das informações descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Neste estudo, os participantes eram em sua maioria do sexo feminino (90%), com idade média de 43,2 anos. Os nossos resultados revelam que os GAM foram úteis para debater o estigma sentido pelo cuidador. Com a análise das entrevistas após a participação dos GAM, foi possível identificar temas (códigos árvore) percorridos pelos CI, em destaque: compreender a perceção da sintomatologia demencial pelo cuidador, saber cuidar de si e do outro, bem como gerir o seu tempo, compreender a perceção do cuidar sentida pelo cuidador e a educação em saúde, compreender a existência de apoios externos e internos, e por fim, perceber o impacto dos GAM nos cuidadores (Tabela 1).

Tabela 1

Códigos Árvore

Códigos Árvore	Fonte	Referência
Estigma sentido pelo cuidador	1	7
Perceção da sintomatologia demencial pelo cuidador	1	10
Identidade ocupacional do cuidando referida pelo cuidador	3	5
Cuidar de si e do outro	3	19

Autocuidado do cuidador	4	13
Preocupações do cuidador	3	6
Gestão de tempo	4	13
Percepção do cuidar sentida pelo cuidador	2	6
Percepção positiva do cuidar	2	9
Percepção negativa do cuidar	3	16
Educação em saúde	1	7
Apoios externos (Advocacy)	1	8
Associações	1	3
Segurança Social	1	3
Estatuto do CI	1	4
Apoio médico e de enfermagem	2	7
Apoio interno (Advocacy)	2	9
Percepção dos cuidadores em relação aos GAM	3	7
Satisfação dos cuidadores	6	11
Motivos para participar nos GAM	6	10
Auxílio dos GAM na prestação de cuidados	6	11
Momentos marcantes	3	4
Perspetiva de futuro para os GAM	6	15

No decorrer da análise das narrativas, foi possível perceber que cada experiência relatada era referente às vivências individuais de cada CI, onde a exteriorização para o grupo tornou a experiência individual numa experiência grupal, já que os CI, reviam-se nas narrativas dos restantes participantes, complementando as mesmas a cada intervenção. Este facto, demonstra-se importante e urgente no desenvolvimento de GAM, mostrando assim a importância da partilha intergrupar de um tema comum a todos.

Posto isto, os códigos árvore foram agrupados por categorias classificadas (Tabela 2), tendo como referência o Processo e Domínio da Terapia Ocupacional (Gomes et al., 2021).

Tabela 2

Categorias e Códigos Associados

Categorias	Códigos
O Olhar do Cuidador sobre a Demência	Percepção da sintomatologia demencial pelo cuidador
	Percepção do Cuidar sentida pelo cuidador
	Estigma sentido pelo Cuidador
Ocupações inerentes ao Cuidador	Cuidar de si e do outro
	Gestão de tempo

Justiça Ocupacional	Apoios externos
	Apoio interno
Capacitação dos CI através dos GAM	Educação em saúde
	Percepção dos cuidadores em relação aos GAM

O Olhar do Cuidador sobre a Demência

Cuidar de uma PcD é complexo. Qualquer pessoa tem o seu conceito sobre a demência e como esta síndrome afeta cada indivíduo, seja por senso comum ou pelo que aprende ao longo da vida. No entanto, o CI é a pessoa que, sem formação específica na área, vê em primeira mão as mudanças que esta traz na pessoa, podendo alterar por completo o comportamento da mesma. Nos depoimentos relatados pelos CI deste estudo, foi referido por todos a despersonalização da pessoa cuidada, havendo ainda, uma alteração da sua identidade ocupacional. É possível observar este facto na seguinte declaração, de P.S. *“... pela minha experiência, notei alterações de comportamento, coisas que uma vida inteira nós sabíamos que aquela pessoa não fazia aquilo, ou que não dizia aquilo.”*, mencionando ainda o seguinte *“... sabemos que, se conhecemos a pessoa, sabemos que aquelas atitudes (pausa) não são as atitudes dela, da rotina dela, da maneira de ser dela, sabemos que está ali qualquer coisa que a transformou.”*.

Com tudo isto e com o passar do tempo, o cuidador vai modificando a sua percepção do que é o cuidar uma vez que todos os dias são diferentes, surgindo novos desafios, até porque trata-se de uma síndrome progressiva.

“...muitas vezes ela vira-se para mim e pede-me desculpa, outras vez diz que gosta muito de mim, e eu acho que tudo o que eu estou a fazer ... (começou a chorar) são momentos difíceis, mas que ao mesmo tempo dão me força, porque significa que estou num bom caminho e estou a fazer bem.” (M.T).

Nos vários momentos da partilha de informação entre os entrevistados e os entrevistadores, foram mencionados pelos primeiros perspectivas positivas e negativas do cuidar. A percepção positiva é retratada pelos CI como um compromisso para com a pessoa que cuidam, indo, assim, para além de um sentimento de obrigação para um sentimento de carinho.

J.F., retrata esta analogia: *“Uma das coisas que o meu avô sempre disse era que a minha avó não ia para um lar, porque eles tinham feito o juramento na igreja que era na saúde e na doença... e queria ficar com ela na doença porque ela estava doente e ele ia cuidar dela na doença.”*

Para reforçar esta ideia, M.T. mencionou: *“Eu acho que a minha mãe merece isto e muito mais...”*.

Por outro lado, a percepção negativa sentida pelos CI variou entre a falta de preparação e de conhecimento para lidar com a PcD, entre a sobrecarga sentida por estes, inerente no cuidar, como o trabalho de 24 horas sob 24 horas,

“... é uma prisão muito grande...” (M.T)., e a compreensão dos sentimentos e pensamentos da PcD. Sendo que *“por vezes é desgastante e há certas situações que não sei por onde é que devo começar e acabar.”* (M.V).

Ao debater a percepção do cuidar com os participantes, foi incluído o tema do Estigma, tanto na perspetiva do cuidador como da PcD, onde foi trazido pelos participantes o facto de a sociedade não estar preparada para lidar com a PcD. Facto disto, foi o depoimento de J.F.: *“...um dos familiares disse que era vergonhoso o meu avô andar a passear com a minha avó na rua na cadeira de rodas... pronto... eu acho que não é vergonhoso, porque eles também têm direito...”*, uma vez que existe a despersonalização da PcD, demarcada pela sociedade, onde é importante não esquecer que estas devem e podem manter os seus papéis sociais o máximo de tempo possível.

Dentro deste tema, foi ainda mencionado pelos CI o facto de haver a necessidade de promover a saúde mental dos cuidadores, não estando a sociedade preparada para debater este tema, nem reconhecer esta necessidade, como refere PS

“...acho que é o principal, quebrar esse tabu das doenças psicológicas, principalmente... saber aceitá-las, da mesma maneira que aceitamos uma doença física, como um cancro... acho que só temos é que aceitá-las da mesma maneira como aceitamos as outras...”.

Ocupações inerentes ao Cuidador

A pessoa para além de ser familiar de PcD, é-lhe acrescido o papel de cuidador, onde juntamente com as ocupações já existentes lhe são adicionadas as ocupações inerentes ao cuidar. Por vezes, os sentimentos e estados de espírito do cuidador influenciam na relação diádica da PcD. Como P.S. referiu: *“... saber que a outra pessoa está bem, nós automaticamente, também, vamos estar bem ou mais descansados.”*.

“... é fundamental o próprio cuidador também ter o seu descanso, porque se o cuidador não tiver o seu descanso não está em condições de cuidar seja de quem for.... tanto físicas como mentais... se não estivermos bem não vamos estar a fazer bem o nosso trabalho...” (P.S.).

Apesar de o cuidador se envolver a tempo inteiro neste papel, continua a haver a

necessidade de manter o autocuidado, de forma que, a intervenção dos cuidados prestados à PcD decorra da melhor forma possível, podendo realizar-se de várias formas, consoante os interesses de cada um:

“Nos maus momentos que eu tinha, que deixava de ver a pessoa como eu vi, fui escrevendo, foi a minha terapia. Em vez de chorar, a minha terapia era escrever. Quando eu me sentia frustrada, mais desanimada, era assim que eu fazia.” (T.M.)

“Às vezes preciso mesmo é de descansar um bocadinho e se posso mudar de ambiente...” e “... basta-me ir passar um dia a praia, almoçar fora, dar um passeio, ir até à serra e já está.” (M.C.G.). A existência de uma rede de suporte é importante para que o cuidador consiga realizar o seu autocuidado: *“Eu tenho irmãos que me vêm ajudar, quando eu preciso de sair ou quando eu preciso de alguma coisa...”* (M.T.).

Ao longo do cuidar, o cuidador acaba por questionar a sua própria forma de cuidar e como são desempenhas as suas ocupações e co-ocupações, como podem verificar nas seguintes citações: *“Há dias em que nós estamos mais cansados, há dias em que não se passa nada, está tudo bem, vamos a isto, conseguimos contornar e fazer... e há dias em que é muito difícil... basta uma noite mal dormida, basta um stress que aconteceu durante o dia e que desorienta e desorganiza tudo... e depois o que faço?”* (M.V.).

“É que não sei se aquilo que faço está correto, se é o suficiente e depois ainda me sinto mal pelo que os outros pensam que eu faço mal, e dizem mesmo que não estou a fazer o suficiente... é um ciclo...” (F.M.)

A importância da análise das ocupações e co-ocupações do cuidador está também na necessidade de gerir o seu tempo, tendo sido este um assunto de debate no GF e nos GAM com extrema importância para os cuidadores:

“... é tipo uma bola de neve que vai acumulando, e se não pararmos um bocadinho, um dia ou descansar... depois não é só uma pessoa que precisa de cuidados, depois nós próprios precisamos de cuidados como é obvio...”. (P.S); bem como a *“...necessidade neste momento muito concreta, que é conseguir conciliar o meu trabalho com a necessidade de cuidar da minha tia e dos meus pais que estão um local diferente de mim e do meu trabalho.”* (M.C.G.).

Justiça Ocupacional

A participação do cuidador nas suas ocupações, vai para além do seu papel individual, quando este é auxiliado por terceiros, quer por uma rede de apoio formal, quer por uma rede de apoio informal; sempre que a este lhe é permitido tal desempenho, falamos de

justiça ocupacional.

Este tema em particular focou-se nos seguintes apoios externos: Associações, Segurança Social, Estatuto CI, Apoio médico e de enfermagem.

Relativamente às associações, os participantes de modo geral, referiram que apenas receberam apoio da Associação Avós e Netos. O contrário se verificou para a Segurança Social, como M.T. *“...já tentei ir à segurança social, mas não consegui informar-me de nada, foi assim tudo de muito má vontade (por parte dos serviços) ...”*.

Verificou-se também, pela maior parte dos participantes, o desconhecimento do ECI, ou mesmo optaram em não procurar mais informações sobre o tema, uma vez que se trata de um assunto burocrático, não tendo o retorno que desejam: *“...eu tenho conhecimento do ECI..., mas nunca me dei ao trabalho... quer dizer como é uma coisa burocrática, que dá trabalho e há que preencher papelada...”* (M.C.G.).

No que concerne ao Apoio médico e enfermagem à PcD, constatou-se divergências nos relatos como: *“... tive apoio da médica e tive apoio do grupo de enfermagem, foram estas pessoas que me prestaram mais apoio...”* (T.M.) e *“...nem de médicos... era só mais um...”* (P.S.). Contudo, a nível de apoio ao cuidador, T.M. referiu: *“Não tive apoio psicológico, fiquei muito instável, muito desgastada, depois no fim, tive que procurar apoio psicológico.”*

Capacitação dos CI através dos GAM

É importante para os cuidadores a aprendizagem, a entreaajuda e apoio, o que foi possível com este projeto, capacitando assim os CI a fazerem um trabalho consciente e cada vez melhor, tal como J.F. indicou: *“...ajudar os familiares a procurarem ajuda... e indicar o caminho correto, ou o caminho que facilita a integração e cuidar bem da pessoa que está com demência.”*

A participação dos CI no GF e nos GAM foi acolhida por todos como uma mais-valia para a troca de experiências e conhecimentos, num local securizante, onde todos puderam falar abertamente sem julgamentos ou estigma. P.S. mencionou:

“... acho que é importante partilharmos e falarmos uns com os outros e exprimirmos os nossos problemas, para nos podermos ajudar. Acho que isso aí foi o importante, e saber ouvir e escutar.”;

T.M. também indicou: *“...achei que estas sessões foram importantes para mim, em que eu ao ouvir outros cuidadores a passarem por aquilo que eu já passei com a minha tia, revi-me, é sempre importante ouvir outras pessoas, para pensar que não só caiu a mim, mas sim as outras*

Foi, de facto, prova que esta modalidade teve impacto no cuidador, uma vez que M.C.G. corroborou:

Os motivos pelos quais os cuidadores participaram neste projeto derivaram-se da necessidade de aumentar os seus conhecimentos, partilhar as suas experiências e conhecer as experiências dos outros, tal como estarem preparados para o futuro e cuidar de si mesmo. M.C.G, expôs: *“...aprender a não exigir que as pessoas que têm demências encaixem nos raciocínios lógicos e temos que ser nós a adaptarmos às manias deles, sem exigir que sejam racionais, lúcidos e justos, e não dar primazia ao nosso cansaço”* (M.C.G)

Os cuidadores participantes ao serem confrontados com a possibilidade da continuação dos GAM, referiram ser uma estratégia positiva de atenção, em que foi possível encontrar estratégias que os ajudaram a sentirem-se mais confiantes e mais capazes no processo de cuidar.

Após a análise dos dados recolhidos ao longo das sessões, mostrou-se pertinente compreender quais as palavras e expressões mencionadas em maior quantidade pelos CI, tendo assim em consideração o impacto que os GAM tiveram nos cuidadores (Figura 1).

Figura 3

Nuvem de Palavras



Discussão

Este estudo teve como objetivo principal capacitar os CI em relação à doença e ao cuidar das pessoas com demência, oferecendo-lhes momentos securizantes para partilhar as suas vivências com outras pessoas que se encontrem na mesma situação. Com as informações obtidas pelos cuidadores no GF, em concordância com a literatura, realizou-se a síntese dos principais pontos para discutir e refletir nos GAM.

Os GAM dirigem-se a pessoas que experienciam situações de vida semelhantes, frequentemente CI, onde os principais objetivos centram-se em proporcionar informação acerca da patologia e a sua evolução, identificar recursos existentes na comunidade, providenciar conselhos decorrentes da experiência dos participantes e proporcionar apoio de forma a encorajar a pessoa a falar sobre os seus problemas (Jerez & López, 2008; Reis, 2012).

Ainda de acordo com Jerez & López (2008), os GAM são fulcrais para o CI, uma vez que ajudam na construção da sua identidade enquanto cuidador, na promoção de um sentido de competência pessoal no seu papel, em fomentar a utilização de apoios formais de ajuda e na criação de um contexto comunitário onde os cuidadores se sintam apoiados e entendidos.

Após serem compreendidas as reais necessidades dos membros do grupo, é possível com esta modalidade aliviar a sobrecarga e diminuir os sintomas depressivos, bem como favorecer comportamentos de saúde e de procura de apoio social, aos quais colaboram para uma melhor qualidade de vida e satisfação com a tarefa de cuidar (Jerez & López, 2008; Ribeiro et al., 2017).

No que diz respeito ao CI, este deveria ser considerado um agente de saúde, recebendo orientações destinadas para a prestação de cuidados adequados ao idoso, de carácter preventivos, no sentido de evitar dependência precoce no cuidador e na PcD (Bauab & Emmel, 2014).

A tarefa do cuidar, é um trabalho imposto pelas circunstâncias da vida ao CI, sendo uma situação complexa, uma vez que esta relação pessoal (por serem familiares) acarreta um

alvorço de sentimentos: amor, impotência, pena, alívio, culpa e revolta. Todavia, estes sentimentos podem ser controversos e mutáveis, umas vezes positivos e outras negativos, diversificando os tipos de relações entre si (Bauab & Emmel, 2014; Costa et al., 2020).

Muitas vezes os sentimentos negativos são prejudicados devido à sobrecarga de responsabilidades, uma vez que o CI tem um trabalho de 24 horas sob 24 horas, sem qualquer pausa (Costa et al., 2020; Pereira, 2018).

A atuação dos CI permite que o idoso viva na sua casa, mantendo-o no seu contexto natural, junto do seu núcleo familiar, com a possibilidade de regredir a progressão da demência, atrasando a institucionalização. No entanto, para que este cuidado seja prestado o melhor possível, é imprescindível o apoio profissional a quem cuida de uma PcD com a finalidade de uma realização de cuidados assertivos e atenuantes do *stress* do CI (Barros, 2013; Bauab & Emmel, 2014; Carvalho & Neri, 2018).

Como já referido, os CI possuem um trabalho em tempo integral e sem interrupções, o que muitas vezes prejudica as suas ocupações pessoais devido às novas responsabilidades adquiridas. Um dos aspetos mais *stressantes* inerentes ao cuidado é apontado pelos cuidadores como a falta de disponibilidade de tempo para se dedicarem a assuntos e atividades pessoais, de lazer e produtividade. A sua vida social é mais restrita, são substituídas as atividades prazerosas por atividades obrigatórias, abandonando por vezes muitas das atividades realizadas anteriormente, em prol de disponibilidade para atividades relacionadas com o cuidar, que em última instância afeta a qualidade de vida do cuidador. A ocupação, visto ser organizadora do Humano, transforma-se numa função voltada para o outro e não para si (Bauab & Emmel, 2014; Braúna et al., 2017; Carvalho & Neri, 2018, 2019; Pereira, 2018).

Após assumir o papel de CI, estes acarretam responsabilidades que já tinham anteriormente, acrescentando as atividades desempenhadas pela PcD, como gestão da casa, de contas, etc, um tema debatido amplamente nos GAM, e referido como sendo de grande sobrecarga pelos cuidadores. Por vezes, subestimam a capacidade da PcD, adotando comportamentos superprotetores, acabando por aumentar a sua sobrecarga, não dando espaço à PcD para viver a sua identidade ocupacional (Bauab & Emmel, 2014; Carvalho & Neri, 2018; Pereira, 2018; Perlini & Faro, 2005).

A desinformação dos CI pode trazer problemas à PcD, levando a recorrentes

hospitalizações. Para o cuidador, isto pode gerar ansiedade e mais desgaste físico, o que causa situações de risco para ambos (Barros, 2013; Perlini & Faro, 2005).

Comparando com os profissionais contratados para executar a tarefa do cuidar, estes possuem conhecimentos técnicos e uma maior organização das suas atividades diárias, uma vez que são estabelecidos horários e são revezadas as responsabilidades, ou seja, possuem uma melhor gestão de tempo (Bauab & Emmel, 2014).

A chave para a gestão do tempo do CI encontra-se no planeamento das suas rotinas, estabelecendo prioridades, gestão da ordem de tarefas e obtenção dos recursos necessários para tal. Assim, os cuidadores conseguem organizar as suas ocupações, ter uma sensação de continuidade de vida, manter o sentimento de controlo e segurança nos cuidados prestados e ter momentos de autocuidado e de lazer. Com a continuidade da progressão da demência, o cuidador deve ter ciente que o tempo de cuidado irá variar de acordo com as necessidades da PcD, das circunstâncias do cuidador, da sua sobrecarga e alterações no contexto (Carvalho & Neri, 2018, 2019).

Ao longo da prestação de cuidados, o cuidador realiza uma tarefa de elevado valor moral e ético, nomeadamente a possibilidade de cuidar dos seus familiares idosos, enquanto se transforma numa vítima silenciosa da prestação de cuidados, sem valor para a sociedade, perdendo a sua liberdade enquanto pessoa (Carvalho & Neri, 2019).

Posto isto, o papel dos terapeutas ocupacionais neste âmbito é de extrema importância permitindo a orientação aos cuidadores e adequação das suas atividades, tendo em conta as necessidades reais do idoso e do cuidador (Bauab & Emmel, 2014).

Conclusão

O presente estudo vem em concordância com outros semelhantes, na medida que os GAM fornecem informação, habilidades e estratégias importantes ao CI de como lidar com uma PcD, bem como criam um contexto de suporte ao CI para exteriorizar os seus problemas e compreender as situações futuras do cuidado.

O facto dos CI participarem nos GAM permitiu-lhes compreender que a realidade que vivem não é única, percebendo que existem outras pessoas nas mesmas situações e que vivenciam as mesmas experiências. Para além disto, estes momentos foram fulcrais para diminuir os sentimentos de solidão e sobrecarga associados ao cuidar, transmitindo uma sensação de tranquilidade e de pertença. Foram fornecidas estratégias de cuidar,

destinadas ao CI, relacionadas com a organização da rotina, organização e gestão de tempo e importância do autocuidado, incluindo o tempo de lazer do cuidador, numa tentativa de fazer compreender ao CI a relevância deste desempenhar as suas ocupações primárias, para além das ocupações associadas ao cuidar.

A capacitação do CI nada mais é do que lhe dar *empowerment*, fornecendo-lhe a oportunidade de se sentir bem ao cuidar de outrem e descobrir as suas próprias capacidades, enquanto lhe é dada informação e educação que o permitam melhorar as suas competências, uma vez que o bem-estar físico, mental e social do cuidador se transmite num cuidado de excelência à PcD.

No desenvolver do estudo surgiram limitações relacionadas com a recolha de dados, derivadas da problemática da COVID-19, uma vez que foi necessário modificar o GF e GAM para uma modalidade *online*, contrária ao que tinha sido idealizado inicialmente, numa vertente presencial; esta modificação poderá ter-se tornado numa barreira à participação daqueles sem literacia digital ou recursos digitais. No entanto, poderão ter advindo benefícios desta alteração, uma vez que permitiu aos CI participar de uma forma mais acessível e continua, já que lhes era permitido manter o cuidado à PcD enquanto assistiam às sessões, bem como poderão ter reduzido o sentimento de isolamento proveniente do confinamento.

Referências Bibliográficas

- Alzheimer Disease International. (2019). *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2019 - Actitudes hacia la demencia*.
<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2019-Spanish-Summary.pdf>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo* (70th ed.). Edições 70.
- Barros, M. (2013). *Um olhar sobre o Cuidador Informal* [Mestrado]. Universidade de Évora.
- Bauab, J. P., & Emmel, M. L. G. (2014). Mudanças no Cotidiano de Cuidadores de Idosos em Processo Demencial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(2), 339–352. <https://doi.org/10.1590/s1809-98232014000200011>
- Carvalho, E. B., & Neri, A. L. (2018). Uso do Tempo por Cuidadores Familiares de Idosos com Demência: Revisão Integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl

- 2), 893–904. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0268>
- Carvalho, E. B., & Neri, A. L. (2019). Padrões de Uso do Tempo em Cuidadores Familiares de Idosos com Demências. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1), 1–14. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180143>
- Comissão Europeia e Alzheimer Europe. (2006). *Manual do Cuidador da Pessoa com Demência*. https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/manual-para-cuidar-da-pessoa-com-demencia/%0Ahttps://biblioteca.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/manual_do_cuidador.pdf
- Costa, M., Azevedo, M., Torgal, M., & Gomes, J. (2020). Grupos De Ajuda Mútua Com Cuidadores Informais De Pessoas Com Demência : Empowerment Do Cuidado. *Revisbrato: Interinstitutional Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 4(2), 158–177. <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/30025%0A>
- Deco Proteste. (2015). *Lidar com a doença de Alzheimer*. Deco Proteste.
- Despacho n.º 5988/2018 de 19 de junho de 2018 do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República, 2.ª série — N.º 116 (2018). www.dre.pt
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, Pub. L. No. Diário da República: 1ª série, n.º 6 (2022). www.dre.pt
- Franco, M., Thamara, T., & Jean, G. (2015). Estigma hacia la demencia: una revisión. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 53(3), 187–195. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272015000300006>
- Gomes, M., Teixeira, L., & Ribeiro, J. (2021). *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio & Processo 4ª Edição. Versão Portuguesa de Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 4th Edition (AOTA - 2020)*. Politécnico de Leiria. <https://doi.org/https://doi.org/10.25766/671r-0c18>
- Hagen, B., Gallagher, E. M., & Simpson, S. (2006). Family Caregiver Education and Support Programs: Using Humanistic Approaches to Evaluate Program Effects. *Educational Gerontology: An International Quarterly*, 23(2), 129–142. <https://doi.org/10.1080/0360127970230204>
- Jerez, C. H., & López, M. C. (2008). Caracterización de los Grupos de Ayuda Mutua para Cuidadores de Familiares Enfermos de Alzheimer: Un Análisis Exploratorio. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 43(5), 308–315. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)73573-X](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)73573-X)

- Marques, S. (2005). *Os Cuidados Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral* (Vol. 9, Issue 1990) [Dissertação, Escola Superior de Altos Estudos]. <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/171/175>.
- OECD. (2021). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. In *OECD Publishing*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264105133-ko>
- Organização Mundial de Saúde. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025*. http://apps.who.int/bookorders.%0Ahttp://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/
- Pereira, M. (2018). *Cuidadores informais: Dificuldades ao cuidar e necessidades de quem cuida* [Dissertação]. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais.
- Perlini, N., & Faro, A. (2005). Cuidar de Pessoa Incapacitada por Acidente Vascular Cerebral no Domicílio: O Fazer do Cuidador Familiar. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 39(2), 154–163. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033281005>
- Pires, C., Duarte, N., Paúl, C., & Ribeiro, O. (2020). Custos Associados à Prestação Informal de Cuidados a Pessoas com Demência. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 9(33), 559–567. <https://doi.org/10.20344/amp.11922>
- Reis, T. R. (2012). Empoderamento e Grupos de Mútua Ajuda. *FIOCRUZ*, 191–209. <https://doi.org/10.7476/9788575415399.0010>
- Ribeiro, Ó., Almeida, R., Barbosa, C., Duarte, N., & Brandão, D. (2017). Grupos de Ajuda Mútua para Cuidadores Informais de Pessoas com Demência: No Sentido de um Helping Ethos Comunitário. *Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 397–413. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000300002>
- Rodriguez, Y. (2014). *Estigma de las Demencias: Experiencia de Cuidadores-Familiares* [Trabajo de grado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. [https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/994/Indicaciones de cesárea en adolescentes del hospital universitario Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia %28HUMNSA%29%2C](https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/994/Indicaciones%20de%20ces%C3%A1rea%20en%20adolescentes%20del%20hospital%20universitario%20Maternidad%20Nuestra%20Se%C3%B1ora%20de%20la%20Altagracia%20HUMNSA%29%2C)

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Caracterização de risco e de estado nutricionais e sua relação com a demência e qualidade de vida em mulheres seniores institucionalizadas: mudança de paradigma?

Título resumido do manuscrito: Caracterização risco e de estado nutricionais e sua relação com a demência e qualidade de vida em mulheres seniores institucionalizadas

Maria José Fraga Ávila

Universidade Católica Portuguesa I Lar do Recolhimento de Jesus Maria José (Mónicas), Ilha Terceira,
Portugal I mjfa.97@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-5614-2169

Marta Correia

Universidade Católica Portuguesa, CBQF - Centro de Biotecnologia e Química Fina – Laboratório I
Associado, Escola Superior de Biotecnologia, Porto, Portugal I mmcorreia@ucp.pt
ORCID: 0000-0001-5040-735X

Ana Maria Gomes

Universidade Católica Portuguesa, CBQF - Centro de Biotecnologia e Química Fina – Laboratório I
Associado, Escola Superior de Biotecnologia, Porto, Portugal I amgomes@ucp.pt
ORCID: 0000-0001-7883-2446

Teresa Brandão

Universidade Católica Portuguesa, CBQF - Centro de Biotecnologia e Química Fina – Laboratório I
Associado, Escola Superior de Biotecnologia, Porto, Portugal I tbrandao@ucp.pt
ORCID: 0000-0002-8857-6471

Resumo

É sabido que a institucionalização de indivíduos seniores pode alterar o seu risco e estado nutricionais e comprometer a sua capacidade funcional, e a sua saúde física e mental frequentemente.

Este estudo prospetivo observacional realizou-se num lar de idosos da Ilha Terceira,

como parte integrante de um estudo mais abrangente, com início em janeiro de 2023, aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa. A amostra é constituída por 33 utentes, às quais foram recolhidos/calculados dados de avaliação de risco e de estado nutricionais (dados antropométricos, MNA), de capacidade funcional e de risco de sarcopenia (SARC-F e dinamometria), dados clínicos e de saúde mental (MMSE), e qualidade e satisfação com a vida (WHOQOL-Bref; SWLS). Os dados foram tratados em IBM SPSS versão 23.

Avaliaram-se 33 mulheres, cuja média de idades foi de 85 ± 10 (65-100), com classificação por MNA de 63.7% (n=21) de mulheres em risco de desnutrição/desnutridas, e com valores de dinamometria inferiores ao percentil <10% de 75.8% (n=25). Dez-mulheres (30.3%) tiveram IMC sugestivo de magreza (<22 kg/m²); 30,3% (n=10) das mulheres pontuaram com pouca/ou nenhuma qualidade de vida e satisfação com a vida, mostrando associações positivas significativas com a dinamometria, o baixo IMC, um score mais baixo no MNA e um baixo MNSE e SARC-F, $p < 0.05$.

Os resultados mostram que as mulheres em risco nutricional e/ou desnutridas têm uma perceção da sua qualidade de vida e uma pontuação cognitiva mais baixa, associada a maior sarcopenia, e a pior estado nutricional. Apesar de todo o conhecimento e esforços mantém-se a necessidade de rastrear e intervir atempadamente nesta população.

Palavras-chave: idosos; caracterização do estado nutricional; saúde física; saúde mental.

Introdução

O envelhecimento é um longo processo que engloba fatores genéticos e ambientais e que nem todos os indivíduos atravessam com a mesma intensidade. A avaliação do estado nutricional e a caracterização dos hábitos de vida desta população, designadamente os hábitos alimentares, tem-se mostrado determinante na promoção da saúde, na qualidade e duração da vida e prevenção da doença, uma vez que a forma como os indivíduos se alimentaram, durante toda a vida, reflete-se no estado de saúde, físico e mental dos idosos (Cardoso & Rito, 2007). O processo de envelhecimento leva a determinadas modificações no organismo:

- i. morfológicas (reveladas pelo aparecimento de rugas e/ou cabelos brancos);

- ii. bioquímicas (relacionadas com alterações na composição dos tecidos dos órgãos e químicas que ocorrem no organismo);
- iii. fisiológicas (relacionadas com as alterações das funções orgânicas), que no conjunto levam a uma diminuição progressiva das capacidades fisiológicas do indivíduo (Cardoso & Rito, 2007).

O aumento crescente do número de idosos constitui-se como uma realidade universal, pelo que Portugal está a tornar-se um país envelhecido. O crescimento da população idosa, sobretudo nos países industrializados é devido, essencialmente, ao aumento da esperança média de vida e à redução da taxa de natalidade (Loureiro, 2008).

Alguns dos fatores que podem contribuir para a desnutrição são a persistente falta de apetite, as restrições alimentares, a dependência de terceiros, nomeadamente para a alimentação, problemas de deglutição ou dentição incompleta, problema gastrointestinais como náuseas, vômitos e diarreias, o comprometimento cognitivo, o uso de medicações que interferem no apetite, doenças crónicas, entre outros (Sakashita & Nascimento, 2011).

Um dos problemas de saúde mais frequente entre os idosos é a desnutrição. O processo de envelhecimento está associado a alterações fisiológicas que podem ter implicações sobre o estado nutricional, o qual pode já estar previamente debilitado devido a patologias crónicas, problemas psiquiátricos e sociais, comuns nesta população. A avaliação nutricional adequada e frequente minimiza os riscos de desenvolvimento de problemas nutricionais e antecipa os cuidados necessários para um envelhecimento mais saudável, uma vez que auxilia na escolha de uma alimentação mais adequada ao idoso. No caso dos acamados a avaliação nutricional torna-se ainda mais importante para um melhor prognóstico, pois são estes pacientes que geralmente têm maior risco de desnutrição (Galati et al., 2018).

Relativamente às necessidades, existem evidências crescentes, resultantes de pesquisas experimentais e epidemiológicas, que sugerem que as pessoas mais velhas podem precisar de maiores quantidades de proteína do que os adultos mais jovens, para uma melhor preservação da massa corporal magra, das funções corporais e da saúde.

É importante ter em mente que, nesta faixa etária, apesar de haver diminuição do gasto energético diário e consequentemente das necessidades de energia, uma ingestão

alimentar insuficiente e que leve à perda de peso, traduz-se na catabolização do músculo e das reservas de gordura corporal para que seja fornecida energia ao organismo. Portanto, para manutenção da massa muscular e desempenho físico, mas também num aspeto mais amplo, para o correto funcionamento do organismo, a ingestão de alimentos na quantidade adequada é de extrema importância (Cardoso & Rito, 2007; Cruz-Jentoft et al., 2017; Volkert et al., 2022).

Normalmente, em adultos mais velhos, a baixa ingestão energética deve-se a uma redução no apetite, ou a anorexia do envelhecimento. A anorexia do envelhecimento pode ser explicada por alterações fisiológicas, como o paladar e o olfato alterados, esvaziamento gástrico e digestão mais lentos e respostas hormonais alteradas, mas também como consequência de um declínio físico e mental característico desta faixa etária que leva a problemas de mastigação ou deglutição, dificuldade em adquirir alimentos e preparar refeições. Além disso, a presença de múltiplas patologias bem como a polimedicação podem contribuir para o acentuar do declínio do estado de saúde, prejudicando, substancialmente, a ingestão alimentar favorecendo a desnutrição. Desta forma, inicia-se um ciclo vicioso, em que a baixa ingestão alimentar leva ao declínio da força muscular e do desempenho físico e, consequentemente, aumenta o risco de desnutrição, sendo que esta contribui para a perda da massa muscular e para o declínio do desempenho físico (Cruz-Jentoft et al., 2017).

Apesar do envelhecimento biológico se manifestar a partir de determinada idade, é certo que com o passar dos anos, se registem perdas de massa muscular, e este ciclo pode levar a um quadro de fragilidade e de sarcopenia (Souza et al., 2015). A sarcopenia, ou perda de massa muscular associada à idade, acompanhada por um declínio na atividade física, na funcionalidade e no desempenho, é caracterizada por uma perda gradual da quantidade de massa e qualidade muscular, sendo considerada uma das síndromes geriátricas mais significativas. Foi enquadrada pela primeira vez por Rosenberg em 1997 (Rosenberg, 1997), sendo que, inicialmente, as definições de sarcopenia eram baseadas apenas na massa muscular. Como a força muscular e o desempenho físico não podem ser explicados completamente pela massa muscular, e a massa muscular por si só não prediz incapacidade ou outros resultados, as atuais definições consensuais de sarcopenia incluem medidas de força muscular e desempenho físico (Cruz-Jentoft et al., 2017).

Essa perda de massa muscular está intimamente relacionada à síndrome da fragilidade, em que a maioria das definições mais recentes considera que se caracteriza por *“um estado clínico em que há um aumento da vulnerabilidade de um indivíduo para desenvolver uma maior dependência e/ou mortalidade quando é exposto a um stressor.”*. Essa definição levou ao desenvolvimento de conceitos sobre fragilidade que focam diferentes vertentes, um que incide nos componentes físicos e que traça um fenótipo físico que inclui evidências de perda de peso não intencional, fraqueza muscular, velocidade de marcha lenta, baixa atividade física e exaustão. O outro conceito tem uma abordagem multidimensional, uma vez que abrange componentes psicológicos e sociais, multimorbilidades e incapacidade, além do declínio do desempenho físico (Cruz-Jentoft et al., 2017).

Apesar da definição de fragilidade ainda estar em construção, sendo que na literatura mais recente vão surgindo novas definições (Cruz-Jentoft et al., 2017), é sabido que uma perda excessiva de massa e força muscular resulta em incapacidade física e na dependência de outros. Além disso, uma massa muscular marcadamente reduzida também prejudica a adaptação metabólica ao estresse e à doença. Assim, a preservação ideal de músculos esqueléticos saudáveis é altamente relevante para a independência e autodeterminação da vida, saúde e bem-estar (Volkert, 2011).

Como se pode observar, existe sobreposição entre os conceitos de fragilidade e sarcopenia e apesar de ambos estarem a evoluir, ainda não há um consenso total sobre onde encaixar cada um deles na prática clínica ou como usá-los para prevenir ou retardar o declínio associado ao envelhecimento. A fragilidade parece estar evoluindo para uma estrutura para detetar pessoas com alto risco de incapacidade, onde intervenções específicas e não específicas em que nutrição e o exercício podem melhorar os resultados, enquanto a sarcopenia – considerada como uma falência de órgão (falência muscular ou insuficiência muscular) – é uma causa frequente de fragilidade física.

Por definição, a sarcopenia inclui baixo desempenho físico, o que significa que a sarcopenia é um componente essencial da fragilidade física. Na prática, fragilidade e sarcopenia apresentam uma sobreposição significativa. A própria fragilidade física é um componente do fenótipo multidimensional da fragilidade (Cruz-Jentoft et al., 2017).

A juntar a isto, a desnutrição desempenha um papel fundamental na patogénese da fragilidade e da sarcopenia. Este fato torna-se evidente quando uma abordagem

sindrômica é usada para tratar a fragilidade e a sarcopenia. Tanto a desnutrição quanto a obesidade aumentam o risco de fragilidade em idosos. A qualidade da dieta tem estreita relação com a incidência de fragilidade. Muitas intervenções nutricionais podem ser de interesse na sarcopenia e fragilidade (Cruz-Jentoft et al., 2017).

Além da alimentação adequada, a atividade física tem um grande impacto na saúde dos idosos e alguns efeitos estão bem fundamentados cientificamente. A atividade física é um dos principais componentes do gasto energético e tem grande influência no balanço energético e na composição corporal. É também reconhecida como um fator de risco importante e não modificável que tem um efeito protetor contra doenças cardiovasculares, dislipidemia, diabetes tipo 2, e até alguns tipos de cancro. Está também positivamente associada à promoção de saúde mental e à melhoria da recuperação no caso lesões e quedas devido ao fortalecimento músculo-esquelético. A atividade física adequada e indicada para idosos deve incluir exercícios aeróbicos, de fortalecimento muscular e exercícios de flexibilidade (Damanti et al., 2019).

Como se pode verificar, são vários os benefícios inerentes à prática de exercício físico tais como composição corporal adequada, melhoria da flexibilidade, manutenção e/ou aumento da força muscular, aumento da resistência cardiopulmonar e também melhoria no estado de humor e na qualidade de sono. Alias, alguns estudos demonstram que a prevalência de distúrbios do sono em idosos é bastante alta, em torno de 67%. Os idosos relatam, com frequência, dificuldade em adormecer. A qualidade do sono é uma condição na qual o sono experienciado por um indivíduo produz vigor e revitalização ao acordar do sono. A qualidade do sono inclui aspetos quantitativos do sono, como duração, retenção do sono, e aspetos subjetivos, como sono profundo e repouso. As alterações nos padrões de sono em idosos são causadas por alterações fisiológicas no sistema nervoso resultando na diminuição da função dos neurotransmissores no sistema nervoso. Em pesquisas sobre distúrbios do sono foi descoberto que a falta de atividade física influencia negativamente o sono e vice-versa (Ismahmudi & Fakhrurizal, 2020). Aliás, a associação entre insónia e diminuição da qualidade de vida é mais ilustre em adultos idosos. Os distúrbios do sono afetam o metabolismo, causando aumento de peso e promovendo simultaneamente uma diminuição da imunidade levando assim ao surgimento de algumas patologias, tais como hipertensão arterial, diabetes, cancro e depressão (Silva et al., 2022).

Tal como em outros órgãos, o cérebro também envelhece com o decorrer dos anos. O cérebro apresenta uma grande capacidade plástica permitindo adaptar-se a perdas funcionais localizadas. A perda de neurónios, a diminuição das arborizações dendríticas, das enzimas e dos recetores da neurotransmissão surgem em partes particulares do cérebro. A perda de neurónios parece ser insubstituível, mas o aumento do crescimento das ramificações dendríticas, de alguns neurónios do córtex cerebral e do hipocampo, a plasticidade sináptica e dendrítica podem compensar a sua perda. Há, também, uma redução do débito sanguíneo em cerca de 10 a 35%. A nível químico há modificação da síntese e libertação dos neurotransmissores tal como dos recetores. A membrana celular sofre alterações. Surge diminuição de algumas proteínas, enzimas, lípidos e neurotransmissores do cérebro, conjuntamente com a diminuição do peso. A diminuição da síntese e libertação do neurotransmissor acetilcolina leva a alterações intelectuais inclusive da memória, podendo interferir com a alimentação. A baixa da serotonina pode estar relacionada com o aumento da depressão, levando à diminuição da ingestão alimentar. A demência pode levar à incompetência em se alimentar, ao esquecimento e à incapacidade de reconhecer a necessidade de ingerir alimentos e a comportamentos anormais tais como ficar com a comida na boca. O tratamento da depressão é uma das formas mais eficazes de melhorar o peso. Sempre que possível, deve promover-se a ingestão de alimentos sólidos. A consistência mais dura dos alimentos, ao promover a mastigação, estimula a função cerebral. Pensa-se existir uma relação entre a mastigação de alimentos consistentes e a diminuição de sintomas da doença de Alzheimer. A mastigação pode influenciar a memória e melhorar a aprendizagem. A consistência deve ser adaptada às capacidades do idoso, mas, sempre que possível, devem privilegiar-se os alimentos sólidos. Os idosos, com alterações cognitivas tornam-se mais distraídos, mais lentos, durante as refeições, e mais dependentes para se alimentarem. Constata-se uma perda de peso nos idosos com demências. Nos doentes com Alzheimer esta perda é mais intensa. A etiologia é multifatorial. Estudos demonstraram que mesmo que estes doentes ingiram mais proteínas, hidratos de carbono e lípidos o peso continua a ser menor. Pensa-se que esta diminuição pode ser devido a alterações na absorção dos nutrientes e alterações metabólicas. Mesmo antes do diagnóstico da doença de Alzheimer, a perda de peso e a sarcopenia já estão presentes. Os doentes desnutridos têm piores capacidades

cognitivas e risco aumentado de mortalidade. Os doentes obesos também apresentam maior declínio cognitivo, possivelmente devido às alterações vasculares, provocadas pelo aumento de gordura. Nos doentes com excesso de peso há uma alteração na composição corporal, com aumento da massa gorda em relação à massa muscular (Melo, 2015).

Quando se trata de idosos, constata-se que a visão que o mesmo possui em relação à sua saúde favorece o prolongamento de sua vida e auxilia na busca cada vez mais por uma melhor qualidade de vida. A qualidade de vida, desse modo, tem sido motivo de incessante preocupação desde o início da existência humana, pois, envelhecer de forma saudável se constitui num compromisso individual na busca contínua de uma vida melhor e desenvolvida, que está diretamente ligado ao estado de saúde, local onde se habita, educação, lazer, transporte, independência, trabalho, autoestima, entre outros. Dessa forma, entende-se que a qualidade de vida é algo inerente ao sujeito e que se baseia na percepção que uma pessoa tem sobre si mesmo. Ressalta-se que, características sociais, capacidade locomotora, qualidade do sono, ter uma boa saúde, fatores emocionais, de entre outros, influenciam de forma positiva na qualidade de vida de pessoas da terceira idade. Assim, melhorando condições que podem não ser favoráveis para uma velhice saudável, é possível minimizar as taxas de mortalidade precoce na velhice e a existência de doenças, favorecendo o envelhecimento com mais qualidade de vida (Barboza, 2021).

Assim, o objetivo geral deste estudo foi o de desenvolver um estudo clínico que aplique um programa holístico e integrador, em áreas que contribuam para a manutenção da melhoria do estado nutricional de um adulto sénior – o exercício físico e a alimentação, avaliar qual o impacto que o programa proposto pode ter na quantidade e função da massa muscular, mas também na qualidade do sono e no estado emocional/psicológico/cognitivo. Como objetivos específicos o estudo pretendeu avaliar o impacto que o programa multimodal exerceu:

- i. no aumento da massa magra ou melhoria da função do músculo;
- ii. na melhoria da locomoção e grau de mobilidade;
- iii. na melhoria da relação entre utente e alimentação;
- iv. na melhoria da qualidade do sono;
- v. na melhoria do estado de saúde mental cognitivo e emocional.

Métodos

Este estudo prospetivo observacional realizou-se num lar de idosos da Ilha Terceira, Açores, como parte integrante de um estudo mais abrangente, com início em janeiro de 2023 e término previsto para novembro de 2023, aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa. A amostra é constituída por 33 utentes institucionalizadas num Lar de Idosos, todas do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 65 e os 100 anos. Foram excluídas da participação as utentes que apresentavam idade inferior a 65 anos e as que estavam acamadas, ou em estado vegetativo. Assim, a população-alvo foram as utentes idosas de sexo feminino admitidas nesta instituição e que pretendessem voluntariamente participar no estudo, ou que estivessem autorizadas pela família, ou pelo enfermeiro coordenador a participar. Os dados foram tratados estatisticamente em IBM SPSS Statistics para Windows, versão 23.0 (SPSS Inc., Armonk, NY, USA) e Microsoft® Excel nas análises efetuadas e também a plataforma *Nutrium* de forma a analisar individualmente os dados de cada utente. O estudo recolheu dados pessoais, clínicos e dietéticos e essa recolha dividiu-se em dois momentos: o primeiro foi realizado no início do estudo e o segundo momento será realizado no final, após a realização de atividades, passadas 12 semanas. Para tal foram aplicados instrumentos de avaliação de risco nutricional, nomeadamente MNA (*Mini Nutritional Assessment*®), uma vez que é uma ferramenta validada para avaliar o risco nutricional de idosos (Verbrugghe et al., 2013), de avaliação do estado nutricional, nomeadamente *Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA), assim como realização de um exame físico e avaliação antropométrica - peso, altura (foi utilizada a altura presente no cartão de cidadão), IMC (Índice de Massa Corporal) categorizado para idosos (Lipschitz, 1994); da aferição da composição corporal através da medição do PB (Perímetro do Braço), do PP (Perímetro da Perna) e da PCT (Prega Cutânea Tricipital) incorporados em equações preditivas ou tabelas de percentil, aferindo-se assim a quantidade de massa gorda e massa isenta de gordura. Foi também necessário fazer o levantamento da história alimentar assim como ter acesso aos dados analíticos e do processo clínico dos participantes do estudo. Além do referido também foi aplicado um questionário para avaliar o estado mental, o *Mini Mental State Examination* (MMSE). Adicionalmente, foram também aplicados um Questionário

Sociodemográfico, um Modelo de Questionário de Flow, o *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) e o Questionário da Qualidade da Vida (WHOQOL-Bref). Quanto à avaliação do estado nutricional, foi aplicado um questionário semiestruturado contruído e tendo por base o “Guia Orientador “Intervenção do nutricionista em estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas “(Ordem dos Nutricionistas, 2021). Para complementar, também foram recolhidas várias informações clínicas sobre as utentes, nomeadamente: se existe ou não a toma de fármacos modificadores do apetite, presença de alterações neuropsicológicas (depressão, demência), avaliação da capacidade funcional, avaliação da dimensão social, avaliação e caracterização da função muscular através da aplicação do questionário SARC-F e de dinamometria (p. ex. força preensão palmar) e performance física (p. ex. velocidade da marcha), presença de dificuldades de mastigação e/ou deglutição, a presença de problemas gastrointestinais, e a análise e monitorização de dados bioquímicos de forma a ver a evolução dos mesmos ao longo do tempo. Na avaliação bioquímica, o parâmetro utilizado mais frequentemente é a albumina, considerando-se a possibilidade de presença de desnutrição quando os seus níveis séricos são inferiores a 35 g/dL. Todavia, será necessária a definição de um painel analítico com parâmetros hematológicos, perfil lipídico, perfil glicídico, com monitorização da função renal e hepática, e parâmetros inflamatórios. Paralelamente, será importante ter em conta a concentração sérica de homocisteína, folatos, vitamina B12 e vitamina D. Após esta avaliação, seguiu-se a elaboração de um diagnóstico nutricional individual. Segundo a *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN), a avaliação do estado nutricional poderá culminar no diagnóstico das seguintes patologias: excesso de peso, deficiências de micronutrientes, sarcopenia e síndrome de fragilidade, desnutrição e síndrome de re-feeding. De acordo com os critérios da *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM), a presença de desnutrição é diagnosticada quando se verifica a presença de, pelo menos, um critério fenotípico e um critério etiológico. Após o diagnóstico de desnutrição, esta poderá ser classificada segundo a sua gravidade, através da presença de pelo menos um critério fenotípico (Ordem dos Nutricionistas, 2021).

Além da recolha e cálculo de vários dados, também foi planeada uma intervenção nutricional, a qual está atualmente a ser implementada e que é composta por várias etapas:

- Primeiramente, procedeu-se ao cálculo das necessidades energéticas (no caso das utentes que não era possível calcular as NE com o peso atual, foi utilizado o peso de referência);
- Fez-se a planificação de atividades físicas, lúdicas, cognitivas e emocionais para realizar com as utentes;
- Fez-se um ajuste proteico para entre 1,2-1,5 g/kg de peso corporal/dia, e se necessário, atingir o máximo de 2,0 g/kg de peso corporal/dia (de acordo com as quantidades adequadas, segundo a faixa etária e as patologias existentes de cada participante), essa proteína será proveniente de alimentos ou em forma de suplementos, sendo que é de extrema importância que a quantidade fornecida seja ingerida na totalidade em todas as refeições e todos os dias.

As atividades de carácter físico, lúdico, cognitivo e emocional, e também as atividades de educação alimentar desenvolvidas com os participantes tiveram início no final de abril e terminaram no final de julho, tendo uma duração de 12 semanas. Após essas 12 semanas de atividades serão aplicados os questionários, num segundo momento pós intervenção, de forma a compararem-se os resultados obtidos entre o primeiro momento pré intervenção e o segundo momento, pós intervenção; paralelamente também se procederá a uma avaliação do estado nutricional e impacto no sono, na qualidade de vida, na capacidade funcional e também no humor. Assim, tendo em conta os objetivos propostos e tendo em conta os resultados obtidos na primeira fase deste estudo (antes do desenvolvimento das atividades):

- No que diz respeito à massa magra e/ou função do músculo, pretende-se avaliar esse objetivo utilizando a ferramenta SARC-F;
- Relativamente à locomoção e grau de mobilidade e também da qualidade de sono, pretende-se avaliar através do autorrelato;
- Quanto à qualidade do sono, a avaliação será feita através do autorrelato;
- Na relação entre utente e alimentação, através do PG-SGA e também através do exame físico e diagnóstico nutricional;

- Quanto ao estado de saúde mental cognitivo e emocional, este objetivo será avaliado através da aplicação do Mini Mental e de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e de outro Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref).

Resultados

Os dados foram analisados com procedimentos da Estatística Descritiva, com base em medidas de tendência central, de localização e de dispersão, dependendo da natureza das variáveis. Foram representadas graficamente as distribuições de indicadores relevantes. Fez-se a avaliação do risco e do estado nutricional, através da recolha de dados antropométricos, nomeadamente peso, altura e cálculo do IMC e aplicou-se o MNA - *Mini Nutritional Assessment*, avaliou-se também a capacidade funcional, o risco de sarcopenia através da aplicação do questionário SARC-F e da realização da dinamometria, a saúde mental através da aplicação do MMSE - *Mini Mental State Examination* e aplicaram-se questionários de qualidade e satisfação com a vida. Quanto aos resultados obtidos, no que diz respeito à avaliação do risco nutricional, foi aplicado o MNA e constatou-se que:

- 15,2% (n=5) das utentes obtiveram um score no MNA que corresponde a “desnutrição”, 48,5% (n=16) das utentes obtiveram um score no MNA que corresponde a “sob risco de desnutrição” e 36,3% (n=12) das utentes obtiveram um score no MNA que corresponde a “estado nutricional normal”.

Figura 4

Distribuição das frequências da pontuação de MNA

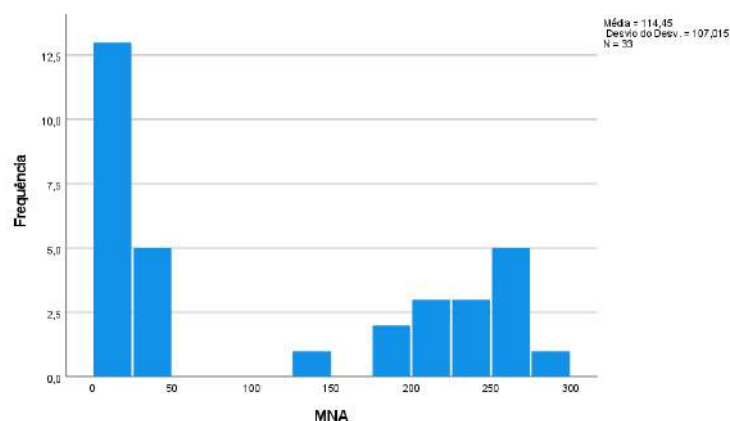
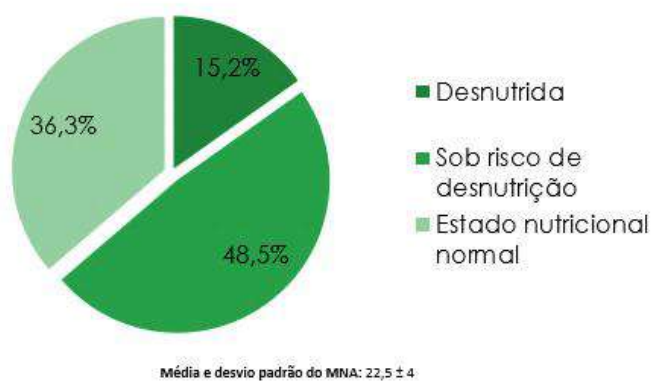


Figura 5

Distribuição das classificações do estado nutricional das utentes



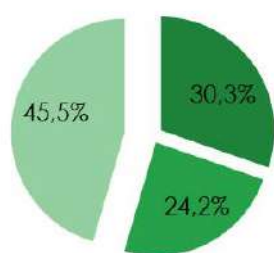
Quanto à avaliação do estado nutricional, um dos indicadores utilizados foi o IMC, e foi utilizada a classificação para a população idosa proposta por Lipshitz, sendo que:

- 30,3% (n=10) das utentes obtiveram IMC <22, classificado como magreza, 24,2% (n=8) das utentes obtiveram IMC 22 – 27, classificado como eutrofia e 45,5% (n=15) das utentes obtiveram IMC > 27, classificado como excesso de peso.

Figura 6

Distribuição do IMC das utentes

■ IMC <22kg/m² ■ IMC 22 - 27kg/m² ■ IMC > 27kg/m²



Média e desvio padrão do IMC: 26,2 ± 7,4

Relativamente ao peso, foi possível obter o peso real de 72,7% (n=24) das utentes e de 27,3% (n=9) o peso foi estimado.

Avaliou-se também a função muscular através do SARC-F e da dinamometria, e verificou-se que:

- 79% das utentes (n=26) em que foi aplicado o questionário SARC-F obtiveram pontuação ≥ 4 pontos, indicador para a existência de sarcopenia que por sua vez indica desnutrição.

Na avaliação da preensão palmar pela dinamometria verificou-se que as utentes que obtiveram valores inferiores aos valores normativos do Percentil 10 para a respetiva faixa etária estão desnutridas, assim sendo, as utentes foram distribuídas por intervalos de idade e depois verificou-se quantas utentes estavam abaixo do valor normativo do percentil 10 para cada intervalo de idade, sendo que:

- das 4 utentes na faixa etária do 60 aos 69 anos, todas estão abaixo do valor normativo do P10 (valor normativo =14), das 7 utentes na faixa etária do 70 aos 79 anos, 5 estão abaixo do valor normativo no P10 (valor normativo =12) e das 22 utentes na faixa etária acima dos 80 anos, 16 estão abaixo do valor normativo no P10 (valor normativo =10).

Figura 7

Avaliação da preensão palmar pela dinamometria

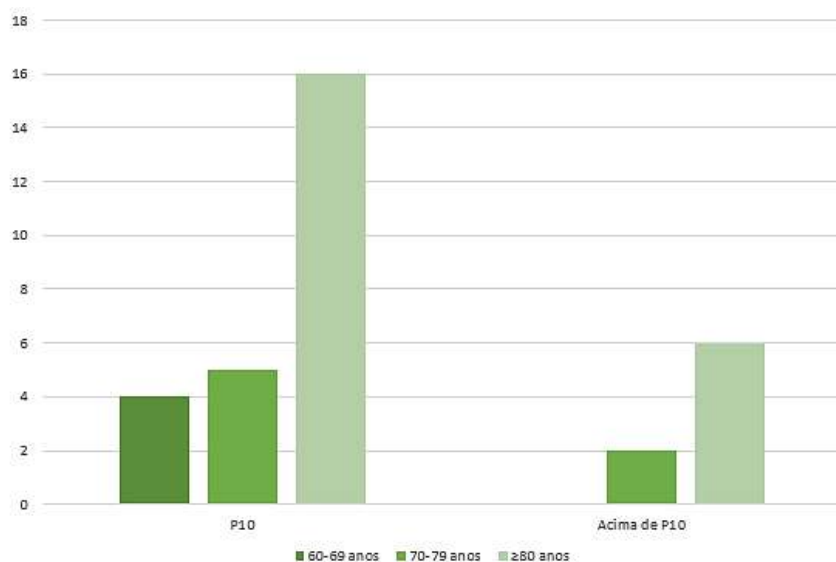
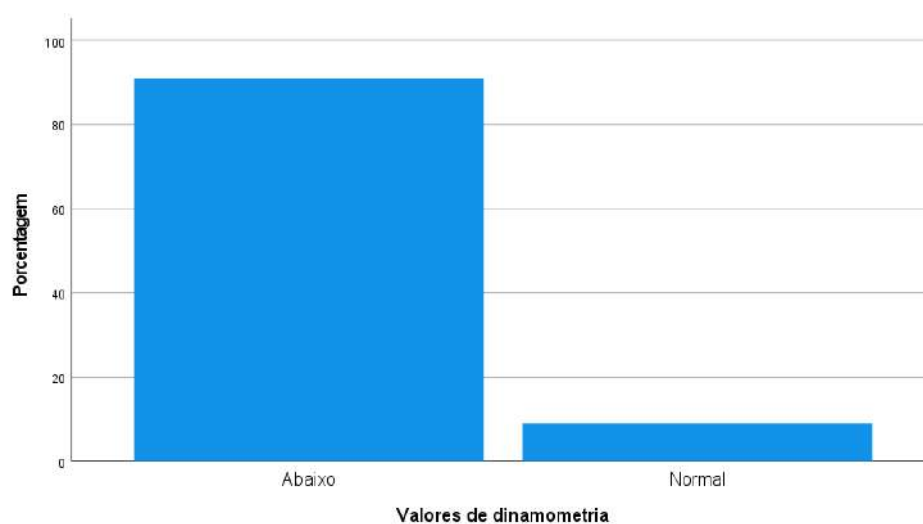


Figura 8

Distribuição dos valores de dinamometria

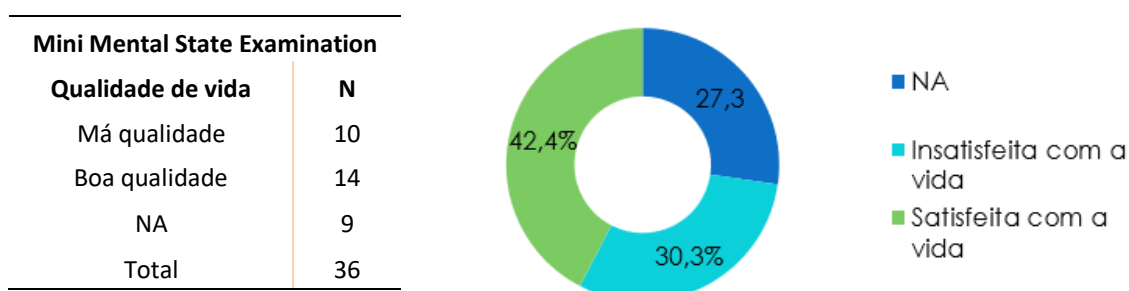


Quanto à relação entre a satisfação com a qualidade de vida e o score do MMSE:

- 42,4% (n=14) das inquiridas estão satisfeitas com a sua qualidade de vida, 30,3% (n=10) estão insatisfeitas com a sua qualidade de vida e a 27,3% (n=9) das utentes não foi aplicado o questionário por não estarem suficientemente orientadas para responder.

Figura 9

Distribuição da satisfação com a vida das utentes



Assim, do total de inquiridas que afirmaram estar satisfeitas (n=14), 14% obtiveram um score baixo no Mini Mental (≤ 15 P), 36% obtiveram um score médio (≤ 22 P) e 50% obtiveram um score alto (> 22 P). Quanto ao total de inquiridas que afirmaram estar insatisfeitas (n=10), 10% obtiveram um score baixo no Mini Mental (≤ 15 P), 40% obtiveram um score médio (≤ 22 P) e 50% obtiveram um score alto (> 22 P).

Em suma, os resultados mostram que 30,3% (n=10) das mulheres pontuaram com pouca ou nenhuma qualidade de vida e satisfação com a vida, o MNA classificou 63,7% (n=21) de mulheres em risco de desnutrição/desnutridas, 10 mulheres (30,3%) tiveram IMC sugestivo de magreza (< 22 kg/m²) e a dinamometria (percentil $<10\%$) identificou 75,8% (n=25) em risco de desnutrição/desnutridas. Ou seja, podemos afirmar que existem associações positivas significativas com a dinamometria, o baixo IMC, um score mais baixo no MNA e uma baixa pontuação no MNSE e SARC-F e que a maioria das utentes está em risco de desnutrição/desnutrida, segundo os valores do MNA, SARC-F e dinamometria e que quase 1/3 das utentes tem IMC < 22 kg/m² (classificada como magreza). As utentes que estão em risco nutricional e/ou desnutridas têm perceção da sua qualidade de vida e pontuação cognitiva mais baixa, o que está associado a mais sarcopenia, e pior estado nutricional. Quanto pior estado nutricional, maior a detioração do estado físico e mental, formando-se uma bola de neve. Apesar de todo o conhecimento e esforços mantém-se a necessidade de rastrear e intervir

atempadamente nesta população e ao desenvolver este projeto, pretendo contribuir para a manutenção e a melhoria do estado nutricional destas utentes, através do exercício físico e da alimentação e tentar que haja impacto positivo na quantidade e função da massa muscular, mas também no estado emocional/psicológico/cognitivo.

Discussão

A sarcopenia pode afetar seriamente a qualidade de vida dos indivíduos, contudo, até à data, não existe um medicamento específico para o seu tratamento, contudo é possível diminuir os seus efeitos nefastos através da realização de exercício físico adequada e de uma correta alimentação enriquecida em proteína. A literatura sugere quantidades diárias de 1,0-1,2 g/kg de peso corporal de proteína para idosos saudáveis. Em caso de doença, como por exemplo, inflamações, infeções, feridas, as necessidades deste macronutriente podem aumentar. No entanto, ainda não é consensual quanto deve ser esse aumento. No caso de idosos doentes que apresentem doença aguda, ou crónica, e que também apresentem fragilidade, as quantidades proteicas diárias preconizadas são entre 1,2-1,5 g/kg de peso corporal. Quanto a idosos com doença grave, lesão ou desnutrição, a quantidade máxima de proteína diária deve ser 2,0 g/kg de peso corporal. Até que mais evidências estejam disponíveis, preconiza-se a ingestão proteica de pelo menos 1,0 g/kg de peso corporal diária para todos os idosos, particularmente naqueles em risco de desnutrição, por exemplo, pessoas frágeis e com comorbilidades, cuja ingestão é muitas vezes muito abaixo dessa quantidade e também para idosos em que o objetivo seja o crescimento muscular com exercício de força, reversão de desnutrição, regeneração de tecidos ou cicatrização de feridas e para demandas metabólicas aumentadas em caso de doença crítica (Volkert et al., 2022).

Quanto ao exercício físico, a influência do exercício físico na qualidade de vida de idosos em diferentes contextos socio-comportamentais afirmaram que a prática de exercício físico além de combater o sedentarismo se torna uma atividade prazerosa e melhora o convívio social dos idosos por promover um ambiente de descontração e bem-estar e, consequentemente, melhora a qualidade de vida dos mesmos, sendo evidenciada pelo resultado da dimensão Relações Sociais do WHOQOL. O exercício físico pode ser visto como um aliado de grande importância para prevenir a depressão, aumentar a autoestima e promover a integração social (Oliveira et al., 2020).

Presles e Solano (2008) enfatizam que o exercício é um agente muito útil no que se

refere “ao combate ao stress”. E Lexell, Robertson (2009), apud Thiebault e Sprumont (2009) revelam que “a prática de exercício físico é salutar porque permite conservar a densidade óssea e retardar a perda de fosfato de cálcio” (Oliveira et al., 2020).

Barros e Souza (2012) relatam que o treino de musculação intercalando musculaturas (anteriores e posteriores) de membros inferiores, executado duas vezes na semana, tornando a atividade regular, aumenta a força muscular, melhora a qualidade de vida, autonomia e independência do idoso. Além disso, na terceira idade, a musculação tem por objetivo aumentar a massa muscular, a densidade óssea, aperfeiçoando o desempenho relacionado a força, melhorando a condição funcional do aluno, fazendo com que ele realize os esforços da vida diária com mais segurança, disposição e facilidade (Oliveira et al., 2020).

Segundo Nieman (1999), o treinamento de força (TF) é um método efetivo para o desenvolvimento do componente musculoesquelético, além de influenciar na velocidade, equilíbrio, coordenação motora e flexibilidade. Um TF quando apropriadamente prescrito e supervisionado, tem efeitos favoráveis sobre a força e resistência muscular, função cardiovascular, metabolismo, fatores de riscos coronarianos e na sensação psicossocial de bem-estar (Oliveira et al., 2020).

Conclusão

Uma correta nutrição nesta fase do ciclo de vida pode influenciar positivamente quer o estado nutricional, quer o bem-estar físico, cognitivo e emocional, as conclusões que podemos tirar é que a alimentação é uma parte fundamental da vida de qualquer ser humano e que desempenha um papel importantíssimo não só na manutenção de um estado holístico de saúde, ou seja, física e mental, mas também contribui para o atraso do desenvolvimento de determinadas patologias cognitivas e emocionais, sendo neste sentido importante haver mais estudos que possam sublinhar cada vez mais a importância da alimentação para a saúde dos idosos de forma holística.

Referências Bibliográficas

Barboza, A. L. de S. (2021). *Sarcopenia em idosos, alimentação e exercício físico: uma revisão narrativa governador mangabeira-ba 2021*.

Cardoso, E. I. M., & Rito, A. (2007). *Avaliação do Estado Nutricional de Idosos*

- Institucionalizados, Estudo de caso - Avaliação de Intervenção*. Universidade do Porto.
- Cruz-Jentoft, A. J., Kiesswetter, E., Drey, M., & Sieber, C. C. (2017). Nutrition, frailty, and sarcopenia. *Aging Clinical and Experimental Research*, 29(1), 43–48. <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0709-0>
- Damanti, S., Azzolino, D., Roncaglione, C., Arosio, B., Rossi, P., & Cesari, M. (2019). Efficacy of nutritional interventions as stand-alone or synergistic treatments with exercise for the management of sarcopenia. *Nutrients*, 11(9), 20–27. <https://doi.org/10.3390/nu11091991>
- Galati, P. C., Vicentini, F. C., & Toledo, G. C. G. (2018). Caracterização do estado nutricional de idosos acamados atendidos em unidades de Estratégias de Saúde da Família no município de Batatais – SP. *Revista Da Associação Brasileira de Nutrição*, 9(2), 111–117.
- Ismahmudi, R., & Fakhrurizal, A. A. (2020). Relationship between Active Physical Exercise And Sleep Quality With Physical Fatigue in Elderly. *South East Asia Nursing Research*, 2(1), 11. <https://doi.org/10.26714/SEANR.2.1.2020.11-15>
- Lipschitz, D. (1994). Screening for nutritional status in the older. *Primary Care Clinics in Office Practice*, 21(1):55-67.
- Loureiro, M. H. V. S. (2008). *Validação do “Mini -Nutricional Assessement” em idosos*. Universidade de Coimbra.
- Melo, M. M. da C. e S. (2015). *Avaliação do Estado Nutricional de Idosos Institucionalizados no Distrito de Braga*. Universidade Católica Portuguesa.
- Oliveira, J. C., Vinhas, W., & Rabello, L. G. (2020). Benefícios do exercício físico regular para idosos. *Brazilian Journal of Development*, 6(3), 15496–15504. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-429>
- Ordem dos Nutricionistas. (2021). Guia Orientador “Intervenção do nutricionista em estabelecimentos de apoio social para pessoas idosas”. *GO 01/2021, Versão 01*.
- Rosenberg, I. H. (1997). Sarcopenia: Origins and Clinical Relevance. *The Journal of Nutrition*, 127(5), 990S-991S. <https://doi.org/10.1093/jn/127.5.990S>
- Sakashita, V. M. M., & Nascimento, M. de L. do. (2011). Úlcera por pressão em idosos: a importância do manejo nutricional no tratamento. In *Geriatrics & Gerontologia* (Vol. 5, Issue 4).

- Silva, V. P. O., Silva, M. P. O., Silva, V. L. de S., Mantovani, D. B. C., Mittelman, J. V., Oliveira, J. V. V., Pessoa, J. P. de L., Chaves, Y. L., Haddad, M. P., Andrielli, O., Bento, V. L., Dourado, M. L. C., & Melo, H. M. de A. (2022). Effect of Physical Exercise on Sleep Quality in Elderly Adults: A Systematic Review with a Meta-Analysis of Controlled and Randomized Studies. *Journal of Ageing and Longevity*, 2(2), 85–97. <https://doi.org/10.3390/JAL2020008>
- Souza, W. C. De, Paulo, L., Mascarenhas, G., Grzelczak, M. T., Souza, W. B. De, & Talentos, P. D. E. (2015). Exercício físico na promoção da saúde na terceira idade. *Saúde & Meio Ambiente*, 4, 55–65.
- Verbrugghe, M., Beeckman, D., Van Hecke, A., Vanderwee, K., Van Herck, K., Clays, E., Bocquaert, I., Derycke, H., Geurden, B., & Verhaeghe, S. (2013). Malnutrition and associated factors in nursing home residents: A cross-sectional, multi-centre study. *Clinical Nutrition*, 32(3), 438–443. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.09.008>
- Volkert, D. (2011). The role of nutrition in the prevention of sarcopenia. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 161(17–18), 409–415. <https://doi.org/10.1007/s10354-011-0910-x>
- Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 41(4), 958–989. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024>

Financiamento

This work was supported by National Funds from FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia through project UIDB/50016/2020.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Doação de órgãos no Brasil:
Contribuições da população entre os anos de 2020 e 2022

Título resumido do manuscrito: Doação de órgãos no Brasil

Maria Eduarda Silva do Nascimento

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem em
Nefrologia – NEPEN | maria.nascimento.016@ufrn.edu.br
ORCID: 0000-0001-5578-5413

Angelo Maximo Soares de Araujo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano | angelomaximojunior@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-1742-2205

Rita de Cássia Azevedo Constantino

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano, e Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Nefrologia |
rcconstantino06@gmail.com
ORCID: 0000-0002-5210-726X

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida
do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | mayaraaraujonutri@gmail.com.
ORCID: 0000-0002-0611-2949

Allyne Costa Siqueira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano
allynecosta1995@gmail.com
ORCID: 0009-0009-7475-3797

Zamir Vidal de Negreiros Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento

Humano | zamirvnf@gmail.com

ORCID: 0009-0003-1067-8421

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) de Lisboa | Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio -

FIOCRUZ RJ | Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) | EPSJV - FIOCRUZ/RJ | Academia

Norte Rio-grandense de Odontologia | UFPR | UFRGS | Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do

Norte | renatagalvaodiniz@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4963-3653

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) | Departamento de Saúde Coletiva (UFRN) |
Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano | Programa de Pós-graduação em Gestão
da Qualidade dos Serviços de Saúde | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde,

Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha

vilani.nunes@ufrn.br

ORCID: 0000-0002-9547-0093

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Departamento de Enfermagem | Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde |
Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso:

Brasil, Portugal e Espanha | ana.elza.mendonca@ufrn.br

ORCID: 0000-0001-9015-211X.

Resumo

A doação de órgãos pode ser realizada em vida no caso de órgãos duplos ou após morte encefálica. O transplante visa restabelecer as funções orgânicas em pessoas que apresentam comprometimento, declínio ou paralisação de um órgão. O Brasil é considerado o segundo maior país em número de transplantes do mundo e conta com um sistema público de saúde integral e gratuito que garante a realização de exames preparatórios, cirurgia e acompanhamento ambulatorial pós-transplante. Contudo, o número de doadores é inferior à demanda, o que justifica a utilização de órgãos de

peessoas idosas, com a premissa de beneficiar o recetor. Este estudo deteve como objetivo identificar a contribuição das pessoas idosas para a realização de transplantes de órgãos no Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e abordagem quantitativa, realizado em fevereiro de 2023, a partir de dados secundários publicados de janeiro/2020 a dezembro/2022 pela Associação Brasileira de Transplantes. Identificou-se a realização de 9.043 transplantes de órgãos sólidos no triênio, dos quais 1.260 com doações de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, dos quais 404 (12,0%) em 2020, 394 (12%) em 2021 e 462 (13,0%) em 2022. O aumento da expectativa de vida da população brasileira e das condições sanitárias vem consolidando a inclusão de pessoas idosas como doadoras efetivas de órgãos no Brasil. Essa contribuição favorece a redução do tempo de permanência na fila de espera por um órgão, amplia as chances de sobrevivência e melhora a qualidade de vida de quem necessita de transplante de órgãos.

Palavras-chave: pessoas idosas; transplante de órgãos; doação de órgãos.

Introdução

O progresso tecnológico e a conscientização da população têm desempenhado papéis cruciais no notável aumento da taxa de doação de órgãos no Brasil. A doação é definida como o procedimento de retirada de órgãos e/ou tecidos (OT) de um doador efetivo para um receptor compatível (Souza et al., 2020). A realização dos diferentes tipos de transplantes pode ser realizada através de doação em vida, aplicável a órgãos duplos, e após morte encefálica (Brasil, 2017).

Acresce-se que esse tipo de intervenção visa restaurar as funções orgânicas em indivíduos que enfrentam comprometimento, declínio ou a completa falência de um órgão, muitas vezes representando a única alternativa viável para a manutenção da vida (Figueiredo et al., 2020; Santos et al., 2021).

No cenário mundial, a ocorrência de transplantes de órgãos sofreu redução importante em virtude do estadiamento do cenário pandêmico ocasionado pela pandemia da COVID-19. Nesse sentido, enquanto alguns países suspenderam completamente os programas de transplante, o Brasil manteve aproximadamente 60% dos procedimentos,

garantindo a continuidade da doação de órgãos com medidas adequadas de segurança para equipes, candidatos e pacientes transplantados (Brasil, 2022).

O Brasil realizou entre 2020 e 2022 aproximadamente 45,5 mil transplantes de órgãos e configura-se como referência mundial nessa modalidade de procedimentos por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual é responsável pela regulação, captação e logística de órgãos, tecidos e células do corpo humano (Brasil, 2022; Santos, Silva, Pessanha, Silva, Santos & Palermo, 2022). O SUS desempenha um papel crucial no financiamento da maioria dos transplantes no país, centralizando informações sobre doadores e indivíduos na fila de espera por um órgão doado (Soares *et al.*, 2020).

O Ministério da Saúde (MS) no ano de 2017, regulamentou o Decreto nº 9.175 que institui o Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Dentre os órgãos que integram a rede, encontram-se as Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios; as Centrais Estaduais de Transplantes (CET); a Central Nacional de Transplantes (CNT); os serviços especializados integrantes da rede de procura e preservação de órgãos e tecidos humanos; instituições de saúde e equipes profissionais especializadas e a rede de serviços específicos para a realização de transplantes (Brasil, 2017).

Apesar do crescimento no número de potenciais doadores nos últimos anos, a lista de espera por órgãos continua desafiadora, com uma demanda que supera significativamente a disponibilidade de órgãos para transplantes (Bertasi *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2021). De entre os fatores identificados na literatura como problemas cruciais no contexto do transplante de órgãos, destacam-se a recusa familiar, contraindicação médica e a ocorrência de parada cardiorrespiratória (Bertasi *et al.*, 2019).

A falta de intervenções em educação em saúde e a falta de conscientização em massa entre pessoas idosas sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) atuam como fatores limitantes para o exercício desses direitos por esse grupo populacional acerca da doação de órgão e tecidos (Vanzella *et al.*, 2023). Nessa perspectiva, o aumento progressivo da longevidade requer a atualização do conhecimento científico de profissionais, centros acadêmicos e estabelecimentos de saúde, bem como uma reorganização do modelo assistencial atual, com foco na promoção da saúde e na prevenção de agravos relacionados à incidência de síndromes geriátricas (Vanzella *et al.*, 2023; Veras, 2020).

A elaboração desse estudo emerge da necessidade de compreender e apresentar um panorama atualizado das contribuições da população idosa nas doações de órgãos no Brasil, com vistas a permitir que gestores e profissionais de saúde reconheçam a importância das contribuições da população idosa no processo de transplantes. Nesse sentido, o presente estudo objetivou-se a conhecer a contribuição das pessoas idosas para a realização de transplantes de órgãos no Brasil, entre os anos de 2020 a 2022.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e transversal, a partir de uma abordagem quantitativa com processo de amostragem por acessibilidade, sobre a contribuição das pessoas idosas para a realização de transplantes de órgãos no Brasil, entre os anos de 2020 a 2022.

A pesquisa epidemiológica descritiva é uma abordagem analítica que se concentra na investigação da distribuição e comportamento de uma determinada patologia ou condições de saúde que possam influenciar o curso do processo saúde-doença. Esse método de análise examina a incidência e/ou prevalência de uma condição com base nos dados disponíveis, considerando as características específicas da população em estudo (Lima-Costa; Barreto, 2003).

No contexto geral de estudos epidemiológicos, as informações podem ser obtidas a partir de fontes de dados primárias ou secundárias, sendo o segundo, escolhido para o escopo da presente pesquisa. Os dados apresentados constituem informações de domínio público do Registro de procedimentos de amputações de membros inferiores, sintetizados e organizados pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e divulgados pela Associação Brasileira de Transplantes (ABTO). Acresce-se que a obtenção das informações na ABTO deu-se nos dias 29 e 28 de junho de 2023 para a realização da análise.

Incluíram-se nos resultados todos transplantes de órgãos no Brasil realizados a partir de pessoas idosas e as seguintes variáveis utilizadas foram: ano do transplante (“2020”; “2021”; “2022”), gênero (“feminino e masculino”), faixa etária categorizada (“< 5 anos”; “6 anos a 17 anos”; “18 anos a 34 anos”; “35 anos a 64 anos”; “> 65 anos”); Grupo sanguíneo (“A; AB; B; O”).

Portanto, conforme indicado pela plataforma, o ano de 2022 representa o limite mais recente de registro completo com base nos dados disponíveis. Assim, a seleção desse período justifica-se como uma abordagem adequada para compreender abrangentemente o padrão de transplante de órgãos pela população idosa e o contexto em análise.

Para a análise de dados, a ferramenta escolhida foi o *software Microsoft Excel*, versão 2016, utilizado para o armazenamento, organização dos dados e apresentação dos resultados em tabelas. Cabe destacar que a pesquisa não demandou a aprovação do comitê de ética, uma vez que os dados utilizados foram oriundos de fontes de domínio público na construção dos resultados.

Resultados

Entre os anos de 2020 a 2022, no Brasil, houve um total de 10.043 doadores de órgãos registrados, sendo notável o predomínio do sexo masculino com aumento exponencial durante o período analisado, com ênfase ao ano de 2022, no qual foram registrados 2.133 (60,0%) doadores de órgãos.

Considerando as faixas etárias que caracterizam a população estudada, observou-se a maior concentração de doadores com idades entre 35 anos e 64 anos ao longo de todo o período de análise. No ano de 2022, essa faixa etária demonstrou uma predominância, com um total de 2.156 doadores efetivos, representando 61% do total.

Além disso, no contexto brasileiro, nota-se um aumento progressivo na contribuição da população idosa na doação de órgãos ao longo dos anos sob análise. Em 2021, identificou-se 404 (12%) indivíduos aptos para a doação, enquanto em 2022, observou-se um ligeiro acréscimo, totalizando 462 (13,0%).

Quanto à classificação dos grupos sanguíneos, destaca-se a notável predominância da tipagem sanguínea "O". No ano de 2020, essa categoria registrou 1.603 (48,0%) doadores e em 2021 a proporção manteve-se semelhante, com 1.538 doadores (48,0%). Por fim, em 2022, observou-se um aumento no número de transplantes realizados por indivíduos do grupo sanguíneo "O", totalizando 1.736 (49,0%) doadores. A segunda classificação sanguínea mais frequente foi a do tipo "A", o quantitativo trienal variou entre 1.179 (36,0%) e 1.241 (35,0%) no período analisado.

Em contraste, percebe-se que a classificação sanguínea do tipo “AB” foi a de menor frequência de notificações, com 123 (4,0%) casos em 2020, alcançando sua maior incidência no ano de 2022, com 167 (5,0%) doadores. Informações relativas a sexo, faixa etária, causa do óbito e grupo sanguíneo encontram-se elencadas na tabela 1, a seguir.

Tabela 1.
Caracterização dos doadores de órgãos no Brasil entre os anos de 2020 a 2022, conforme sexo, faixa etária, causa do óbito e grupo sanguíneo. Natal/RN, 2023.

CARACTERIZAÇÃO DOS DOADORES DE ÓRGÃOS		2020		2021		2022	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	1.930	58,0%	1.855	58,0%	2.133	60,0%
	Feminino	1.383	42,0%	1.348	42,0%	1.394	40,0%
Faixa Etária	< 5 anos	57	2,0%	51	2,0%	49	1,0%
	6 anos a 17 anos	157	5,0%	149	5,0%	139	4,0%
	18 anos a 34 anos	712	21,0%	650	20,0%	722	20,0%
	35 anos a 64 anos	1.983	60,0%	1.959	61,0%	2.156	61,0%
	> 65 anos	404	12,0%	394	12,0%	462	13,0%
	TOTAL	3.313	100,0%	3.203	100,0%	3.527	100,0%
Grupo sanguíneo	A	1.179	36,0%	1.179	37,0%	1.241	35,0%
	AB	123	4,0%	124	4,0%	167	5,0%
	B	408	12,0%	362	11,0%	407	11,0%
	O	1.603	48,0%	1538	48,0%	1.736	49,0%

Fonte: Autoria própria, 2023.

Discussão

Tendo em vista o contexto brasileiro da doação de órgãos, verificou-se que, mesmo com a inversão da pirâmide etária, o perfil predominante de doadores atualmente é de homens jovens (Bertasi et al., 2019). Por outro lado, a literatura revela que no Nordeste brasileiro, a média de idade manteve-se em torno de 50 anos, com predominância de indivíduos do sexo masculino como doadores efetivos no processo de transplantes de órgãos (Marinho et al., 2023; Monteiro et al., 2020).

A doação e o recebimento de órgãos a partir de indivíduos com idade avançada permeiam conceitos utilitaristas e promovem debates éticos. Tal fato justifica-se pela argumentação de que pessoas idosas apresentam menor sobrevivência e, por isso, pode ocasionar a necessidade de um novo transplante quando o receptor for um indivíduo jovem (Vianna, Rosaneli & Siqueira, 2021).

Um estudo retrospectivo realizado no Nordeste brasileiro no ano de 2019 evidenciou que a doação efetiva de órgãos normalmente é disponibilizada pelos filhos e companheiros dos doadores (Monteiro et al., 2020). Em contrapartida, um estudo realizado com 1.772 potenciais doadores revelou que em 42,8% dos casos houve recusa familiar para a realização da captação, destacando a necessidade de maiores intervenções com familiares sobre a importância do ato da doação (Bertasi et al., 2019). Dentre as negativas, destacam-se a falta de conhecimento sobre a intenção do potencial doador, a convicção anterior de não participar da doação e discordância familiar (Aranda et al., 2018). Acresce-se que a recusa familiar constitui umas das causas mais frequentes de impedimento de efetivação de transplantes de órgãos e tecidos (Silva & Pedrosa, 2021).

Por conseguinte, além do desconforto inicial frequentemente associado à primeira conversa sobre a doação de órgãos e da falta de conhecimento difundido sobre o assunto, é crucial ressaltar o papel vital dos idosos nesse contexto e as valiosas contribuições que podem oferecer. Nesse sentido, ressalta-se a importância de uma entrevista adequada e empática, com vistas a abordar a temática de forma delicada fornecendo informações adequadas sobre o processo de doação de órgãos (Fernández-Alonso, Palacios-Ceña, Silva-Martín & García-Poz, 2022).

Corroborando com os resultados obtidos, uma pesquisa evidenciou que a distribuição dos grupos sanguíneos dos doadores efetivos evidenciou uma maior prevalência entre aqueles pertencentes às classificações sanguíneas do tipo "O" e "A". Por outro lado, os indivíduos classificados no grupo "AB" demonstraram a menor frequência de doações de órgãos (Silva & Pedrosa, 2021).

Por conseguinte, o rastreio e monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis, melhora na qualidade de vida, incentivo e esclarecimentos sobre o processo de doação, desempenham um papel crucial na viabilização desses procedimentos. Essa necessidade se fundamenta na inversão da pirâmide etária e na crescente tendência de aumento de

possíveis doadores a partir da população idosa, muitos dos quais resultam de óbitos, especialmente devido a Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) (Assis *et al.*, 2023; Bertasi *et al.*, 2019).

A eficácia da doação de órgãos e tecidos para transplantes está intrinsecamente ligada à existência de uma rede de atenção à saúde altamente organizada e coordenada, que opera em estreita colaboração com profissionais especializados e comissões hospitalares em instituições de saúde com vistas a reduzir o tempo de espera na fila e aprimorar o processo de doação (Koerich *et al.*, 2019). Sendo assim, ressalta-se a importância de ampliar estratégias de conscientização e educação em saúde sobre a temática para fomentar a sensibilização de possíveis doadores efetivos (Monteiro *et al.*, 2020).

No contexto científico-assistencial, a enfermagem desempenha um papel fundamental e multifacetado, abrangendo diversas fases do processo de doação e transplante. Os enfermeiros desempenham um papel crucial na identificação e captação de indivíduos com morte encefálica, na comunicação sensível com as famílias, trabalhando em estreita colaboração com equipes médicas e coordenando atividades logísticas complexas para a captação e transporte seguros dos órgãos doados e dos respectivos receptores. Além disso, é importante destacar que a enfermagem desempenha um papel crucial na educação da comunidade, desmistificando equívocos e fomentando uma cultura de doação de órgãos (Fernández-Alonso *et al.*, 2022; Furtado *et al.*, 2021; Koerich *et al.*, 2019).

Como limitação, tem-se a escassez de estudos disponíveis na literatura vigente que tratassem especificamente das contribuições da população idosa em transplantes de órgãos.

Conclusão

Observou-se maior predominância de indivíduos jovens do sexo masculino, que apresentaram classificação sanguínea do tipo “A” ou “O”. O aumento da expectativa de vida da população brasileira e as melhorias nas condições sanitárias têm consolidado a inclusão de pessoas idosas como doadoras efetivas de órgãos no Brasil. Essa contribuição é de extrema relevância, uma vez que favorece a redução do tempo de

permanência na fila de espera por um órgão, amplia as chances de sobrevivência e melhora a qualidade de vida de quem necessita de transplante de órgãos ou tecidos. Nesse contexto, as esferas governamentais podem influenciar positivamente a cultura de doação no país através de estratégias educacionais e de conscientização de fácil entendimento que reforcem o impacto da participação de idosos na doação de órgãos. Somando-se a isso, a atuação da enfermagem desempenha um papel vital, tanto na identificação e suporte aos potenciais doadores, como na educação da comunidade sobre a importância da doação de órgãos em diferentes faixas etárias, com ênfase nas pessoas idosas.

Referências Bibliográficas

- Aranda, R. S., Zillmer, J. G. V., Gonçalves, K. D., Porto, A. R., Soares, E. R., & Geppert, A. K. (2018). Perfil e motivos de negativas de familiares para doação de órgãos e tecidos para transplante. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, e27560. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27560>
- Assis, P. C., Favoretto, C. K., Neto, G. B., & Gomes, C. E. (2023). Fatores associados à taxa de doação efetiva de órgãos sólidos por morte encefálica: uma análise espacial entre as Unidades Federativas do Brasil. *Estudos Econômicos (São Paulo)*, 53(2), 257-303. [ps://dx.doi.org/10.1590/1980-53575322pcgc](https://dx.doi.org/10.1590/1980-53575322pcgc)
- Bertasi, R. A. O., Bertasi, T. G. O., Reigada, C. P. H., Ricetto, E., Bonfim, K. O., Santos, L. A., Athayde, M. V. O., Pedrosa, R. B. S., Perales, S. R., Sardinha, L. A. C., Ataíde, E. C., Boin, I. F. S. F., & Hirano, E. S. (2019). Perfil dos potenciais doadores de órgãos e fatores relacionados à doação e a não doação de órgãos de uma Organização de Procura de Órgãos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 46(3):e20192180. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-201922180>
- Decreto nº 9175, de 18 de outubro de 2017. (2017). Regulamenta a Lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, para tratar da disposição de órgãos, tecidos, células e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/decreto/d9175.htm
- Fernández-Alonso, V., Palacios-Ceña, D., Silva-Martín, C., & García-Pozo, A. (2022). Experiência de famílias de doadores falecidos durante o processo de doação de

- órgãos: um estudo qualitativo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, eAPE039004334. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO004334>
- Figueiredo, C. A., Pergola-Marconato, A. M., & Saidel, M. G. B. (2020). Equipe de enfermagem na doação de órgãos: revisão integrativa de literatura. *Revista Bioética*, 28(1), 76–82. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281369>
- Furtado, L. B. S., Moraes Filho, I. M. M., Sousa, T. V., Roure, J. G. R., Lima, T. P., Arantes, A. A., Silva, R. M., Pereira, M. C., & Carvalho Filha, F. S. S. (2021). The role of the nurse in front of cases of brain death and donation of organs and tissues. *Research, Society and Development*, 10(2), e0110212422. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12422>
- Koerich, M., Nascimento, E. R. P., Lazzari, D. D., Perin, D. C., Becker, A., & Malfussi, L. B. H. (2021). Elementos facilitadores no processo de doação de órgãos na perspectiva dos profissionais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 23. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/63492/36435>
- Lima-Costa, M. F., & Barreto, S. M. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742003000400003>
- Marinho, C. L. A., Santana, J. R. C., Leite, A. M. C., Conceição, A. I. C. C., Simas, G. C. S., & Fernandes, F. E. C. V. (2023). Caracterização do processo de doação de órgãos em uma região do nordeste brasileiro. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (44). <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i44.46870>
- Ministério da Saúde. (2022). Brasil é o segundo maior transplantador de órgãos do mundo. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/brasil-e-o-segundo-maior-transplantador-de-orgaos-do-mundo#:~:text=Em%20todo%20o%20mundo%2C%20o,cerca%20de%2060%25%20dos%20procedimentos>
- Ministério da Saúde. (2022). Ministério da Saúde garante 90% dos transplantes de órgãos pelo SUS. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/ministerio-da-saude-garante-90-dos-transplantes-de-orgaos-pelo->

sus#:~:text=Em%202021%2C%20foram%20feitos%20mais,e%202.882%20de%20medula%20%C3%B3ssea

- Monteiro, E. T., Albuquerque, S. P., & Melo, R. S. (2020). Doação de órgãos e tecidos em hospital público de Pernambuco. *Revista Bioética*, 28(1), 69-75. Doi: 10.1590/1983-80422020281368
- Santos, A. R. F. R. M., Silva, L. N., Pessanha, M. B. A., Silva, L. N. da, Santos, C. M., & Palermo, T. A. C., (2022). CONTRIBUIÇÕES DO SUS PARA POPULAÇÃO BRASILEIRA: CAMINHOS E DESCAMINHOS NA LUTA PELO DIREITO UNIVERSAL À SAÚDE. *Biológicas & Saúde*, 12(41), 40-54. https://ojs3.perspectivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/2512/2373
- Santos, F. G. T., Mezzavila, V. A. M., Rodrigues, T. F. C. S., Cardoso, L. C. B., Silva, M., Oliveira, R. R., & Radovanovic, C. A. T. (2021). Trend of transplants and organ and tissue donations in Brazil: a time series analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), e20200058. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0058>
- Silva, B. S. F., & Pedrosa, R. B. S. (2021) EFICÁCIA DO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS NO ESTADO DE SÃO PAULO. XXIX Congresso de Iniciação Científica da UNICAMP. <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2021P19037A36503O5734.pdf>
- Soares, L. S. S., Brito, E. S., Magedanz, L., França, F. A., Araújo, W. N., & Galato, D. (2020). Transplantes de órgãos sólidos no Brasil: estudo descritivo sobre desigualdades na distribuição e acesso no território brasileiro, 2001-2017*. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(1)e2018512. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100014>
- Souza, C. C., Nascimento, E. K. K., Quadros, A., Dellanhese, A. P. F., Lysakowski, S., & Fernandes, M. T. C. (2020). Conhecimento da população brasileira acerca da doação de órgãos e tecidos para transplantes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 56, e4471. <https://doi.org/10.25248/reas.e4471.2020>
- Vanzella, G. S., Souza, I. C. D., Ferreira, J. C., Beltrame, V., Cetolin, S. F., & Bonamigo, E. L. (2023). Diretivas antecipadas de vontade na perspectiva da população idosa de um município do meio oeste catarinense. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 26, e230094. <http://dx.doi.org/10.1590/1981->

22562023026.230094.pt

Veras, R. (2020). A contemporary and innovative care model for older adults. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23(1), e200061.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200061>

Vianna, A. M. F., Rosaneli, C. F., & Siqueira, J. E. (2022). Transplante renal no brasil: uma análise bioética. *HOLOS*, 3, e12727.
<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/12727>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Efeito do exercício terapêutico resistido em membros inferiores associado ao exercício aeróbico, no controlo da hipertensão arterial de idosos

Título resumido do manuscrito: Exercício terapêutico na hipertensão arterial

Anna Fabiani Gomes Miranda

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | Afabianigm@gmail.com

ORCID: 0009-0006-2098-3560

Mariana Cervaens

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | cervaens@ufp.edu.pt

ORCID: 0000-0003-2738-1571

Resumo

O objetivo do presente estudo foi realizar um estudo randomizado controlado, sobre o efeito do exercício físico resistido em membros inferiores (MMII) associado ao aeróbico em indivíduos idosos portadores de hipertensão arterial no município de Araruama, Brasil. Um total de 43 indivíduos selecionados para o estudo, com uma média de idades $68,44 \pm 3,94$ anos, sendo 17 indivíduos do género masculino (39,5%) e 26 do género feminino (60,5%), foram randomizados e alocados de forma aleatória, e divididos em dois grupos (Grupo controlo, n=21) e (Grupo experimental, n=22) com os quais foram executados dois programas de exercício terapêutico: o grupo de controlo caminhada e o grupo experimental caminhada e exercício de treino resistido nos MMII, durante 12 semanas, três sessões por semana com duração de 60 minutos. Todos os indivíduos passaram previamente por tomada dos dados sociodemográficos e de aferição da pressão arterial e realização de uma repetição máxima. A pressão arterial sistólica, diastólica e média foram avaliadas no início e no fim da intervenção para análise estatística. O exercício resistido juntamente com o exercício aeróbico teve um efeito hipotensor na pressão arterial sistólica, diastólica e média enquanto o exercício aeróbico

apenas não teve apenas efeito hipotensor na pressão diastólica.

Palavras-chave: exercício aeróbico; exercício resistido; hipertensão arterial; idoso.

Introdução

O envelhecimento é, atualmente, uma realidade demográfica cada vez mais significativa na população mundial. Esse aumento progressivo da população idosa, tem sido verificado conforme aumento da expectativa de vida e da redução da taxa de natalidade (Freitas *et al.*, 2014).

É um processo fisiológico que ocorre de forma lenta e contínua e que modifica todas as estruturas do organismo, conduzindo a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos diferentes órgãos e sistemas e consequentemente, a uma limitação das adaptações homeostáticas. Com o passar do tempo, há alterações orgânicas em diversos órgãos e funções do corpo, como por exemplo: pulmonares, cardiovasculares, neurais, endócrinas, cognitivas, psicossociais e declínio físico geral, com redução das capacidades físicas como a força e potência muscular, resistência aeróbia, flexibilidade, coordenação, equilíbrio entre outros (Gonzalez e Seidl, 2011).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050, passando de 12% para 22%, o que representará um quinto da população mundial. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2016, o Brasil tinha a quinta maior população idosa do mundo e, em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre 0 e 14 anos (Barroso *et al.*, 2021).

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos. Os pesquisadores da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), afirmam que o aparecimento da hipertensão arterial está associado a vários fatores, condições de vida e alimentação, não podendo ser modificáveis como a hereditariedade, idade, raça, porém, o sedentarismo, tabagismo, uso excessivo de sal nos alimentos, ingestão de bebida alcoólica, obesidade e stress está relacionado ao seu estilo e qualidade de vida (Barroso *et al.*, 2021).

O exercício terapêutico, caracteriza-se como um subgrupo da atividade física tendo

como finalidade manter o condicionamento, gerando um aumento no consumo de oxigênio e provocando uma série de respostas fisiológicas, em especial no sistema cardiovascular. Alguns mecanismos fisiológicos promovem a hipertrofia do miocárdio, elevam a Frequência Cardíaca (FC), Débito Cardíaco (DC) e o volume sistólico de ejeção do coração, bem como eleva a concentração de eritrócitos e hemoglobina no sangue (Tribess *et al.*, 2012).

Segundo Campos *et al.* (2018), um programa de reabilitação cardíaca será benéfico se os exercícios terapêuticos forem prescritos seguindo critérios corretos que incluam componentes de exercícios aeróbicos e exercícios resistidos. No entanto, desconhece-se qual a intervenção ideal, isolada ou combinada para obter um efeito hipotensor.

Embasados nestas informações, cujo conteúdo revela a preocupação que precisamos ter com o aumento do envelhecimento da população brasileira, o objetivo geral desta investigação pauta-se em verificar se o exercício terapêutico resistido em membros inferiores associado ao exercício aeróbico, tem um efeito hipotensor em idosos quando comparado com o exercício aeróbico.

Métodos

Tipo de Estudo

Estudo randomizado e controlado.

Local da Pesquisa

O local para a realização das atividades de investigação com o público selecionado foi num estúdio/academia, localizado no município de Araruama, Brasil.

População e Amostra

A população foi constituída por pacientes idosos e o tamanho da amostra por conveniência foi de 43 com idades compreendidas entre 65 e 75 anos, direcionados um médico do Posto de Saúde da Família da Prefeitura de Araruama, Brasil.

Foram incluídos ambos os sexos, com idades acima de 65 anos, com quadro clínico de doenças hipertensiva grau I (Pressão de 140 a 159 mmHg), que fazem uso de medicação anti-hipertensiva, não fumadores, sedentários, que tenham realizado a avaliação cardíaca e física, estando aptos a prática de exercícios terapêuticos através de atestado

médico. Foram excluídos os idosos que não aceitaram participar da pesquisa após o convite, com doenças crônicas como nefropatias, pneumopatias, cardiopatias, doenças neuromusculares, obesos com Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40kg/m^2 , diabéticos, e os que apresentavam comprometimento neurológico.

Os participantes foram divididos através de amostragem aleatória em dois grupos 21 do grupo controlo (GC) e 22 do grupo experimental (GE). O GC realizou, num período de 3 meses, exercício aeróbico numa passadeira ergométrica e o GE, por igual período, exercício aeróbico e resistido para membros inferiores.

Aspectos Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa seguiu todas as orientações estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas com seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por meio da Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996) e da Resolução n° 010 de 22 de setembro de 1978, do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) (BRASIL, 1978). Os idosos foram informados sobre todos os procedimentos que envolveram a pesquisa, e após assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Materiais e Instrumentos

Os participantes foram avaliados seguindo uma ficha de anamnese para averiguar se cumpriam os critérios de inclusão, assim com a idade e os dados para cálculo de IMC foram questionados.

A fórmula de Karvonen (Kihlberg e Karvonen, 1957) foi utilizada como parâmetro para medir individualmente a frequência cardíaca máxima dos sujeitos que foram submetidos a esse tipo de treino. A equação de predição “ $220 - \text{idade}$ ” é provavelmente o método mais comumente utilizado para estimar a frequência cardíaca máxima (FC_{máx}) e Frequência Cardíaca de Repouso (FC_r). Desta forma, encontraremos a intensidade da frequência cardíaca de treino (FC_t) desejada, através da FC_r, FC_{Max}, percentual da intensidade desejada para o exercício (%int), através da seguinte equação: $\text{FC}_t = [\text{FC máx} - \text{FC reserva}] \times 60\% \text{ intensidade} + \text{FC reserva}$.

A escala de Borg modificada foi utilizada para avaliar a percepção do grau do esforço físico realizado (Gonzalez e Seidl, 2011).

Para a modulação e prescrição de carga no treino de força, no GE, foi aplicado no quadricípede o teste de uma repetição máxima (1RM), usando o exercício de extensão de joelhos com a cadeira extensora. Este teste determina a maior carga que um indivíduo consegue suportar na repetição de um exercício. Sendo assim, foi efetuado com o indivíduo sentado com o tronco encostado no banco, joelhos flexionados, pés apoiados sobre o banco, cotovelos flexionados, ombros aduzidos e a pegada na barra com alinhamento dos ombros. Na fase concêntrica, realiza-se abdução de ombros e extensão de cotovelos ao mesmo tempo a partir da posição inicial e, sequencialmente, a fase excêntrica e torna-se à posição inicial. Os participantes realizaram 3-5 minutos de movimentos leves que envolveu o grupo muscular testado e, após um minuto de alongamento leve, aquecimento de oito repetições a 50% de 1RM percebida, seguido de três repetições a 70% de 1RM percebida. Após 5 minutos de intervalo, ao teste de 1RM, acrescentou-se, quando houve necessidade, 0,4 a 5kg, totalizando três a cinco tentativas. O levantamento efetuado num único movimento foi considerado a carga máxima.

As medições da pressão arterial foram sempre realizadas antes e após 5 minutos de repouso de cada sessão de exercícios, sendo registrada a PA sistólica, diastólica assim como a PA média (PAM) foi calculada: $(PAS+2 \times PAD)/3$ (Iellamo *et al.*, 2021).

A frequência cardíaca (FC) também foi medida em todos os testes e nas sessões antes e após.

Procedimentos metodológicos

Após o encaminhamento dos participantes, de forma aleatória, por meio do médico do posto de saúde da família, cada idoso foi avaliado de forma individual. Após a seleção dos participantes, foi realizado o agrupamento aleatório em 2 grupos: GC e GE. Inicialmente foi aplicada a ficha de anamnese, mediu-se a FC e PA e por último foi realizado o teste de 1RM. No fim de cada intervenção, passados 5 minutos a PA e FC foram novamente medidos.

Foram feitas duas semanas de orientação para a execução correta dos exercícios terapêuticos, a fim de familiarizar os voluntários. Passadas 2 semanas de ambientação, a intervenção teve uma frequência semanal de 3 vezes durante 12 semanas.

O GC realizou exercício terapêutico aeróbico, através de uma caminhada na passarela

ergométrica com duração de 30 minutos, a 40%-60% da FCReserva (Krinski *et al.*, 2006), onde os cinco primeiros minutos foram de adaptação cardiovascular. Para acompanhar a intensidade de treino aeróbico, utilizou-se a escala de Borg modificada e a frequência cardíaca. Respeitou-se a frequência cardíaca de treino que havia sido dada pelo cálculo de Karvonen e a individualidade de cada indivíduo presente na pesquisa.

O GE realizou a caminhada numa passadeira ergométrica com duração de 30 minutos, tal como o GC e exercício terapêutico resistido com duração de 15 minutos no total. Os exercícios foram executados no formato circuito sendo realizados em três séries de 8 a 12 repetições de 60 a 70% de uma repetição máxima. Os exercícios aplicados foram a *Leg press* e o exercício da cadeira extensora, ambos para o quadríceps. A intensidade e a carga dos exercícios foram ajustadas durante a intervenção dos três meses utilizando a Escala de Borg.

Procedimentos Estatísticos

A análise dos dados foi efetuada com o auxílio do software de análise estatística IBM SPSS v.25 para Windows, considerando um nível de significância de 5%. Procedeu-se à análise da estatística descritiva para a caracterização de amostra e das variáveis em estudo. Após verificar que as variáveis não seguiam normalidade, através do teste de Shapiro-Wilk, utilizaram-se testes não paramétricos. Assim, para a comparação dos resultados entre grupos independentes foi aplicado o teste de Mann-Whitney e, para amostras emparelhadas, o teste de Wilcoxon.

Resultados

A presente amostra foi composta por 43 indivíduos, com uma média de idades $68,44 \pm 3,94$ anos e IMC em média de $29,77 \pm 5,11$ Kg/m², sendo que 21 pertenceram ao GC e 22 ao GE. A amostra foi constituída por 17 indivíduos do género masculino (39,5%) e 26 do género feminino (60,5%). O GC apresentou 9 do género masculino (42,9%) e 12 do género feminino (57,1%) enquanto no grupo experimental, 8 (36,4%) eram do género masculino e 14 do género feminino (63,6%). Na tabela 1 são apresentados os dados referentes a idade e ao IMC.

Tabela 1

Dados relativos à Idade e Índice de Massa Corporal (IMC) nos dois grupos.

	Idade (anos)		IMC (kg/m ²)	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Grupo controlo (N=21)	67,76	3,24	29,11	4,56
Grupo experimental (N=22)	69,09	4,49	30,40	5,62
p (Mann-Whitney)	0,651		0,584	

Nota: *p<0,05

Não se verificaram diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito às variáveis idade e IMC de cada grupo respectivamente. Ao analisar a média do IMC, ambos os grupos foram classificados com sobrepeso (IMC $\geq$ 25,0 kg/m²).

A variação da frequência cardíaca (FC) antes e após a intervenção dos voluntários pode ser observada na tabela 2.

Tabela 2

Dados estatísticos da Frequência Cardíaca (FC) antes e após a intervenção.

	Grupo Controlo		Grupo Experimental		p (Mann-Whitney)
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
FC (Antes) (bpm)	72,52	6,27	69,91	6,73	0,373
FC (Após) (bpm)	79,90	7,49	73,45	7,92	0,011*
p (Wilcoxon)	0,000*		0,003*		

Nota: *p<0,05

Analisando a tabela 2, verificou-se um aumento significativo da FC entre o momento antes e após a intervenção quer no grupo controlo (p=0,000) quer no experimental (p=0,003), no entanto quando comparados os grupos apenas o momento após teve diferenças significativas (p=0,011).

A tabela 3 mostra os dados referentes à Pressão Arterial sistólica, diastólica e média (PAM) antes e após a intervenção em ambos os grupos.

Tabela 3

Dados da Pressão Arterial (PA) sistólica, diastólica e média (PAM) antes e após a intervenção.

	Grupo controle		Grupo experimental		p (Mann-Whitney)
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
PA diastólica antes	78,33	5,55	82,73	3,36	0,011*
PA diastólica após	77,38	4,36	80,00	0,00	0,008*
p (Wilcoxon)	0,248		0,003*		
PA sistólica antes	130,00	7,42	133,41	7,78	0,122
PA sistólica após	121,19	7,23	122,18	6,82	0,285
p (Wilcoxon)	0,001*		0,001*		
PAM antes (mmHg)	95,33	3,81	100,05	3,33	0,001*
PAM após (mmHg)	91,57	3,44	94,41	2,46	0,004*
p (Wilcoxon)	0,000*		0,000*		

Nota: *p<0,05

Analisando a tabela 3 verificou-se que o GE diminuiu de forma significativa todas as PA após a intervenção ($0,000 < p < 0,003$) e o GC apenas não diminuiu significativamente a PA diastólica ($p=0,248$). No entanto, quando os grupos são comparados, verifica-se que houve diferenças significativas no momento antes e após a intervenção na PA diastólica e PAM.

Discussão

O principal objetivo desta investigação foi avaliar a interferência do exercício terapêutico em idosos sedentários portadores de hipertensão arterial I, fazendo a comparação entre dois grupos. O fator idade tem um peso grande em relação à saúde, neste estudo a média dos participantes dos dois grupos foi de 66 anos, o que vai de encontro com a maioria das literaturas que discute amplamente os benefícios do exercício terapêutico na vida humana, principalmente no grupo focal dos idosos. O sedentarismo tem sido denominado como fator de risco maior para doença coronária. Segundo a Organização Mundial de Saúde aproximadamente 2 milhões de mortes por ano são atribuídas à inatividade física (OMS). Neste estudo 100% dos idosos eram sedentários, hipertensos e sobrepeso de acordo com o índice de massa corporal (IMC) $\geq 25\text{kg/m}^2$. O cálculo do IMC tem sido proposto pelo Instituto Nacional da Saúde dos Estados Unidos e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o método

convencional para diagnosticar sobrepeso e obesidade. Em adultos, o sobrepeso é definido por um aumento do valor do IMC de 25 a 29,9 kg/m² (Barroso *et al.*, 2021).

Segundo Iellamo *et al.* (2021) o treino físico é um tratamento não farmacológico bem estabelecido para pacientes com hipertensão e outras doenças cardiovasculares. Parece exercer efeitos significativos na hipotensão pós-exercício produzido por diferentes modalidades de exercício, como observado neste estudo quando pacientes sedentários hipertensos responderam ao estímulo de esforço-exercício, que resultou em uma diminuição da pressão arterial média (PAM), independentemente do modo de exercício administrado, ou seja, exercício aeróbico ou aeróbico e resistido. Entretanto, observou-se um efeito hipotensor maior no grupo experimental pois diminuiu de forma significativa a PA diastólica, sistólica e PAM enquanto que no GC apenas não houve uma diminuição significativa da PA diastólica.

Janning *et al.* (2009) sugere que exercícios resistidos de membros inferiores, tem efeito hipotensivo mais significativo e duradouro do que exercícios em membros superiores, devido à utilização de maior quantidade de massa muscular. Para Baggi *et al.* (2014), os efeitos da prática de exercícios (aeróbico ou de força) em idosos hipertensos podem ser influenciados de acordo com o volume, intensidade do exercício, duração e tipo. Já a revisão feita por Boutcher e Boutcher (2016), afirma que o exercício de alta intensidade não produz resposta hipotensora maior, porém proporcionam melhores adaptações em variáveis fisiopatológicas com a finalidade de contribuir em importantes implicações para o tratamento de hipertensão. Essas literaturas comprovam os resultados encontrados no presente estudo quando a combinação dos exercícios (aeróbico e resistido) demonstraram maior efeito hipotensor nos idosos, embora nem sempre significativamente diferente do grupo controle.

Para Nascimento *et al.* (2015), a escala de percepção de esforço de Borg pode ser uma medida alternativa, que deve ser incluída na prescrição de exercício e ser utilizada para controlar a intensidade do exercício. Neste estudo foi igualmente utilizada para o controle do esforço, sendo sempre adaptada para cada sessão de intervenção.

No presente estudo observou-se que a FC imediatamente após o esforço submáximo foi superior à verificada após o esforço antes do treino, indicando que os idosos conseguiram atingir maior intensidade de trabalho ao fim da intervenção, sempre abaixo da FC_{máx} esperada. Para Neto *et al.* (2019), os dados de FC tornam-se

importantes, uma vez que métodos de tratamento paralelos ao tratamento medicamentoso vêm com o objetivo de maximizar os efeitos hipotensores com o intuito de controlar as estatísticas alarmantes que estão diretamente relacionadas às mortes causadas por acometimentos cardiovasculares. O efeito hipotensor pode estar relacionado devido ao recrutamento de grandes grupos musculares, pois estimula o sistema cardiorrespiratório, vascular e metabólico, já que o débito cardíaco promove o efeito hipotensor. A hipotensão pós-exercício é caracterizada pela redução da PA no período de recuperação após uma sessão de exercício em relação aos valores de repouso ou em um dia controle sem a realização do exercício. Em idosos, a redução da pressão arterial se deve à diminuição do débito cardíaco em alguns indivíduos e da resistência vascular periférica em outros.

Foi observado que nesse estudo, ao se executar o exercício terapêutico resistido houve uma soma do efeito que ambos promovem de forma isolada e isso repercutiu de forma positiva, beneficiando aqueles que executaram. É justamente por esses benefícios que a SBC recomenda que quando os objetivos forem a redução da pressão arterial em hipertensos, a prescrição seja baseada em exercício aeróbico, suplementados por exercício resistido, em intensidade moderada, o maior número de vezes possível durante a semana, por 30 minutos ou mais.

No entanto, é de salientar que houve algumas limitações em nosso estudo, como a reduzida amostra, não representativa da população. Este estudo incluiu hipertensos com uso de terapia farmacológica o que poderá mascarar alguns resultados do estudo e, portanto, os nossos resultados não podem ser generalizados para pacientes e/ou não tratados. Por fim, salienta-se a falta de follow-up para analisar os efeitos hipotensores pós exercício.

Conclusão

A utilização de um programa de treino físico baseado em exercícios aeróbicos associados a exercícios de resistência, a 60% do 1RM, resultou em reduções significativas na PA diastólica, sistólica e média da amostra. No entanto, o exercício aeróbico também contribuiu para a diminuição significativa da PA sistólica e média. Podemos relatar que estes tipos de treino podem ser utilizados como estratégia para prevenção e tratamento do quadro de HA, proporcionando uma melhoria na saúde de indivíduos hipertensos.

Sugere-se a aplicação de protocolos de treino específicos de curta ou longa duração, como carácter preventivo ou efeito anti-hipertensivo em diferentes graus de hipertensão de modo a aumentar a adesão destes pacientes ao exercício.

Referências Bibliográficas

- Alvarez, R. B. P., Maia, A. B. F., Turienzo, T. T., de Souza, C. A. B., De Aquino, F. A. O., & Barbosa, M. D. L. C. (2014). Prescrição de exercícios físicos para cardiopatas. *UNILUS Ensino e Pesquisa*, 11(25), 39-45. ISSN (eletrónico): 2318-2083.
- Barroso, W. K. S., et al. (2021). Brazilian guidelines of hypertension - 2021. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116(3), 516–658. <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
- Boutcher, Y. N., & Boutcher, S. H. (2017). Exercise intensity and hypertension: what's new?. *Journal of Human Hypertension*, 31(3), 157-164. <https://doi.org/10.1038/jhh.2016.62>
- Britto, R. R., & de Sousa, L. A. P. (2006). Teste de caminhada de seis minutos: uma normatização brasileira. *Fisioterapia em Movimento (Physical Therapy in Movement)*, 19(4). <http://148.215.1.155:89/arribos/4016/46691/07.pdf>
- Campos, C. et al (2018). Efeitos dos exercícios aeróbico e resistido em pacientes cardiopatas. *Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício*, 17(1), 10–18. DOI: 10.1097/DSS.0000000000000743
- Gonzalez, B. L. M., & Seidl, F. E. M. (2011). Aging from the perspective of elderly men. *Paideia*, 21(50), 345–352. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000300007>
- Freitas, C. S. de, Meereis, E. C. W., & Gonçalves, M. P. (2014). Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS) [Quality of life of active and inactive elderly of the municipality of Santa Maria (RS)]. *Revista Kairós*, 17(1), 57–68. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2014v17i1p57-68>
- Iellamo, F., et al. (2021). Prolonged post-exercise hypotension: Effects of different exercise modalities and training statuses in elderly patients with hypertension. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3229. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063229>
- Jannig, P. R., et al. (2009). Influência da ordem de execução de exercícios resistidos na

- hipotensão pós-exercício em idosos hipertensos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 15, 338-341. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922009000600003>
- Kihlberg, J., & Karvonen, M. J. (1957). Comparison on statistical basis of achievement in track and field events. *Research Quarterly. American Association for Health, Physical Education and Recreation*, 28(3), 244-256. <https://doi.org/10.1080/10671188.1957.10612929>
- Krinski, K., et al. (2006). Aerobic exercise and resistance effect on the anthropometric profile and cardiovascular responses in elderly people with high blood pressure. *Acta Scientiarum - Health Sciences*, 28(1), 71-75. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-485577>
- Nascimento, C. D. M., et al. (2015). Diabetes, hypertension and mobility among Brazilian older adults: Findings from the Brazilian National Household Sample Survey (1998, 2003 and 2008). *BMC Public Health*, 15(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1956-2>
- Neto, F. J. C., et al. (2019). O treino aeróbico contínuo é mais eficiente que o treino aeróbico intervalado na resposta hipotensora pós-esforço em hipertensos controlados. *RBPfEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 13(86), 1026-1032. <http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/1853>
- Tribess, S., Virtuoso Júnior, J. S., & Oliveira, R. J. de. (2012). Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(3), 341-347. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300015>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Efetividade de um Programa de Exercício
para Prevenir o Risco de Quedas Em Utentes da Unidade de
Convalescença do Hospital Arcebispo João Crisóstomo

Título resumido do manuscrito: Efetividade de um Programa de Exercício
para Prevenir o Risco de Quedas

Carla Alice dos Santos Guapo

Hospital Arcebispo João Crisóstomo | cguapo@hdcantanhede.min-saude.pt

ORCID: 0009-0003-8008-5509

Carina Alexandra Fonseca de Freitas

Hospital Arcebispo João Crisóstomo | cfreitas@hdcantanhede.min-saude.pt

ORCID: 0009-0009-8721-0994

Inês Catarina André Gaspar

Hospital Arcebispo João Crisóstomo | igaspar@hdcantanhede.min-saude.pt

ORCID: 0009-0009-4736-3064

Teresa Margarida Rosendo Vaio

Hospital Arcebispo João Crisóstomo | tvaio@hdcantanhede.min-saude.pt

ORCID: 0000-0002-3201-4859

Resumo

As quedas estão na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar. Neste contexto, a ocorrência de quedas representa um sério problema, exigindo a implementação de estratégias preventivas, que devem enfatizar a educação, o treino, a criação de ambientes mais seguros e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos.

A equipa de Fisioterapeutas do Hospital Arcebispo João Crisóstomo implementou um projeto piloto com o objetivo de prevenir a ocorrência de quedas em contexto hospitalar melhorando o equilíbrio e funcionalidade dos seus utentes.

A população alvo são utentes idosos internados na Unidade de Convalescença do HAJC,

com capacidade de marcha, com déficit de equilíbrio e/ou mobilidade. O programa implementado consiste na realização de sessões de educação para a prevenção de queda, e de exercício para potencializar a força, resistência e flexibilidade musculares, equilíbrio e capacidade aeróbia. É realizada uma avaliação inicial e uma reavaliação após 4 semanas, com a aplicação das escalas Teste de levantar e ir, One Leg and Tandem Stance, Teste de Marcha 10 Metros, Teste de Sentar-Levantar 30 segundos, Escala de Equilíbrio de Berg e Escala de Eficácia nas Quedas - Internacional.

Os resultados esperados denotam ganhos consideráveis na sua capacidade de equilíbrio, capacidade aeróbia e na redução do medo de cair.

O projeto deverá continuar a ser implementado, de forma a reforçar os resultados obtidos, para futura generalização dos ganhos na aplicação deste tipo de programas.

Palavras-chave: quedas; prevenção; fisioterapia; exercício.

Introdução

O envelhecimento faz parte do ciclo e da condição de vida humana (Pinto, 2018), sendo um processo dinâmico e progressivo no qual existem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, com redução na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais suscetível às agressões/fatores de risco intrínsecos e extrínsecos (Rodrigues, 2019), assim como ao declínio funcional e perda de autonomia (Pinto, 2018). O relatório da Organização Mundial de Saúde define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada (OMS, 2015).

O risco de queda constitui uma das principais causas para a perda de independência, funcionalidade e capacidade de realizar atividades de vida diária (AVD) dos idosos (Pinto, 2018). Entre as repercussões da idade que podem levar à queda da pessoa idosa, destacam-se: diminuição da força muscular, dos reflexos (Cunha & Pinheiro, 2016), da flexibilidade, da velocidade espontânea da marcha, acuidade visual e função vestibular. Além do risco de fraturas, há perda de confiança para caminhar, devido ao receio de novas quedas, fazendo o idoso diminuir a sua mobilidade, formando-se um círculo vicioso, uma vez que, com a restrição de atividades há diminuição da força muscular e

enfraquecimento dos membros inferiores, levando a perda da autonomia e independência, isolamento social, sensação de insegurança e fragilidade (Cunha & Pinheiro, 2016; Pinto, 2018). As estratégias de prevenção de quedas devem enfatizar a educação, o treino, a criação de ambientes mais seguros, a priorização da pesquisa relacionada com quedas e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir os riscos. A necessidade de atualização da formação em serviço da equipa de saúde constitui um requisito para a prevenção de quedas em internamento hospitalar (DGS, 2019).

A atividade física (AF) em geral e o exercício físico em particular parecem refletir-se positivamente sobre as alterações físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais do idoso (Pinto, 2018). Especificamente para a prevenção de quedas no idoso, é imprescindível potenciar a força, resistência e flexibilidade musculares, tanto nos membros superiores, como nos membros inferiores, o equilíbrio/proprioceção, a agilidade e a capacidade aeróbia, atendendo ao perfil de funcionalidade da população alvo, de modo a propiciar ganhos consideráveis na globalidade do idoso, nomeadamente na sua "saúde biopsicossocial" (OMS, 2020; Pinto, 2018; Santos, 2018).

Posto isto, este Projeto-Piloto: “+ velhos, - quedas” tem como objetivo implementar um programa de prevenção de quedas através da realização de sessões de exercício com o objetivo de melhorar o equilíbrio estático e dinâmico, a força muscular, a capacidade funcional dos utentes institucionalizados, e ainda melhorar o medo de cair relatado pelos indivíduos durante a execução das AVD. Pretendeu-se verificar a efetividade do programa de exercícios para prevenir o risco de queda, que resultou da pesquisa da evidência disponível e que, depois de conhecer as características da população e, no sentido de dar resposta ao Plano Nacional de Prevenção de Acidentes, foi adaptado para ser implementado em utentes institucionalizados na Unidade de Convalescença (UC) do Hospital Arcebispo João Crisóstomo (HAJC) com capacidade de marcha (com ou sem tecnologia de apoio).

Métodos

O estudo é experimental, prospetivo longitudinal, com um grupo de intervenção (que realizou o programa de exercícios descrito em seguida).

Este programa de exercício foi desenvolvido no ginásio de fisioterapia e no espaço exterior do HAJC. Esta instituição hospitalar apresenta como eixo transversal o projeto

“Hospital promotor do envelhecimento ativo e saudável”. Este projeto surgiu integrado neste mote, uma vez que, no concelho de Cantanhede, assim como a nível nacional (DGS, 2019), é evidente o fenómeno do duplo envelhecimento da população.

A seleção da amostra foi realizada por conveniência, e incluiu indivíduos de ambos os géneros, integrados na UC do HAJC, que aceitaram participar no projeto de prevenção de quedas: + velhos, - quedas. Como critérios de inclusão foram considerados os seguintes: utentes com idade igual ou superior a 65 anos e terem capacidade de marcha, com ou sem recurso a produtos de apoio. Foram excluídos os indivíduos com défice de compreensão, doença cardíaca significativa e doenças respiratórias que limitassem a realização de um programa de exercícios.

Neste estudo foi aplicado um questionário de recolha de dados pessoais (identificação do participante, idade, género, história de queda nos 2 anos anteriores, uso de tecnologia de apoio para a marcha, tipo de diagnóstico) e os seguintes instrumentos de medida: *Teste Timed Up & Go (TUG)* - importante preditor do risco de queda em idosos (APF, 2019; Barry et al., 2014; Figueiredo et al., 2007; Podsiadlo & Richardson, 1991; Shumway-Cook et al., 2000); *One Leg and Tandem Stance (OLS)* - avalia o controlo postural e o equilíbrio estático (APF, 2019); *Teste de Sentar-Levantar 30 segundos (30STS)* - avalia a força muscular e a resistência dos membros inferiores e o risco de queda (APF, 2019; Bruun et al., 2019; Hansen et al., 2019); *Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale (FES)* - avalia o medo de cair (Tinetti et al., 1990; Martins, 2013); *Teste de Velocidade Marcha (10m) (10MWT)* - permite avaliar a mobilidade funcional dos indivíduos em estudo, sendo uma forma prática, objetiva, quantificável e simples de identificar a presença do medo de cair e útil para identificar os cuidados e intervenções prioritários para melhorar a funcionalidade e qualidade de vida dos idosos (APF, 2019, Fritz & Lusardi, 2009; Moreira, et al., 2013; Peel et al., 2013; Peters et al., 2013; Salbach et al., 2015); *Escala Equilíbrio de Berg (EEB)* - avalia o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e também é preditor do risco de queda em adultos e idosos (APF, 2019; Mósca & Pereira, 2001). Estes instrumentos de medição encontram-se todos validados para a população portuguesa e demonstram propriedades psicométricas adequadas.

Tendo em consideração a evidência encontrada, foi delineado um programa de intervenção e testada a sua efetividade na prevenção do risco de queda em indivíduos com mais de 65 anos de idade internados na UC do HAJC. Pretendeu-se transmitir aos

utentes participantes que o exercício físico traz benefícios à saúde por contribuir na manutenção e melhoria da condição física, ajudar a melhorar a capacidade para realizar as tarefas da vida diária, ajudar a melhorar o equilíbrio, contribuir para o bem-estar geral, ajudar a melhorar ou manter as funções cognitivas. Estes benefícios são alcançados pelos indivíduos consoante o seu nível de empenho e participação na realização de exercício físico. Tornou-se, portanto, essencial criar progressão nos exercícios, bem como estimular o interesse por estas atividades de acordo com as preferências dos participantes. A progressão dos exercícios era realizada através da solicitação de posturas adequadas, do aumento do número de repetições e de séries, da duração e velocidade de realização dos exercícios, da dificuldade de realização dos mesmos, da mudança súbita de direção dos movimentos; associação de pequenas atividades de raciocínio lógico estimulando cognitivamente os indivíduos na capacidade de concentração no exercício e raciocínio lógico. Estas modificações foram progressivamente realizadas consoante a evolução da performance dos indivíduos.

Com este programa pretendeu-se também reduzir o medo de cair dos indivíduos, uma vez que este diminui a qualidade de vida e a prática de AF (Vieira et al., 2016), e é por si só identificado como um obstáculo à prática de AF (Moschny et al., 2011). De forma a ir de encontro ao encontrado na literatura, o programa de exercício incluiu: treino de resistência muscular, treino de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e treino de flexibilidade (NIA, 2013). Este programa de exercícios baseou-se em AVD, de forma a poder melhorar a força muscular e equilíbrio dos participantes, e a facilitar a sua integração na realização das suas atividades da vida diária (Clemson et al., 2008), realizando-as de forma mais eficiente e segura. Como princípios para melhorar o equilíbrio, foi tido em conta: a redução da base de apoio, movimento para os limites de balanço, mudança de peso de um pé para o outro, ultrapassar obstáculos e mudanças de direção. Foi também essencial combinar princípios de forma a desafiar o equilíbrio com a realização de uma atividade mental em simultâneo. Os exercícios de fortalecimento muscular incluíram, entre outros: fletir os joelhos, permanecer em bicos dos pés, permanecer em calcanhares, subir e descer escadas, levantar-sentar, marcha lateral e contração muscular isolada (Clemson et al., 2008). Cada sessão iniciou-se com um período de aquecimento em que foram feitos exercícios rítmicos e utilizando a amplitude de movimento disponível. Em seguida, foram realizados exercícios de

fortalecimento, resistência, flexibilidade e equilíbrio, e numa fase final, exercícios de retorno à calma.

Numa primeira fase, era explicado aos participantes os objetivos e procedimentos do estudo e solicitado a assinatura do seu Consentimento Informado. De seguida era realizada a recolha de dados necessários à participação no estudo e a partir daí, os participantes eram integrados no programa de exercício para prevenção do risco de queda. Este projeto apresentou 2 momentos de recolha de dados (momento de avaliação inicial - t0; e momento de avaliação final - t1). Nos dois momentos foram aplicados as escalas e testes funcionais já enunciados (FES; 10MWT; TUG; OLS; 30STS; EEB). A duração da implementação deste programa foi de cerca de 4 semanas a cada utente. Este programa teve uma frequência semanal de duas sessões, cada uma de 45 minutos (incluindo aquecimento e retorno à calma). No final do programa foi facultado um folheto a cada utente, com alguns exercícios simples para realização no domicílio (exercícios semelhantes aos realizados durante as sessões, com imagem e explicação dos mesmos).

Para a análise e processamento da informação estatística foi utilizado o Microsoft Office Excel 2013. Na análise descritiva foram determinadas medidas de localização (média) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis em cada momento (t0, t1).

Resultados

A amostra é composta por 16 indivíduos, 10 do género feminino e 6 do género masculino, cuja média de idades foi de 78 anos (com uma distribuição entre os 69 e os 93 anos), 11 dos quais com antecedentes de quedas nos últimos 2 anos e com diagnósticos vários. No teste TUG verificou-se que, em t0 os utentes demoravam, em média, 29,82s a concluir o teste, enquanto que em t1 o mesmo era realizado em 17,97s. Em t1, a maioria dos utentes apresentou valores inferiores a 14s. No teste OLS, a média de tempo que os indivíduos conseguiam permanecer em apoio unipodálico com os olhos abertos em t0 era de 1,85s face aos 4,54 s de t1. Em relação ao tempo permanecido em apoio unipodálico com os olhos fechados passou de 0,41s para 1,5s. Na escala FES, em t0 os indivíduos apresentavam um valor médio de 40,44 pontos num total de 64 pontos, e em t1 apresentavam 32,44 pontos, ou seja, uma redução de 8 pontos. Em t0, 93,75%

dos indivíduos manifestavam receio de queda e em t1 este valor desceu para 75%. No teste 30STS, os indivíduos da amostra conseguiam realizar, em média, 3,5 repetições do ato de levantar e sentar em t0, face às 7,69 repetições de t1, traduzindo-se num aumento de 4,19 repetições. Discriminando os valores por género, o género feminino teve um aumento de 5,1 repetições entre t0 e t1 e o género masculino teve um aumento de 2,67 repetições. No teste 10MWT, os indivíduos da amostra apresentavam, em t0, uma velocidade média de 0,55 m/s face aos 0,90 m/s em t1. No teste de EEB os indivíduos da amostra apresentaram uma evolução positiva de 16,19 pontos.

Discussão

Este estudo pretendeu testar a efetividade de um programa de exercícios para prevenir o risco de queda.

Relativamente ao TUG, verificamos que, em t1, a maioria dos indivíduos, apresentava um menor risco de queda, com ganhos médios de 13,35s na realização do teste. Segundo os autores Pinto (2018) e Santos (2018), valores situados entre 11 e 14 segundos são considerados valores esperados para a mobilidade típica de idosos. Todos os indivíduos, em t0, apresentavam resultados superiores a 10 segundos, identificando-os como indivíduos com necessidade de realizar algum programa de exercícios para este efeito (Moraes, 2008; Shumway-Cook et al., 2000; The Rehabilitation Measures Database, 2014). Em em t0, 88% dos indivíduos apresentava risco de queda e 69% apresentava défice importante da mobilidade física, risco de queda e dependência; pelo contrário, em t1, 56% dos indivíduos apresentava mobilidade considerada típica ou normal e 19% não apresentava qualquer risco de queda.

Para o teste OLS foram adotados os dados propostos na literatura por Freitas et al. (2013), Matsudo (2001) e Pinto (2018) como referência para o tratamento de dados. Neste sentido considerou-se sem alteração de equilíbrio, o indivíduo com valores situados entre 21 e 30 segundos. Como tarefa desafiadora que é, apenas 1 dos 16 indivíduos da amostra atingiu este valor, ficando os restantes bastante abaixo, mas com melhorias evidentes durante a performance do teste com os olhos abertos.

Para facilitar a melhoria da capacidade funcional dos indivíduos, este programa baseou-se em exercícios inseridos nas AVD, avaliada pela FES, verificando-se uma melhoria média da confiança na execução das mesmas. Efetivamente, na avaliação realizada após

o período de intervenção, os idosos revelaram ter melhorado o seu nível de confiança na execução das AVD. Esta evolução comprova, como já referido anteriormente, que a AF apresenta benefícios para a saúde e o bem-estar e similarmente relativamente à capacidade para lidar com as adversidades individuais, nomeadamente o medo de cair (Martins, 2013).

Relativamente ao 30STS, segundo Santos (2018), os valores normativos para este teste, para indivíduos com mais de 60 anos, são de 14 ou mais repetições para o género masculino e 12 ou mais repetições para o género feminino. Em t0, nenhum indivíduo se incluía nos valores previstos para a idade, com uma média de 2,4 repetições para o género feminino e 5,33 repetições para o género masculino. Em t1, pudemos verificar melhorias evidentes com o número de repetições médio para o género feminino a situar-se nas 7,5 e para o género masculino nas 8, sendo que apenas 2 indivíduos do género feminino alcançaram os valores previstos para a idade (Santos, 2018).

No teste 10MTW, em t0, todos os indivíduos apresentavam valores de velocidade média inferiores a 1 m/s, ou seja, deambulação na comunidade com alguns riscos e indicação para iniciar um programa de intervenção com o objetivo de diminuir o risco de queda, de acordo com a interpretação realizada aos valores de velocidade de marcha obtidos por Fritz & Lusardi (2009). Durante a aplicação do projeto, em média, os indivíduos evoluíram de capacidade de mobilidade limitada para capacidade de deambulação na comunidade com alguns riscos. Metade destes indivíduos deambulavam com uma velocidade média superior a 0,8 m/s e 2 indivíduos com uma velocidade média superior a 1,2 m/s, ou seja, com velocidade de marcha considerada normal. A amostra deste estudo apresentou uma variação média de velocidade de 0,35 m/s, valor considerado pela literatura como um preditor de boa saúde dos indivíduos (aumentos de 0,1 m/s ou mais). Estes resultados corroboram os apresentados noutros estudos que relacionaram a marcha e treino de força, treino funcional e exercícios de alongamento e encontraram resultados positivos em diferentes parâmetros da marcha, averiguando-se maior velocidade de marcha, maior comprimento do passo e menor tempo de apoio na posição ortostática, sugerindo maior estabilidade e mobilidade (Brandalize et al., 2011; Rodacki et al., 2011).

Em relação à EEB, na nossa amostra verificaram-se valores médios iniciais de 29,88 pontos, valor este associado a 100% de risco de queda, de acordo com a literatura. Em

t1, os valores médios situavam-se nos 46,06, ou seja, acima do valor de corte considerado preditor de queda e considerado como um baixo risco de queda/equilíbrio bom, indo ao encontro de outros estudos (Blum & Komer-Bitensky, 2008; Mósca & Pereira, 2001; Souza, A., 2012).

As limitações deste estudo prendem-se com o facto de ter sido realizado num intervalo de tempo limitado, justificado pela duração de internamento dos utentes nas UC (30 dias). De acordo com a literatura, os programas com duração mais prolongada, nomeadamente, superior a 25 semanas, apresentam resultados mais consistentes com os objetivos propostos (Sherrington et al., 2008). O facto de a amostra ter ainda um tamanho reduzido pode ter contribuído para que houvesse pouca variabilidade entre as pontuações obtidas (Santos et al., 2013). No entanto, é de salientar que este projeto foi iniciado muito recentemente nesta instituição, e, portanto, prevemos com a continuidade, obter valores mais consistentes e robustos. Assim, sugere-se que, em investigações futuras, possam ser implementados programas de intervenção com uma duração mais prolongada, com amostras maiores, de forma a evidenciar os benefícios da mesma.

Conclusão

Apesar de toda a evidência existente de que o investimento na prevenção de quedas, promove menos gastos e mais benefícios em saúde para os indivíduos e para a sociedade (Diniz et al., 2010), a realidade em Portugal ainda retrata uma intervenção baseada na reabilitação, descurando os cuidados de prevenção.

Este projeto de intervenção pretende ajudar a mudar este paradigma, comprovando que a adoção de estratégias preventivas contribui para reduzir o risco de queda nos idosos com alteração da mobilidade e dependência na realização das AVD. Este projeto melhorou a capacidade funcional dos indivíduos, evidenciando-se melhor equilíbrio estático e dinâmico, maior velocidade de marcha, maior força muscular dos MMII e maior confiança na realização das AVD.

Referências Bibliográficas

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2020). *“Registo, Logo Existo!”* - Registo Clínico de Fisioterapia. https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2018/10/RLE__2018_008_31__Registo_logo_existo.pdf

- Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2019). *Instrumentos de medida em Fisioterapia Cardiorrespiratória*. https://www.apfisio.pt/wp-content/uploads/2019/07/INSTRUMENTOS_MEDIDA_FISIOTERAPIA_CARDIORRESPIRATORIA.pdf
- Barnett (2001). *Stay Safe Stay Active: Falls Prevention in Primary Care*. Sydney: South Western Sydney Area Health Service.
- Barry, E., Galvin, R., Keogh, C., Horgan, F., & Fahey, T. (2014). Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 14, 14. doi: 10.1186/1471-2318-14-14. https://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/compendium/pdf/Barnett_StaySafeStayActive.pdf
- Blum L., Korner-Bitensky N. (2008). Usefulness of the Berg Balance Scale in stroke rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther.* 88(5): 559-66. <http://ptjournal.apta.org/content/88/5/559.long>
- Brandalize, D., Almeida, P., Machado, J., Endrigo, R., Chodur, A., & Israel, V. (2011). Efeitos de diferentes programas de exercícios físicos na marcha de idosos saudáveis: uma revisão. *Fisioterapia em Movimento*, 24 (3), 549-556.
- Bruun, I., Mogensen, C., Nørgaard, B., Schiøttz-Christensen B., & Maribo T. (2019). Validity and Responsiveness to Change of the 30-Second Chair-Stand Test in Older Adults Admitted to an Emergency Department. *Journal of Geriatric Physical Therapy*. 42 (4), 265-274. DOI: 10.1519/JPT.0000000000000166
- Campbell, J., & Robertson, M. (2003). *Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults. A home-based individually tailored strength and balance retraining programme*. New Zealand: University of Otago Medical School Dunedin. http://www.acc.co.nz/PRD_EXT_CSMP/groups/external_providers/documents/publications_promotion/prd_ctrb118334.pdf
- Clemson, L., Fiatarone, M., Munro, J., & O'Loughlin, P. (2008). *LiFE - Lifestyle-integrated Functional Exercise Reducing falls and improving function*. Sydney: Faculty of Health Sciences, The University of Sydney. http://sydney.edu.au/healthsciences/staff/docs/lindy_clemson/LiFE_participant_manual_book_3.pdf

- Clemson, L., Munro, J., & Singh, M. (2014). *Lifestyle-Integrated Functional Exercise (LiFE) Program to Prevent Falls*. Sydney: Faculty of Health Sciences, The University of Sydney. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv176kt7j.1>
- Clemson, L., Swann, M., Twible, R., Cumming, R., Kendig, H., & Taylor, K. (2003). *Stepping On: Building confidence and reducing falls: a community-based program for older people*. Hands outs & resources. Sydney: The University of Sydney.
- Cunha, P., & Pinheiro L., (2016). O papel do exercício físico na prevenção das quedas dos idosos: uma revisão baseada na evidência. *Rev Port Med Geral Fam*; 32: 96-100. DOI: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i2.11732>
- Diniz, M., Oliveira, T., & Schall, V. (2010). Saúde, como compreensão de vida: avaliação para inovação na educação em saúde para o ensino fundamental. *Revista Ensaio Pesquisa em Educação em Ciências*, 12 (1), 119-144.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017- 2025* [National Strategy for Active and Healthy Ageing 2017-2025]. DGS. <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030* [National Health Plan 2021- 2030]. DGS. <https://pns.dgs.pt/plano-nacionalde-saude/>
- Figueiredo, K.M.O.B., Lima, K.C., & Guerra, R.O. (2007). Instrumentos de avaliação de equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 9 (4), 408-13. ISSN 1980-0037.
- Freitas, E., Rogério, F., Yamacita, C., Vareschi, M., & Silva, R. (2013). Prática habitual de atividade física afeta o equilíbrio de idosos?. *Fisioterapia em Movimento*, 26(4), 813-821.
- Fritz, S., & Lusardi, M. (2009). White Paper: “Walking Speed: the Sixth Vital Sign”. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 32 (2), 2-5.
- Hansen, I.; Mogensen, C.; Nørgaard, B.; Schiøttz-Christensen, B.; & Maribo, T. (2019). Validity and responsiveness to change of the 30-second chair-stand test in older adults admitted to an emergency department. *Journal of Geriatric Physical Therapy*.
- Martins, A. (2013). Programas de Exercício e Prevenção de Quedas: Um estudo piloto para identificar necessidades dos idosos a residir na comunidade. *Revista Iberoamericana de Gerontologia*, 1, 27-46.

- Matsudo S. (2001). *Avaliação do idoso: física e funcional*. São Caetano do Sul: Midiograf.
- Moraes, E.N. (2008). *Avaliação multidimensional do idoso – instrumentos de rastreio*. Belo Horizonte: Folium
- Moreira, M., Oliveira, B., Moura, K., Tapajós, D., & Maciel, A. (2013). A velocidade da marcha pode identificar idosos com medo de cair?. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16 (1), 71-80.
- Mósca E; & Pereira J. (2001). *Contributo para a validação à população portuguesa da Escala de Equilíbrio de Berg*. Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA). Monografia de Licenciatura.
- Moschny, A., Platen, P., Klaassen-Mielke, R., Trampisch, U., & Hinrichs, T. (2011). Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 121. doi: 10.1186/1479-5868-8-121
- National Institute on Aging (2011). *Workout to Go: A Sample Exercise Routine from the National Institute on Aging at NIH*. https://goaging.org/wp-content/uploads/2015/11/workout_to_go.pdf
- National Institute of Aging (2013). *Exercise & Physical Activity: Your Everyday Guide from the National Institute on Aging*. <https://healthysd.gov/wp-content/uploads/2015/04/go4life-exercise-guide.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=48B76ADDBF5A74979A7D38E6FFC7DD1A?sequence=6
- Organização Mundial de Saúde (2020). *Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-por.pdf>
- Peel, N., Kuys, S., & Klein, K. (2013). Gait Speed as a Measure in Geriatric Assessment in Clinical Settings: A Systematic Review. *Journal of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 68 (1), 39-46. doi: 10.1093/gerona/gls174
- Peters, D., Fritz, S., & Krotish, D. (2013). Assessing the reliability and validity of a shorter walk test compared with the 10-Meter Walk Test for measurements of gait

- speed in healthy, older adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 36(1), 24–30. doi: 10.1519/JPT.0b013e318248e20d
- Pinto, A. (2018). *Efeitos de um programa de treino combinado de equilíbrio/Propriocepção e força muscular no risco de queda no idoso*. Universidade de Aveiro.
- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed up & Go: A test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 39 (2), 142-148.
- Rodacki, A., Souza, R., Ugrinowitsch, C., Cristopoliski, F., & Fowler, N. (2009). *Transient effects of stretching exercises on gait parameters of elderly woman*. *Manual Therapy*, 14 (2), 167-72. doi: 10.1016/j.math.2008.01.006
- Rodrigues, W. P., & Gonçalves, P. D.. Envelhecimento: qualidade de vida e bem-estar das mulheres idosas. *Scire Salutis*, 9(1), p.30-36, 2019. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2019.001.0004>
- Rosendahl, E. (2006). *Fall prediction and a high-intensity functional exercise programme to improve physical functions and to prevent falls among older people living in residential care facilities*. Doctoral Dissertation No. 1024. Sweden: Department of Community Medicine and Rehabilitation Geriatric Medicine and Physiotherapy, Umeå University.
- Salbach, N., O'Brien, K., Brooks, D., Irwin, E., Martino, R., & Takhar, P., (2015). Howe, J.A. Reference values for standardized tests of walking speed and distance: A systematic review. *Gait & Posture*, 41 (2), 341-360. doi: 10.1016/j.gaitpost.2014.10.002
- Santos, F.P.V., Borges, L.L., & Menezes, R.. (2013). Correlação entre três instrumentos de avaliação para risco de quedas em idosos. *Fisioterapia em Movimento*, 26 (4), 883-894. ISSN 0103-5150.
- Santos C. (2018). Efeitos do programa de exercício OTAGO com dupla tarefa no risco de queda em adultos mais velhos. Escola Superior de Saúde: Instituto Politécnico do Porto. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/13680/1/DM_CI%C3%A1udiaSantos.pdf
- Sherrington, C., Canning, C., Dean, C., Allen, N., & Blackman, K. (2008). *Weight-bearing Exercise for Better Balance (WEBB) - a challenging, safe, evidence-based*

physiotherapy program for older people. Australia: University of Sidney.

Shumway-Cook, A., Brauer, S., & Woollacott, M. (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the TimedUp & Go test. *Physical Therapy*, 80 (9), 896-903.

Souza, A.; & Ribeiro, D. (2012). Análise De Escalas Funcionais Para Classificação Do Risco De Quedas Em Idosos. *Revista Brasileira de Reabilitação e Actividade Física*; 1(1): 1-6. <http://revistas.es.estacio.br/index.php/rbraf/article/view/123>

The Rehabilitation Measures Database. (2014). *Rehabmeasures: Timed Up and Go Dual Task; Timed Up and Go (Cognitive); Timed Up and Go (Motor); Timed Up and Go (Manual)*.

<http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/PrintView.aspx?ID=1057>Tinetti, M., Richman, D., & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of gerontology*, 45, 239-43.

Vieira, E., Palmer, R., & Chaves, P. (2016). Prevention of falls in older people living in the community. *BMJ*, 353, i1419.

Projeto-Piloto



“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Eficiência do sono em idosos brasileiros durante a pandemia pela COVID-19: evidências de um estudo longitudinal

Título resumido do manuscrito: Eficiência do sono em idosos brasileiros

Jéssica Fernanda Corrêa Cordeiro

Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal | jessica.cordeiro@alumni.usp.br

ORCID: 0000-0001-8212-9032

Leonardo Santos Lopes da Silva

Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil |

leonardosls@usp.br

ORCID: 0000-0001-7028-1352

Kessketlen Miranda

Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal | ketlenalvess@hotmail.com

ORCID: 0000-0001-9271-8834

Pedro Pugliesi Abdalla

Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil |

pedroabdalla11@gmail.com

ORCID: 0000-0002-7490-9466

André Pereira dos Santos

Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal | andreprs@alumni.usp.br

ORCID: 0000-0002-0055-4682

Lucimere Bohn

Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto, Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto,

Porto, Portugal | Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL), Laboratório de

Pesquisa Integrativa e Translacional em Saúde Populacional (ITR), Faculdade de Desporto da

Universidade do Porto, Portugal | lucimerebohn@gmail.com | lucimere.bohn@ulusofona.pt

ORCID: 0000-0001-7988-968X

Resumo

Este estudo teve como objetivo comparar a eficiência do sono em idosos brasileiros em dois momentos da pandemia por COVID-19. Neste estudo observacional longitudinal idosos de Fortaleza (Ceará, Brasil), foram avaliados via telefone em dois momentos da pandemia por COVID-19 (M1: ano de 2020; M2: ano de 2021) para variáveis sociodemográficas, antropométricas, e eficiência do sono (%) (Escala de Pittsburgh - Componente 4) e atividade física moderada-vigorosa (≥ 150 min) (IPAQ-versão curta). A eficiência do sono foi comparada (M1 e M2) por modelos lineares mistos, ajustada em ambos momentos por idade, sexo, diagnóstico de COVID-19, estado geral de saúde, animal de estimação, índice de massa corporal e atividade física moderada-vigorosa. Para essa análise, foi considerada a diferença média (DM) e o intervalo de confiança (IC 95%) entre os momentos ($p < 0.05$). Foram avaliados 346 idosos (86.7% mulheres; idade = 67.1 ± 5.4). Observou-se uma redução na eficiência do sono entre os momentos (M1 = 89.2 ± 13.5 ; M2 = 83.6 ± 33.8 ; DM = -6.5 [IC 95% = -7.5 a -5.5; $p < 0.001$], mesmo após ajuste para variáveis de confundimento. No início da pandemia (M1) os idosos apresentaram melhor eficiência do sono. A longo prazo, a pandemia da COVID-19 parece ter influenciado negativamente no sono, assim sua eficiência deve ser monitorada a fim de mitigar agravos decorrentes deste prejuízo.

Palavras-chave: envelhecimento; SARS-CoV-2; confinamento; qualidade do sono.

Introdução

A pandemia COVID-19 teve implicações importantes na vida das populações, sobretudo na dos mais velhos (Taporoski et al., 2022; Bohn et al., 2021; Balanzá-Martínez et al., 2020). Entre os idosos, o risco de uma infecção grave e a implementação de medidas distanciamento social foram responsáveis por grandes alterações comportamentais que, por sua vez, impactaram na qualidade do sono. No caso particular dos idosos, a vulnerabilidade fisiológica acrescida devido à idade, condições de saúde pré-existent e ao isolamento social revelaram-se fatores de comprometimento da preservação de rotinas adequadas de sono (Abdalla et al., 2022; Bohn et al., 2021; Balanzá-Martínez et al., 2020).

O sono é um determinante da saúde e da qualidade de vida porque influencia diretamente a função cognitiva, a estabilidade emocional, o desenvolvimento físico e a capacidade de adaptação (Siegel, 2022; Watson, 2018). Além disso, o sono desempenha um papel crucial na regulação dos sistemas imunológico, endócrino e nervoso (Besedovsky, 2011; de Jesus Pinto et al., 2020). Estudos científicos observaram um comprometimento na qualidade do sono dos idosos durante o primeiro período de confinamento domiciliar (durante a primeira onda da COVID-19) (Taporoski et al., 2021; Yaremchuk, 2018). Contudo, ainda não está claro se estas perturbações foram ultrapassadas na com a passagem do tempo (Taporoski et al., 2021; Abdalla et al., 2022). Posto isto, o objetivo deste estudo foi comparar a eficiência do sono em idosos brasileiros em dois momentos distintos da pandemia de COVID-19 (durante o primeiro confinamento domiciliar e um ano após este período de confinamento).

Métodos

Desenho do Estudo e Amostra

Este é um estudo observacional longitudinal com uma amostra de 346 idosos brasileiros com 60 anos ou mais de idade. Todos os participantes estavam inscritos no programa social "Fortaleza Cidade Amiga do Idoso" no ano civil 2019-2020. O programa, sediado no "Núcleo de Produções Culturais e Esportivas" (NUPROCE) em Fortaleza, Ceará, Brasil, oferecia, antes da pandemia, uma variedade de atividades presenciais semanais relacionadas a eventos sociais, culturais e desportivos.

A recolha de dados foi realizada por meio de entrevistas telefónicas realizadas em dois momentos distintos, referidos como Momento 1 (M1), em 2020, e Momento 2 (M2), em 2021. No M1, os idosos estavam submetidos ao confinamento domiciliar. No M2, os idosos já tinham retornado às suas atividades de vida habituais, com restrições pontuais. As entrevistas foram realizadas por professores de Educação Física que eram responsáveis pela dinamização e implementação das atividades desportivas do programa social em questão. Estes profissionais foram devidamente treinados para a aplicação dos questionários telefónicos.

Os contatos telefónicos dos idosos foram facultados pela NUPROCE. No M2, todos os idosos que foram avaliados no M1 voltaram a ser contactados.

As informações recolhidas durante as entrevistas eram imediatamente introduzidas em

uma base *Google Forms* e verificadas por 3 investigadores.

Aspetos Éticos

O estudo foi aprovado pelo NUPROCE e pela "Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Fortaleza", Ceará, Brasil (sem número de aprovação específico). Os procedimentos seguiram os princípios da Declaração de Helsinque. Antes do início da entrevista, cada participante forneceu consentimento informado de forma verbal. A NUPROCE e a Secretaria de Direitos Humanos e Desenvolvimento Social de Fortaleza aprovaram a exclusão do consentimento por escrito devido ao confinamento domiciliar obrigatório. Aos participantes foi garantido o direito de retirar a sua participação em qualquer momento.

Instrumentos

Dados sociodemográficos (sexo e idade) e frequência semanal das atividades do programa comunitário antes do confinamento foram avaliados por meio de perguntas abertas. O estado geral de saúde foi realizado com perguntas fechadas (excelente, muito boa, boa, regular e ruim). As medidas antropométricas (peso (kg) e estatura(m)) foram auto reportadas e derivou-se o índice de massa corporal (kg/m²). A presença de animal de estimação (gato, pássaro, cão ou outro) foi realizada com perguntas fechadas (tem ou não tem) e a variável presença de animal de estimação (sim ou não) considerou a presença de qualquer um dos animais de estimação referidos. Os praticantes foram igualmente inqueridos sobre terem tido diagnóstico de COVID-19 nos dois momentos da avaliação.

A eficiência do sono foi avaliada pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI). Neste questionário, os participantes foram solicitados a relatar a qualidade do sono e distúrbios durante o último mês (Buysee et al., 1989), que no caso do M1 decorreu durante o período de confinamento domiciliar e um ano após (M2). O PSQI é composto por 19 perguntas de autorrelato categorizadas em sete componentes (qualidade subjetiva do sono: C1, latência do sono: C2, duração do sono: C3, eficiência habitual do sono: C4, distúrbios do sono: C5, uso de medicamentos para dormir: C6 e disfunção durante o dia: C7). A soma das pontuações desses componentes resulta na pontuação global (de 0 a 21), sendo a pontuação mais alta indicativa da pior qualidade do sono. O

cálculo dos sete componentes encontra-se descrita nos anexos do artigo de validação (Buysee et al., 1989). No caso particular deste estudo, utilizou-se o componente 4 (eficiência do sono), que avalia a percentagem do número total de horas de leito relativamente ao número de horas passadas a dormir [eficiência do sono= (nº de horas dormidas/nº total de horas de leito) x 100]. Quanto maior a percentagem, melhor a eficiência do sono. O questionário encontra-se validado para brasileiros (Bertolazi et al., 2011).

A atividade física foi avaliada de acordo com o Questionário Internacional de Atividade Física - Versão Curta) (IPAQ-SV). A atividade física moderada a vigorosa foi computada multiplicando o número de dias da semana em que as intensidades eram realizadas pela duração média das intensidades de um dos dias. O valor final em minutos por semana foi dicotomizado em cumpre (150 minutos por semana ou mais) e não-cumpre as recomendações (< 150 minutos por semana) (OMS, 2020).

Procedimentos Estatísticos

Os procedimentos estatísticos foram realizados através da utilização do programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS, USA). O nível de significância foi estabelecido em 95%. A verificação da normalidade das variáveis foi observada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação da eficiência do sono entre os momentos M1 e M2 foi realizada por meio de modelos lineares mistos, com ajustes para variáveis idade, sexo, diagnóstico de COVID-19, estado geral de saúde, presença de animal de estimação, índice de massa corporal e atividade física moderada a vigorosa.

Resultados

A amostra foi composta por 346 idosos que responderam às entrevistas telefónicas nos dois momentos. Destes, 306 (86.7%) eram do sexo feminino e 40 (11.3%) do sexo masculino. A idade média dos idosos foi de 67.1±5.4 anos. Em média, o IMC foi de 27.1±3.9 kg/m². Dentre os participantes, 210 (59.5%) relataram possuir animais de estimação. Quando questionados sobre o estado geral de saúde, 45.30% dos participantes responderam como "boa", 20.10% como "muito boa", 17.60% como "regular", 13.30% como "excelente" e 1.10% como "ruim".

A Tabela 1 apresenta a frequência da atividade física moderada e vigorosa e o

diagnóstico de COVID-19 entre os idosos nos momentos 1 e 2 durante a pandemia de COVID-19.

Tabela 1

Frequência absoluta (n) e relativa (%) das variáveis atividade física moderada a vigorosa (MVPA) e diagnóstico de COVID-19 verificadas nos Momentos 1 e 2.

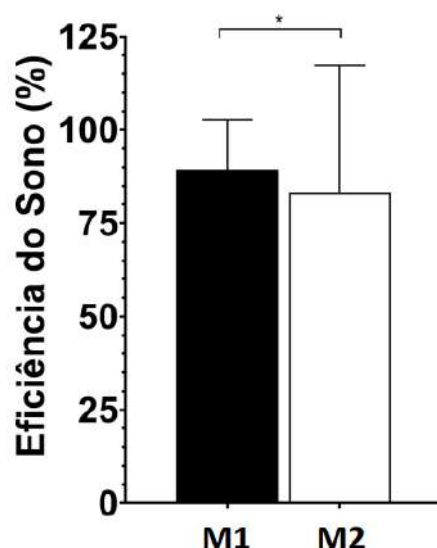
Variáveis	Momento 1 n (%)	Momento 2 n (%)
MVPA		
<=150	252 (71.4)	160 (45.3)
>=150	94 (26.6)	186 (52.7)
Diagnóstico de COVID-19		
Não	311 (88.1)	213 (60.3)
Sim	18 (5.1)	109 (30.9)
Não Sei	17 (4.8)	19 (5.4)

Nota: n = número de participantes; % = percentagem

Na Figura 1 pode ser observada a redução na eficiência do sono entre os dois momentos (M1= 89.2±13.5%; M2= 83.6±33.8%; diferença média=-6.5 [IC 95%=-7.5 a -5.5; p<0.001), depois de ajustado para as variáveis de confundimento idade, sexo, diagnóstico de COVID-19, estado geral de saúde, presença de animal de estimação, índice de massa corporal e atividade física moderada a vigorosa.

Figura 1

Comparação entre eficiência do sono dos idosos no momento 1 e 2.



Discussão

O objetivo do estudo foi comparar a eficiência do sono em idosos brasileiros em dois momentos distintos da pandemia de COVID-19 (durante o confinamento domiciliar da primeira onda e um ano após o mesmo). Os resultados mostraram que a eficiência do sono reduziu ao longo de um ano de evolução da pandemia entre os idosos.

Os achados deste estudo corroboram com outras investigações internacionais que também relataram impactos negativos na qualidade do sono durante a pandemia de COVID-19 (Abdalla et al., 2022; Papagiouvanni et al., 2022; Kocavska et al., 2020). Por exemplo, um estudo com 161 adultos espanhóis (dois momentos de avaliação, espaçados 48 dias e realizado durante o confinamento domiciliar obrigatório) mediu o sono através do mesmo instrumento de avaliação e observou igualmente uma deterioração em parâmetros do sono entre os dois momentos (Martínez-de-Quel et al., 2021). Um outro estudo realizado com 81 sobreviventes de COVID-19, mostrou que após um ano da infecção, 22% dos participantes continuavam a apresentar perturbações do sono (Rass et al., 2022). Abdelghani et al. (2022) através de um estudo transversal que comparou 85 sobreviventes de COVID-19 contra 85 não infectados, mostrou que entre os sobreviventes a frequência de distúrbios do sono era superior à dos não infectados (77% versus 46%, respetivamente) (Abdelghani et al., 2022). Por fim, um estudo longitudinal incluindo 7402 adultos de 86 países, também evidenciou o impacto negativo da pandemia em comportamentos de saúde, incluindo na deterioração da qualidade do sono (Keng et al., 2022). É importante ressaltar que nos estudos citados, as amostras são constituídas quase que exclusivamente por adultos. Apenas no estudo

de Keng et al. (2022), cerca de 17% da amostra total é representada por idosos e, da totalidade da amostra, apenas 6.57% é proveniente da América Central e do Sul. Ou seja, há uma carência de dados epidemiológicos que mostrem o impacto da pandemia na qualidade do sono em idosos provenientes de países em vias de desenvolvimento.

A redução na eficiência do sono encontrada no nosso estudo pode ter sido determinada por uma variedade de fatores. Por exemplo, estudos prévios mostram que o aumento do stress, ansiedade, depressão, preocupações com a saúde, mudanças na rotina diária (Taporoski et al., 2022; Papagiouvanni et al., 2022; Balanzá–Martínez et al., 2020; Liao et al., 2021), condições de saúde preexistentes, duração do confinamento domiciliar e tempo diário sentado (Taporoski et al., 2022; Ciuffreda et al., 2021; Bohn et al., 2021; Balanzá–Martínez et al., 2019) podem contribuir de forma importante para a deterioração do sono. Em contrapartida, a atividade física moderada a vigorosa pode de certa forma preservar aspetos relacionais ao sono (Martínez-de-Quel et al., 2021).

Um dos pontos fortes do estudo é a metodologia longitudinal que permitiu observar as mudanças na eficiência do sono durante a pandemia. Outro ponto forte se relaciona com o tamanho e a especificidade da amostra (idosos provenientes de países em vias de desenvolvimento). No entanto, é importante reconhecer que a medição do sono por meio de entrevistas telefónicas é uma limitação. Além disso, embora tenhamos ajustado para diferentes variáveis de confundimento, existem outros fatores que podem influenciar a qualidade do sono. Adicionalmente, também não foi possível realizar avaliações cognitivas durante as entrevistas. Por fim, os resultados foram predominantemente obtidos de mulheres idosas e podem não ser generalizáveis para homens idosos.

Os resultados deste estudo têm implicações importantes para a prática clínica e em investigações futuras. Por exemplo, a necessidade de intervenções direcionadas à promoção da qualidade do sono em idosos podem ser importantes em futuras crises de saúde pública. Neste sentido, estratégias que abordem a gestão do stress, a manutenção de rotinas saudáveis e a promoção do bem-estar psicológico podem ser cruciais. Além disso, investigações adicionais são necessárias para uma compreensão mais detalhada dos determinantes da qualidade do sono que permitirão o desenvolvimento de intervenções específicas para os mais velhos.

Em resumo, este estudo observacional longitudinal demonstrou uma redução

significativa na eficiência do sono entre idosos durante a pandemia de COVID-19. Esses achados ressaltam a importância de abordar as preocupações relacionadas ao sono em populações idosas e vulneráveis durante crises de saúde pública. A qualidade do sono desempenha um papel fundamental na saúde geral e no bem-estar dos idosos, e estratégias de intervenção direcionadas podem ser benéficas para mitigar esses impactos negativos.

Conclusão

A eficiência do sono em idosos brasileiros reduziu ao longo de um ano de evolução da pandemia. A eficiência do sono deve ser monitorada a médio e longo prazo, dado que uma baixa eficiência do sono pode ser levar a uma pior qualidade de vida e outros desfechos de saúde.

Referências Bibliográficas

- Abdalla, P. P., Neto, E. S. Q., Lage, A. C. S. S., Gomes, S., de Freitas, M. D. D. B., Pedro-Costa, S., Machado, D. R. L., Oliveira, J., Mota, J., & Bohn, L. (2022). Sleep Quality and Quality of Life Among Older Adults During COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Current Aging Science*, 15(2), 186-196. <https://doi.org/10.2174/1874609815666220304195647>
- Abdelghani M, Alsadik M, Abdelmoaty A, Atwa S, Said A, Hassan M. (2022). Sleep disturbances following recovery from COVID-19: a comparative cross-sectional study in Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 28(1), 14-22. <https://doi.org/10.26719/emhj.22.006>
- Balanzá-Martínez, V., Atienza-Carbonell, B., Kapczinski, F., & De Boni, R. B. (2020). Lifestyle behaviours during the COVID-19-time to connect. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(5), 399.
- Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, et al. (2011). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh sleep quality index. *Sleep Medicine*, 12(1), 70-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
- Besedovsky HO, del Rey A (2011). Citocinas centrais e periféricas medeiam a conectividade imunológico-cerebral. *Neurochemical Research*, 36(1), 1-6.
- Bohn, L., Gomes, S., Neto, E. S. Q., Lage, A. C. S. S., de Freitas, M. D. D. B., Magalhães, F.

- P., Mota, J., & Soares Miranda, L. (2021). Predictors of Lower Depression Levels in Older Adults During COVID-19 Lockdown. *Journal of Applied Gerontology*, 40(11), 1407-1416. <https://doi.org/10.1177/07334648211025116>
- Buyse DJ, Reynolds CF III, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Ciuffreda G, Cabanillas-Barea S, Carrasco-Uribarren A, Albarova-Corral MI, Argüello-Espinosa MI, Marcén-Román Y. (2021). Factors Associated with Depression and Anxiety in Adults ≥60 Years Old during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 18(22), 11859. doi: 10.3390/ijerph182211859.
- Jesus Pinto, W., Muricy, V. C., & Treto, R. R. R. (2020). Ritmos biológicos no sistema endócrino. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 53677-53696.
- Doherty, R., Madigan, S., Warrington, G., & Ellis, J. (2019). Sleep and nutrition interactions: implications for athletes. *Nutrients*, 11(4), 822.
- Keng SL, Stanton MV, Haskins LB, Almenara CA, Ickovics J, Jones A, et al. (2022). COVID-19 stressors and health behaviors: A multilevel longitudinal study across 86 countries. *Preventive Medicine Reports*, 27, 101764. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2022.101764>
- Kocevska D, Blanken TF, Van Someren EJW, Rösler L. (2020). Sleep quality during the COVID-19 pandemic: not one size fits all. *Sleep Med*, 76, 86-88. doi: 10.1016/j.sleep.2020.09.029.
- Liao YH, Fan BF, Zhang HM, Guo L, Lee Y, Wang WX, Li WY, Gong MQ, Lui LMW, Li LJ, Lu CY, McIntyre RS. (2021). The impact of COVID-19 on subthreshold depressive symptoms: a longitudinal study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, 20. <https://doi.org/10.1017/S2045796021000044>
- Martínez-de-Quel Ó, Suárez-Iglesias D, López-Flores M, Pérez CA. (2021). Physical activity, dietary habits and sleep quality before and during COVID-19 lockdown: A longitudinal study. *Appetite*, 158, 105019. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105019>
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Diretrizes sobre atividade física e comportamento sedentário*. <https://www.paho.org/pt/noticias/26-11-2020->

- oms-lanca-novas-diretrizes-sobre-atividade-fisica-e-comportamento-sedentario
- Papagiouvanni I, Kotoulas SC, Vettas C, Sourla E, Pataka A. (2022). Sleep During the COVID-19 Pandemic. *Curr Psychiatry Rep*, 24(11), 635-643. doi: 10.1007/s11920-022-01371-y.
- Rass V, Beer R, Schiefecker AJ, Lindner A, Kofler M, Ianosi BA, et al. (2022). Neurological outcomes 1 year after COVID-19 diagnosis: A prospective longitudinal cohort study. *European Journal of Neurology*, 29(6), 1685-1696. <https://doi.org/10.1111/ene.15307>
- Siegel, J. M. (2022). Sleep function: an evolutionary perspective. *Lancet Neurology*, 21(10), 937-946. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00210-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00210-1)
- Taporoski, T. P., Beijamini, F., Gómez, L. M., Ruiz, F. S., Ahmed, S. S., von Schantz, M., Pereira, A. C., & Knutson, K. L. (2022). Subjective sleep quality before and during the COVID-19 pandemic in a Brazilian rural population. *Sleep Health*, 8(2), 167-174. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2021.11.007>
- Watson, A. M. (2017). Sleep and athletic performance. *Current Sports Medicine Reports*, 16(6), 413-418.
- Yaremchuk, K. (2018). Sleep Disorders in the Elderly. *Clinical Geriatrics Medicine*, 34(2), 205-216. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.01.008>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Elementos-chave na preparação e planeamento da transição para a reforma - o contributo do Serviço Social

Título resumido do manuscrito: Elementos na preparação e planeamento da reforma

Catarina Silva Simão

Mestre em Serviço Social pela Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa
(FCH-UCP)

ORCID ID: 0009-0001-2127-2254

Ana Maria da Costa Oliveira

Centro de Investigação da Católica para o Bem-Estar Psicológico, Familiar e Social da Faculdade de
Ciências Humanas (CRC-W)

ORCID ID: 0000-0002-3200-8555

Resumo

A passagem à reforma envolve mudanças e transformações a vários níveis, exigindo a cada indivíduo a capacidade de se adaptar a uma nova fase do seu ciclo de vida. A reforma não representa obrigatoriamente uma delimitação entre o fim da idade adulta e a velhice, no entanto é um acontecimento indissociável do envelhecimento. Não sendo necessariamente um problema social, o modo como é vivenciado o processo de transição e adaptação pode gerar situações de vulnerabilidade, de isolamento, solidão e exclusão social, com impacto significativo nas relações humanas.

A preparação e o planeamento desta etapa são preponderantes na promoção de processos de transição-adaptação bem-sucedidos, dado que permitem reduzir o período de desorganização e promover novos começos e vidas com propósito e sentido. Deste modo, apresentam-se os elementos-chave a incorporar numa proposta de intervenção assente na preparação e planeamento da reforma e tendo por base as especificidades do Serviço Social, promotora de um envelhecimento ativo e saudável, com qualidade e bem-estar.

Palavras-chave: reforma; preparação; planeamento; envelhecimento; serviço social.

Introdução

Nas últimas décadas, a tendência de envelhecimento populacional tem-se verificado a nível europeu e mundial. O crescimento deste grupo etário deve-se a conjunto de diversos fatores, tais como, o aumento da esperança média de vida, o crescimento económico, a diminuição das taxas de fecundidade e de mortalidade infantil, o avanço da medicina, entre outros. Face a esta tendência demográfica, torna-se necessário garantir às pessoas de idade avançada, dignidade, qualidade de vida e bem-estar, nomeadamente durante a sua reforma.

A centralidade e importância do trabalho na sociedade atual é colossal, correspondendo a um dos papéis mais relevantes na vida das pessoas. Ao mesmo tempo que constitui um rendimento económico, possibilita a estruturação do uso do tempo, a conquista de estatuto social, uma fonte de identidade, um espaço de interação social e de realização pessoal, e a participação na vida económica e social do país (Friedmann & Havighurst, 1954; Richardson, 1989; Sonnenberg, 1997).

O trabalho espelha uma das três grandes fases do modelo tripartido de organização do ciclo de vida e influencia o processo de transição para a reforma e de envelhecimento. Esta é assumida pelos indivíduos como primordial e de grande pertinência, visto ser a mais prolongada.

O relevo da atividade profissional conduz a que a sua perda ou fim – seja voluntária ou involuntária, antecipada ou prevista, parcial ou total – represente um risco de perturbação e mal-estar para o indivíduo (Fonseca, 2011), sendo por isso crucial planear e preparar esta fase.

A reforma é um acontecimento significativo que ocorre habitualmente no final da meia-idade, constituindo-se como um evento estrutural no curso de vida, com impactos relevantes no processo de envelhecimento da pessoa, bem como na qualidade de vida e bem-estar da pessoa (Fonseca, 2011). Este processo está nitidamente relacionado com as condições do envelhecimento da pessoa, à semelhança das circunstâncias, oportunidades e recursos ao longo da idade adulta.

Ainda que ocorra num dia concreto e específico, não deixa de ser uma ocorrência com antecedentes que comporta um determinado processo. Este pode ser vivenciado e sentido pelo reformado de forma positiva ou negativa. Por um lado, pode representar

alívio e fonte de bem-estar acrescida. Por outro lado, pode significar a separação das relações sociais do local de trabalho, a perda de estatuto social, e/ou o reconhecimento de menor capacidade e competência.

A passagem à reforma consiste num processo complexo composto por dois momentos distintos - a transição e a adaptação. A transição ocorrerá sempre, visto que corresponde à passagem do trabalho remunerado para a aposentação. Por sua vez, a adaptação comporta o processo através do qual o indivíduo integra completamente a transição na sua vida, sendo que poderá nunca ocorrer na totalidade por depender do modo e forma como decorre a passagem.

A reforma não deve ser considerada como um problema social, contudo origina uma multiplicidade de mudanças e desafios que podem representar consequências negativas e que exigem um reajustamento no modo de vida da pessoa. No entanto, ainda que “a maioria das pessoas lide bem com esta transição e a descreva como uma experiência positiva, verifica-se que há uma minoria substancial que experimenta problemas nesta fase da vida” (Richardson, 1989, p.210). Esta é uma transição relevante do desenvolvimento humano, a qual será importante ser acompanhada na perspetiva do Serviço Social, por forma a assegurar que a vivência da reforma não resulte numa transição negativa e com consequências contraproducentes no processo de envelhecimento.

Para uma transição-adaptação bem-sucedida (Talyor-Carter & Cook, 1995) é necessário promover a consciencialização sobre o processo, a manutenção do sentido de continuidade com o passado, o estabelecimento de relações mais próximas e a realização de atividades que proporcionem bem-estar.

O acompanhamento social ao longo do processo de reforma, através do estabelecimento de uma relação de escuta, de aconselhamento e de entreaajuda, com recurso a componentes basilares (Robertis, 2011, pp. 144-155), pode contribuir para uma transição e adaptação positiva, que promova o envelhecimento bem-sucedido e diminua o risco de isolamento, solidão e de exclusão social.

Desta forma, o assistente social deverá desempenhar funções relacionais e de acompanhamento, de modo que, a pessoa seja capaz de desmitificar o processo de reforma, olhar para si própria, construir relações e definir uma trajetória de vida para o seu futuro (Schlossberg, 2004).

Durante o processo de transição e adaptação existem três momentos decisivos que podem causar dificuldades ou obstáculos, podendo ser necessário intervir em qualquer uma destas fases ou inclusive nas três (Richardson, 1989).

A antecipação versus a evitação, ocasião na qual o profissional informa e consciencializa sobre o processo de transição e adaptação à reforma, evidencia os benefícios de pensar e preparar esta etapa, orienta, aconselha e acompanha as pessoas na elaboração dos seus planos de reforma, e trabalha os sentimentos, receios e desafios associados a esta transição.

Por sua vez, na tomada de decisão, o papel do assistente social consiste em apoiar e acompanhar a decisão, através da informação e do esclarecimento.

Na fase da adaptação à reforma, as funções consistem em incentivar a pessoa nos seus projetos pós-reforma e acompanhar o processo de adaptação à nova realidade (e.g. o impacto das mudanças e desafios associados à transição).

Assim, pretende-se divulgar os resultados que permitiram identificar os elementos-chave a incorporar numa proposta de intervenção assente na preparação e planeamento da reforma e tendo por base as especificidades do Serviço Social.

Métodos

Relativamente à orientação metodológica optou-se pela abordagem eminentemente qualitativa de natureza exploratória, tendo sido realizado um estudo exploratório com recurso a duas estratégias de recolha de dados distintas, designadamente o inquérito por questionário e a entrevista semiestruturada.⁹

O inquérito por questionário foi aplicado a uma amostra aleatória de 100 pessoas com idade igual ou superior a 55 anos, com o intuito de auscultar atuais e futuros reformados sobre o processo de transição e a preparação da reforma, bem como quais as dificuldades, preocupações e necessidades associadas a esta etapa de vida.

Por sua vez, na entrevista semiestruturada a amostra foi constituída por 8 profissionais com desempenho relevante em, pelo menos, uma das seguintes esferas: produção científica e/ou formação académica, prática interventiva, e poder político ou poder de influência de decisão política. A multiplicidade de esferas de atuação possibilitou

⁹ Na aplicação de ambos os instrumentos de recolha de dados foram salvaguardados os princípios éticos do consentimento informado.

diversidade nos dados empíricos obtidos, tal como um cruzamento de posições e perspetivas sobre a temática.

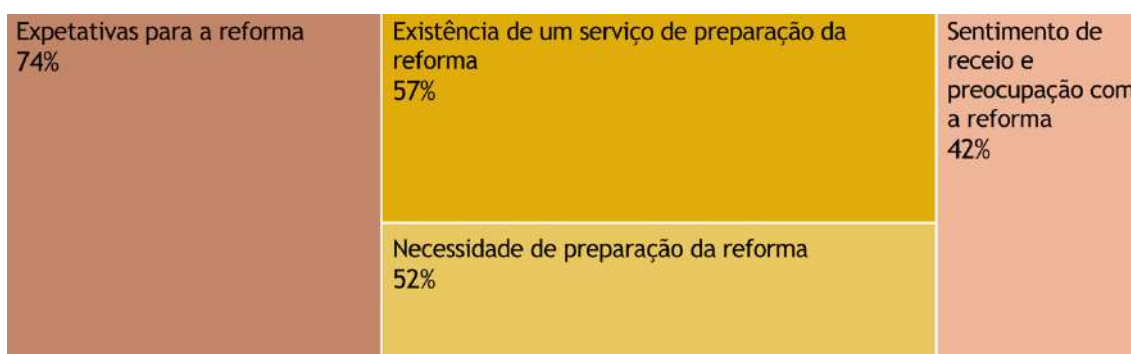
Os dados foram analisados com recurso à técnica da análise de conteúdo, através do software MAXQDA 2020 com recurso à atribuição de códigos no decorrer do processo, tendo por base a revisão da literatura.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos através do processo de auscultação a atuais e futuros reformados evidenciam que do universo de participantes 42% mencionaram ter sentimentos de receio e/ou preocupação com a chegada da reforma, 74% indicaram ter expetativas para esta fase; 52% referem necessidade de preparar esta etapa e 57% gostariam que existisse um serviço personalizado de preparação e planeamento.

Figura 1.

Resultados do processo de auscultação a atuais e futuros reformados



Fonte: Elaboração própria

Desta forma, torna-se importante de responder às dificuldades e obstáculos associados à transição e adaptação à reforma, particularmente a não preparação e planeamento da reforma. A revisão da literatura e a análise de conteúdo permitiram compilar e estabelecer os elementos-chave para o desenho de uma resposta no âmbito da preparação e o planeamento da reforma na perspetiva do Serviço Social, designadamente: as estratégias a incorporar, a(s) entidade(s) promotora(s), as dimensões a desenvolver, o(s) período(s) de vida no qual a reforma deverá ser preparada e a(s) forma(s) de financiamento.

Estratégias a incorporar

A maioria dos indivíduos prefere optar por uma transição gradual comparativamente a uma transição abrupta (Fonseca, 2011), dado que esta permite mais facilmente um planeamento do tempo e de futuras atividades, contribuindo para uma adaptação saudável ao processo de envelhecimento e para a diminuição do stress. A análise das entrevistas enfatiza a necessidade de um processo gradual e refletido, planeado: *“Um dos aspetos negativos da reforma atualmente é o seu caráter impositivo. Na minha perspetiva e também na de diversos autores, a reforma deve-se tornar cada vez mais gradual e optativa, e integrando várias opções.”* (MF, Entrevista 6).

Uma preparação cuidada da reforma, que considere o indivíduo e o seu meio ambiente, possibilitará uma segurança e um controlo da vida pessoal diferente.

As abordagens e meios de preparação devem ser diversos e distintos, com o propósito de informar a pessoa, promover a reflexão sobre esta nova etapa e dar suporte na organização e planificação da mesma. O envio de folhetos informativos, a divulgação e possibilidade de inscrição em associações de reformados, a simulação de pensões e as conversas com especialistas são alguns dos exemplos a ponderar.

A tendência de evitar pensar no futuro impele as pessoas a adiarem a elaboração de planos para esta fase da vida. Neste sentido, torna-se importante informar e elucidar, assim como *“(...) motivar as pessoas, consciencializar as pessoas da importância de preparar esse momento.”* (EM, Entrevista 8).

A redefinição e adequação do posto de trabalho ao próprio processo de envelhecimento conforme as suas circunstâncias e capacidades da pessoa, é outro dos mecanismos apontados para preparar para esta fase, nomeadamente *“(...) adequar as tarefas à idade, adequar as funções àquilo que é a idade e o estado de cada uma das pessoas (...).”* (RP, Entrevista 4).

O aconselhamento e os cursos/programas de preparação para a reforma individual ou em grupo nomeadamente em contexto laboral são também mencionados pelos entrevistados como mecanismos promotores de qualidade de vida, sendo importante ter em consideração que *“deverá ser algo que vai ao encontro da realidade da pessoa, a ambição que tem, onde vive, estilo de vida, por aí.”* (AF, Entrevista 1).

O incentivo à poupança complementar ao sistema da Segurança Social é outra das estratégias referidas preferencialmente de forma contínua ao longo do ciclo de vida, assim *“(...) deveríamos estimular o mutualismo, bem como as formas de poupança*

solidária e os produtos mutualistas (...).” (PP, Entrevista 7).

Sistematizando, estas são as estratégias a incorporar numa resposta no âmbito da transição para a reforma que resultaram da revisão da literatura e da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

Figura 2

Estratégias de preparação e planeamento da reforma

- ✓ Mecanismos promotores de uma transição gradual e suave
- ✓ Formação para os trabalhadores para a necessidade de preparar esta etapa
- ✓ Redefinição e adequação do posto de trabalho à idade e condição da pessoa
- ✓ Estímulo e incentivo a soluções de poupança complementar à Segurança Social
- ✓ Aconselhamento e acompanhamento individual ou coletivo
- ✓ Ações de sensibilização e consciencialização sobre a preparação
- ✓ Organização de cursos ou programas de preparação e planeamento da reforma

Fonte: Elaboração própria

Entidade(s) promotora(s)

Este elemento-chave corresponde consiste na identificação da organização ou das organizações com capacidade, interesse e conhecimento em desenvolver uma resposta no âmbito da transição para a reforma.

As autarquias, o Instituto da Segurança Social, a empresa de consultoria, o Estado, as instituições bancárias e/ou seguradoras, as organizações da sociedade civil e a entidade patronal correspondem às hipóteses enumeradas pelos especialistas.

Destas, a entidade patronal corresponde à proposta com maior destaque, tendo sido assinalada pela grande maioria dos entrevistados. Por sua vez, a empresa de consultoria consiste na segunda proposta mais indicada.

Contudo, todas as possibilidades são viáveis e válidas, e podem operacionalizar uma resposta centrada nas necessidades e especificidades da reforma.

Dimensões a desenvolver

Relativamente às dimensões a trabalhar numa resposta de transição para reforma consistem nas áreas que consideram importantes serem trabalhadas durante a preparação e planeamento. Da análise de conteúdo resultaram as dimensões apresentadas na figura seguinte.

Figura 3

Dimensões a desenvolver



Fonte: Elaboração própria

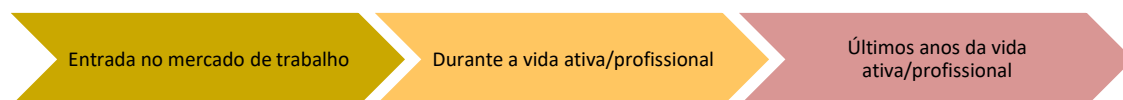
A dimensão financeira, ocupacional, funcional e da saúde numa perspetiva preventiva são as mais mencionadas.

Período de vida para ingressar uma resposta

A preparação e planeamento da reforma representam uma mais-valia para o bem-estar e qualidade de vida das pessoas. Esta é uma etapa que condiciona a pessoa no seu todo e no seu contexto. Desta forma, e considerando as várias dimensões internas e externas da pessoa, os tempos e alturas de preparação desta etapa poderá variar consoante as mesmas. Assim, da análise das entrevistas aos especialistas resultam três períodos de preparação.

Figura 4

Período de vida para ingressar uma resposta



Fonte: Elaboração própria

Relativamente à entrada no mercado de trabalho, os discursos analisados relevam a pertinência de neste período se iniciar uma preparação mais individual orientada para as dimensões financeira e habitacional – significativas na vivência da reforma e que implicam poupanças e investimentos a médio e longo prazo. Neste sentido, quanto mais

cedo for iniciada a preparação, mais vantajoso será para os próprios, de seguida ilustrado: *“Desde que a pessoa tenha um emprego, a partir de 30 anos altura em que as pessoas começam a estabilizar, devem começar a fazer uma preparação económica e também ao nível do espaço físico.”* (MG, Entrevista 2). *“A reforma tem que ir sendo pensada ao longo do nosso ciclo de vida a partir do momento em que entramos no mercado de trabalho. As pessoas têm que pensar na reforma sempre e de uma forma contínua, tal como pensam e preparam as férias todos os anos.”* (MF, Entrevista 6).

O estilo de vida, as relações, as ocupações e interesses são aspetos cruciais e que devem ser desenvolvidos ao longo da vida. Esta fase deverá ser preparada e planeada ao longo do ciclo de vida, nomeadamente durante a vida ativa/profissional, através do desenvolvimento de competências, interesses e pela formação e aprendizagem ao longo da vida, como podemos observar nos excertos seguintes:

“(...) a reforma no fundo será tão positiva quanto nós conseguirmos ao longo da nossa vida desenvolver este conjunto de competências ao nível relacional, ao nível dos interesses em participar na sociedade e interesses culturais e pela aprendizagem ao longo da vida. Isso são fatores extremamente importantes para que a reforma depois não seja um fator “desestabilizador” na nossa vida emocional.” (JC, Entrevista 3)

“Ninguém pode chegar ao dia em que se reforma com 67 anos e dizer que vai agora começar a fazer umas corridas, se nos anos anteriores não começou a preparar-se. Portanto, dizer que a idade adulta deve ser vivida em contínuo. A pessoa ao longo da sua vida laboral deve ir fazendo exercícios de formação que permitam entender inclusivamente o estado funcional em que está, para poder adaptar as suas atividades ao estado funcional em que se encontra.” (RP, Entrevista 4).

A preparação desta etapa deverá decorrer ao longo da vida, no entanto nos anos que antecedem a reforma é necessário que a pessoa organize e construa planos consoante a sua nova realidade e circunstâncias. Conforme refere uma das especialistas, neste período a preparação terá de ser *“mais focada e veemente”* (MF, Entrevista 6).

Assim, no que concerne aos últimos anos da vida ativa/profissional, os discursos dos especialistas entrevistados atestam: *“O processo de preparação para a reforma deve iniciar talvez a partir do momento em que os trabalhadores são considerados seniores e considerando o tipo de trabalho em questão.”* (CP, Entrevista 4).

“Porém, eu diria que dois/três anos antes, no máximo cinco anos antes do momento da reforma previsível, a pessoa deveria começar a pensar sobre isso e a organizar os seus planos.” (EM,

Entrevista 8).

Deste modo, a preparação e planeamento da reforma pode ocorrer em diversas fases da vida da pessoa, consoante as necessidades, possibilidades e expetativas das pessoas. Em todo o caso, é importante que a resposta de transição para a reforma tenha em consideração as diversas hipóteses, por forma a possibilitar à pessoa um tipo de preparação e planeamento ajustado aquilo que deseja viver. Conforme a etapa de vida poderá ser necessário agilizar e intensificar o nível de preparação.

Financiamento

Outro dos elementos a ter em consideração no desenho e desenvolvimento de uma resposta é o financiamento. As perspetivas e opiniões dos especialistas dão conta de possibilidades diferenciadas, designadamente a entidade patronal, o Instituto da Segurança Social em articulação com a Autoridade de Seguros, a própria pessoa e a conjugação de diferentes agentes.

Não obstante a diversidade de hipóteses, a escolha prevalece sobre a entidade patronal, mais especificamente operacionalizada pela área dos Recursos Humanos ou da Responsabilidade Social.

Conclusão

A tendência gradual de envelhecimento aponta para o aumento do número de pessoas a alcançar a possibilidade de vivenciar o processo de reforma, evidenciando a importância da sensibilização e consciencialização para refletir, preparar e planear a reforma ao longo da sua vida nas suas diferentes dimensões.

A preparação e planeamento da reforma assumem relevância sendo crucial para promover o ajustamento da pessoa a esta nova etapa do ciclo de vida. Em síntese, uma resposta no âmbito da transição para a reforma deverá:

- i. contemplar o aconselhamento e acompanhamento, a sensibilização e consciencialização, o estímulo à poupança e a organização de cursos ou programas de preparação e planeamento como estratégias;
- ii. a entidade promotora deste tipo de resposta deverá ser inovadora e imparcial, sendo a empresa de consultoria uma hipótese a considerar;
- iii. trabalhar e desenvolver todas as dimensões promotoras do bem-estar da

pessoa, com particular atenção para as dimensões financeira, ocupacional/sentido de vida, saúde e funcional;

- iv. ponderar os diversos períodos de preparação designadamente aquando da entrada no mercado de trabalho, durante a vida ativa/profissional e nos últimos anos de vida ativa/profissional, por forma a possibilitar às pessoas um tipo de preparação e planeamento ajustado às suas necessidades, possibilidades e expetativas;
- v. promover ao nível do financiamento da resposta uma solução híbrida entre a entidade patronal (numa perspetiva de responsabilidade social) e a própria pessoa (a título pessoal), alargando assim o alcance do seu serviço.

A qualidade na passagem à reforma depende(rá) do modo e forma como a mesma se procede. O contexto e as condições de trabalho influenciam de forma significativa a qualidade e o bem-estar. Neste sentido, a preparação e planeamento deverão ocorrer ao longo da vida, com especial relevo nos últimos anos prévios à transição.

Neste sentido, importa desenvolver e implementar iniciativas e soluções diferenciadas que apoiem e envolvam as pessoas na preparação da reforma, a título de exemplo, feiras da reforma (na mesma dinâmica das feiras de emprego), gabinetes de apoio a reformados, e cursos ou programas de preparação da reforma.

O Serviço Social deverá assumir a sua identidade científica e técnica e a sua especificidade no refletir e saber-agir, e naturalmente um papel e lugar de intervenção neste contexto de atuação, privilegiando uma perspetiva preventiva e holística no âmbito da preparação.

Para além deste papel como agente de acompanhamento e mudança individual que caracteriza frequentemente o Serviço Social, é essencial que alerte e influencie o poder político para a importância e a necessidade de considerar políticas que proporcionem a preparação desta etapa de vida, nomeadamente para as novas gerações, assim como de produzir política pública capaz de promover nas pessoas um propósito e sentido – projetos de vida ao longo da vida.

Deste modo, com este artigo pretende-se salientar a importância da preparação e planeamento da reforma na perspetiva do Serviço Social, bem como evidenciar a necessidade de preparar e planear esta transição relevante ao longo da vida, com a finalidade de prevenir situações de risco e promotora de um (novo) propósito e sentido

de vida, qualidade e bem-estar.

Referências Bibliográficas

- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e Reformados*. Coimbra: Edições Almedina.
- Friedmann, E. & Havighurst, R. (1954). *The meaning of work and retirement*. Chicago: University of Chicago Press.
- Richardson, V. (1989). Social Work Practice and Retirement. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 70(4), 210-218.
<https://doi.org/10.1177%2F104438948907000403>
- Robertis, C. (2011). *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*. Porto: Porto Editora.
- Schlossberg, N. (2004). *Retire smart, retire happy: Finding your true path in life*. Washington: American Psychological Association.
- Sonnenberg, D. (1997). The “new career” changes: Understanding and managing anxiety. *British Journal of Guidance and Counselling*. 25 (4), 463-472.
<https://doi.org/10.1080/03069889708253824>
- Talyor-Carter, M. & Cook, K. (1995). Adaptation to Retirement: Role Changes and Psychological Resources. *The Career Development Quarterly*, 44 (1), 67-82.
<https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.1995.tb00530.x>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Envelhecer com as memórias da guerra: vulnerabilidades em contexto de crise sanitária

Título resumido do manuscrito: Envelhecer com as memórias da guerra

Sara Silva

Universidade de Évora, CICS.NOVA.UÉvora
| d50858@alunos.uevora.pt
ORCID: 0009-0005-9109-8836

Ana Romão

Academia Militar/CINAMIL, CICS.NOVA | anaromao74@gmail.com
ORCID: 0000-0002-9791-5172

Maria Da Saudade Baltazar

Universidade de Évora, CICS.NOVA.UÉvora | baltazar@uevora.pt
ORCID: 0000-0002-2995-820X

Luís Baptista

Universidade NOVA de Lisboa, FCSH | CICS.NOVA; luisv.baptista@fcsb.unl.pt
ORCID: 0000-0001-6228-1301

Resumo

Estimativas da Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional e da Associação dos Deficientes das Forças Armadas apontam para um universo de cerca de 400 mil antigos combatentes (AC), com idades compreendidas entre os 61 e os 80 anos. Quando ao envelhecimento se associam vulnerabilidades na saúde física e psicológica, como acontece frequentemente com os AC, estamos perante um campo de investigação pouco explorado no contexto nacional.

Tradicionalmente, as associações de AC têm desempenhado papéis relevantes na sinalização pública dos problemas e na promoção do bem-estar dos antigos militares. Durante a pandemia Covid-19, essa capacidade de ação foi fortemente afetada pelas

restrições inerentes ao estado de emergência. Uma das consequências foi a disrupção nas relações sociais causada pelos períodos de confinamento, com impacto no isolamento social e nos sentimentos de solidão. O objetivo deste artigo é precisamente refletir sobre o impacto da pandemia nos AC e na capacidade de ação das suas associações, enquanto o “*novo normal*” introduziu o distanciamento social como medida de saúde pública. Utilizamos uma metodologia qualitativa, através de um estudo de caso exploratório realizado no núcleo da Liga dos Combatentes, em Vendas Novas, com a aplicação de entrevistas aos seus associados. Os resultados evidenciam o valor da ação das associações na vida destes indivíduos, sobretudo em termos das sociabilidades que se tornam possíveis nestes ambientes e propiciam a partilha de memórias da guerra. Do trabalho realizado também se infere a necessidade de conhecer melhor as condições objetivas e subjetivas do que significa envelhecer com as memórias da guerra.

Palavras-chave: antigos combatentes; envelhecimento; isolamento social; solidão.

Introdução

As estimativas oficiais da Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional (2020) apontam para cerca de 400 mil AC da Guerra Colonial Portuguesa, com idades compreendidas entre os 61 e os 80 anos (Associação dos Deficientes das Forças Armadas [ADFA], 2020). As associações de AC têm desempenhado papéis muito relevantes na sinalização pública dos problemas que frequentemente decorrem de traumas sofridos durante o serviço militar e que afetam duradouramente o bem-estar dos antigos militares e das suas famílias (Madeira et al. 2022; Silva, 2021; Vieira et al. 2021). Comparativamente com a população em geral, os AC têm mais problemas de saúde física e são mais afetados por problemas de saúde mental, como o stress pós-traumático de guerra (Purcell et al., 2021).

A relevância social de tais problemas e os desafios que se colocam à investigação está na origem da criação em Portugal do Centro de Recursos de Stress em Contexto Militar, que tem como objetivo recolher, analisar e produzir informação sobre o impacto de fatores de stress na saúde e bem-estar psicossocial nos militares e ex-militares e familiares (Lei n.º 46/2020, artigo 12.º).

As vulnerabilidades no âmbito da saúde física e psicológica dos AC inspiram mais

cuidados quando conjugadas com as circunstâncias do envelhecimento (Correia, 2015), sendo que os processos de adaptação aos níveis individual e coletivo constituem um campo de investigação ainda pouco explorado no contexto nacional (Sales, Borges & Becker, 2020). Não obstante, cenários preocupantes, em termos de saúde, qualidade de vida, contextos de integração, e apoio social têm sido referidos em estudos exploratórios que nos alertam para setores de “uma população envelhecida, na qual as feridas da guerra se juntam às da velhice e da pobreza” (Lima, Moleiro & António, 2021, p. 42).

Uma das consequências da pandemia Covid-19 foi a disrupção nas relações sociais causada pelos períodos de confinamento, com impacto no isolamento social e nos sentimentos de solidão. No caso dos AC registaram-se impactos ao nível do bem-estar emocional, com sentimentos de solidão e tristeza, principalmente potenciados pelas situações de isolamento e pela interrupção das rotinas quotidianas, que arrastaram "sentimentos de limitação" e sensação de perda” (Purcell et al., 2021, p. 6). De uma forma geral, o isolamento social é uma situação que preocupa os idosos e principalmente quem está em situação de maior vulnerabilidade (Luísa, 2021).

Em suma, um conjunto de fatores contribuiu para uma maior vulnerabilidade neste grupo, particularmente aqueles que experienciaram situações traumáticas vividas durante o serviço militar. Os contextos do *novo normal*, marcado pela quebra das interações sociais, com impacto na redução da rede de apoio social também levou à sensação de isolamento e abandono. A rutura destes laços contribui assim para agravar os sentimentos de solidão (Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011). Os cuidados redobrados que os comportamentos coletivos impunham aos grupos de risco, para melhor os proteger do risco de contaminação, contribuíram simultaneamente para um aumento do distanciamento social. Ao mesmo tempo, importa recordar que o próprio acesso aos serviços de saúde, especialmente de saúde mental, não deixou de ser afetado, dando visibilidade à fragilidade existente nas estruturas de apoio (Marina & Conceição, 2020). A “crise sanitária deu visibilidade à fragilidade estrutural dos direitos fundamentais das pessoas vulneráveis ou em situação de risco” (Henrique & Gomes, 2020, s.p.).

Para enfrentar este cenário, é crucial conhecer as situações concretas e proporcionar apoio aos afetados, uma vez que a recuperação desses efeitos não ocorre de forma imediata e espontânea. São então de considerar os vários atores, como o Estado, as

associações de AC e outras instituições de cariz social, aos quais compete um papel importante na oferta de recursos e serviços para mitigar os efeitos da pandemia e promover o bem-estar a longo prazo destes cidadãos (Butler, 2020).

Decorrente do exposto, o objetivo da presente comunicação é refletir sobre o impacto da pandemia nos AC e na capacidade de ação das suas associações para mitigar os efeitos desta crise de saúde pública junto dos seus associados.

Métodos

Para a presente investigação, foi adotada uma metodologia qualitativa. Este tipo de abordagem permite explorar e compreender o significado que indivíduos ou grupos atribuem a um determinado problema ou situação. A coleta de dados faz-se normalmente no contexto em que se inserem os participantes objeto do estudo, procurando-se, assim, uma compreensão aprofundada das realidades em causa (Creswell, 2014; Gil, 2008). Deste modo, realizou-se um estudo de caso exploratório, no núcleo da Liga dos Combatentes (LC) em Vendas Novas.

Antes da recolha dos dados, procedeu-se à revisão da literatura sobre o tema. Esta, além dos contributos para a elaboração da problemática, concorreu para a elaboração do guião da entrevista. Antes de se iniciar a recolha de dados, estabeleceu-se contacto com os responsáveis do núcleo, para apresentar o estudo e solicitar colaboração, quer no acesso à documentação, quer na facilitação do acesso aos entrevistados.

Para a participação no estudo, foram definidos dois critérios: ser associado da Liga e ter participado na Guerra Colonial. Os entrevistados foram selecionados através do método bola de neve. A realização da entrevista implicou contatos prévios, para assegurar o acesso de acordo com a ética da investigação e obtenção do consentimento informado (especialmente importante, dada o potencial impacto emocional da temática).

Aplicaram-se entrevistas semiestruturadas, uma vez que esta tipologia permite flexibilidade na dinâmica com que os tópicos vão sendo abordados. Estes incluíram a seguinte estrutura: Caracterização sociodemográfica; Contexto da participação na Guerra Colonial; Sistemas de acompanhamento para a promoção de bem-estar; Impacto da pandemia Covid-19 nos AC; e, por último, Perceções sobre as trajetórias de vida e a saúde dos AC.

Realizaram-se sete entrevistas, com uma duração média de cerca de uma hora. Em

conformidade com o que foi acordado, as entrevistas foram gravadas, decorreram na sede do núcleo e tiveram uma duração média de cerca de uma hora. A respetiva análise iniciou-se com a transcrição, sujeita posteriormente a uma análise de conteúdo, cujos resultados se apresentam em seguida.

Resultados

No que concerne à caracterização sociodemográfica (quadro 1), estamos perante uma população idosa, com uma média de idades de 79 anos. Só um dos nossos entrevistados não nasceu no Alentejo. Todos vivem em Vendas Novas, com exceção de um, que reside a cerca de 80 quilómetros.

As habilitações da maioria são antiga 4ª classe que corresponde ao atual 4º ano de escolaridade. Estas eram as habilitações mínimas obrigatórias para quem nascia antes de 1 de janeiro de 1967.

Todos têm como fonte de rendimento reforma e o suplemento especial de pensão pelo serviço militar na Guerra Colonial, à exceção do Deficiente das Forças Armadas (DFA) que tem uma pensão de invalidez. Apenas um dos entrevistados foi militar de carreira.

Quadro 1

Caraterização sociodemográfica dos antigos combatentes

	Idade	Residência	Habilitações	Fontes de rendimento	Estado Civil	Filhos	Agregado familiar
EN							
1	79	Vendas Novas	4ª classe	Reforma e Supl. Especial pensão	Casado	2	Cônjuge, 2 filhos e neto
2	78	Vendas Novas	4ª classe	Reforma e Supl. Especial pensão	Casado	2	Cônjuge
3	83	Vendas Novas	4ª classe	Reforma e Supl. Especial pensão	Casado	2	Cônjuge
4	75	Vendas Novas	4ª classe	Reforma e Supl. Especial pensão	Casado	1	Cônjuge
5	74	Almada	2º ano do liceu	Reforma e Supl. Especial pensão	Casado	Não	Cônjuge
6	83	Vendas Novas	4ª classe	Reforma e Supl. Especial pensão	Viúvo	1	Filho e neta
7	81	Vendas Novas	4ª classe	Reforma e pensão de invalidez	Casado	2	Cônjuge

Fonte: Elaboração própria.

O suplemento especial de pensão corresponde a um montante calculado em função do tempo de serviço militar prestado em condições especiais de dificuldade ou perigo, sendo atribuído 75€ com bonificação de tempo de serviço até 11 meses; 100€ para tempo de serviço entre 12 e 23 meses; e 150€ aos que detenham uma bonificação de tempo de serviço igual ou superior a 24 meses (Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional, 2022).

A pensão de invalidez (Decreto-Lei n.º 45684 de 27 de abril de 1964) é concedida aos militares dos três ramos das Forças Armadas não pertencentes ao quadro permanente quando no cumprimento do seu serviço militar venham a sofrer de impotência funcional. Cumpriram em média 24 meses de serviço militar, à exceção do entrevistado que foi militar de carreira e do DFA.

Neste último caso, a missão terminou ao fim de cinco meses e meio, na sequência de um acidente na guerra. Em sete entrevistados, cinco estiveram na Guiné, considerada por estes como a “*pior zona*”. Quatro participaram em ações de combate e três desempenharam outras funções, como mecânicos e motoristas.

O facto de não participarem em ações de combate não impede que tenham sido afetados psicologicamente pelo cenário de guerra vivido. É fundamentalmente entre camaradas que se partilham as memórias de guerra, mas também as mulheres e outros familiares podem ser envolvidos nesse falar da guerra. (quadro 2).

As memórias já não têm impacto no seu dia-a-dia, o tempo ajudou a esquecer, mas dois entrevistados ainda se sentem afetados, no mínimo ocasionalmente. As recordações da guerra não influenciaram as suas relações familiares, pese embora estejam bastante

presentes nos AC que fazem questão de partilhá-las entre si.

Quadro 2

Memórias da guerra dos antigos combatentes

Memórias da Guerra				
AC	Com quem partilha	Sentimentos	Impactos no dia-a-dia	Influência nas relações familiares
1	Mulher e camaradas	Alívio de ansiedade	Tem	Não tem influenciado
2	Camaradas, filhos e genros.	Mistura de revolta	Às vezes tem "depende do estado de espírito"	Não (mas não aborda o tema com a mulher)
3	Família e camaradas	Força	Não tem impacto	Não tem influenciado
4	Mulher e camaradas	Revolta	Não tem impacto	Não tem influenciado
5	Mulher e camaradas	Não sente nada	Não tem impacto	Não tem influenciado
6	Mulher e camaradas	Saudades (da Guiné)	Não tem impacto	Não tem influenciado (teve sempre a mulher e o filho com ele)
7	Camaradas	Felicidade por estar cá	Não tem impacto	Não tem influenciado

Fonte: Elaboração própria

A percepção que têm face ao reconhecimento social por terem cumprido serviço militar durante a guerra divide os entrevistados: quatro consideram que não foram compensados e três pensam de modo diferente. Um destes ilustra o seu pensamento referindo que teve direito a recorrer ao Hospital Militar, antes do 25 de abril teve assistência na doença, tendo-lhe sido dada a oportunidade para continuar a ser militar, a qual recusou por já ter vida profissional estável.

Relativamente à ligação com a LC, quatro entrevistados têm uma longa ligação à associação; os restantes ingressaram há 20 anos ou menos (quadro 3). Todos destacam o convívio como a razão principal pela qual procuram os serviços da associação, permitindo cultivar amizades, manter vivas as memórias e combater o isolamento.

Apesar das idades avançadas, dois entrevistados assumem papel de cuidador dos respetivos cônjuges, circunstância que lhes restringe as possibilidades de convivialidade e alerta para a necessidade de se pensarem serviços articulados a uma diversidade de perfis.

Quadro 3

Ligação à associação

AC	Membro da associação	Serviços da associação	Resposta às necessidades	Benefícios das atividades culturais
1	50 anos	Convívio	Insuficientes	Conviver e manter a amizade
2	16 anos	Convívio	Insuficientes	Combater o isolamento
3	59 anos	Convívio	Suficientes	Conviver e manter a amizade
4	20 anos	Convívio	Suficientes	Conviver e manter a amizade
5	8 anos	Convívio	-	Importante para partilhar memórias
6	55 anos	Convívio	Suficientes	Importante para partilhar memórias
7	Liga – 60 anos ADFA – 48 anos	Convívio	Suficiente	Conviver e manter a amizade

Fonte: Elaboração própria

As respostas das associações às necessidades sentidas dos AC são consideradas genericamente suficientes. Os dois entrevistados que as consideram insuficientes reconhecem que é complicado melhorar e que *“não podem fazer mais”* com os recursos que têm disponíveis. Convidados a mencionar os benefícios a que têm direito como membros da LC, os entrevistados mencionam a obtenção de descontos na aquisição de serviços médicos e de saúde.

Quando questionados sobre o impacto da pandemia Covid-19 na sua saúde física e mental, os entrevistados não se sentem particularmente afetados (quadro 4). Porém ocorreram-lhes reminiscências relacionadas com a guerra e o teatro de operações em que serviram (memórias declaradas por cinco entrevistados). Como recordaram os entrevistados 1 e 3, respetivamente: *“Pensava muito na morte”*; *“a pandemia era outra guerra, mas muito diferente”*.

O medo fez parte da situação pandémica: *“tinha medo e cuidado, é uma das coisas que aprendi na guerra. Quando o inimigo é forte a gente temos de recuar, era o caso da pandemia”* (E2); *“Tive medo de apanhar, tanta gente a adoecer e com medo que me calhasse a mim”* (E6). Sobre o papel da associação, consideram que teve importância e mantiveram o contacto à distância, através de telefonemas. Apenas dois entrevistados não reconheceram a importância do núcleo nas suas vidas e acabaram por se afastar da associação durante o período pandémico.

Quadro 4

Impacto da pandemia Covid-19

AC	Implicações na saúde física/mental	Pensamentos sobre a experiência na guerra	Sentimentos recorrentes	Papel da associação
1	Não	Sim	Estava acomodado e calmo com a situação	Mantiveram o contacto à distância
2	Não	Não	Medo	Mantiveram o contacto à distância
3	Não	Sim	Sentiu-se “normal”	Não reconhece importância durante este período
4	Não	Não	Medo	Não reconhece importância durante este período
5	Não	Sim	Sentiu-se “normal”	Mantiveram o contacto à distância
6	Não	Sim	Medo	Mantiveram o contacto à distância
7	Não	Sim	Medo	Mantiveram o contacto à distância

Fonte: Elaboração própria

Em relação às trajetórias de vida e, mais especificamente, à sua saúde (quadro 5), quatro dos AC afirmam que, considerando a idade, a sua situação sua saúde está boa. Dois referem que está mais ou menos, enquanto o 1º entrevistado considera que a sua saúde está fraca, relacionado espontaneamente esse facto com as condições que vivenciou na Guiné, “(...), *chegámos a beber água podre*”.

Quando comparados com outros AC que conhecem, a maioria considera que a sua saúde é semelhante, enquanto três deles afirmam que estão em melhor estado de saúde do que muitos AC que conhecem. Dão exemplos de casos graves e situações precárias, como a questão dos sem-abrigo nas grandes cidades e AC com problemas de saúde mental que serviram com eles durante o serviço militar.

Por fim, comparando a sua saúde com pessoas da mesma idade que não participaram na guerra, os entrevistados tendem a considerar que a sua saúde está pior: “*Voltamos velhos da guerra, fui para lá gaiato*” (E1). As condições experienciadas na Guiné surgem como nexos de causalidade: “*O clima da Guiné é muito complicado, é muito húmido e quente e quem não foi lá, não sofreu na pele aquelas temperaturas, muito calor e muito frio de madrugada*” (E2).

Quadro 5

Trajetoórias de vida: a saúde dos AC

AC	Situação atual de saúde	Saúde comparativamente com os antigos combatentes que conhece	Saúde comparativamente com pessoas da sua idade que não participaram na guerra
1	Baixa	Idêntica	Pior
2	Boa	Idêntica	Pior
3	Boa	Melhor	Idêntica
4	Mais ou menos	Idêntica	Pior
5	Boa	Melhor	Idêntica
6	Boa	Melhor	Idêntica
7	Mais ou menos	Idêntica	Pior

Fonte: Elaboração própria

Por sua vez, três entrevistados consideram ter um nível de saúde semelhante aos indivíduos que não foram à guerra *“Eu sinto-me tão bem hoje como me sentia há 40/50 anos, só que com a idade as pernas já não são as mesmas”* (E6). *“Diria que tendo em conta a minha idade, tenho os problemas inerentes à mesma”* (E2). Para estes AC, os condicionamentos em termos de saúde não se relacionam com a presença na guerra, mas sim com processo de envelhecimento inerente à idade.

Os AC acreditam que os vários problemas sociais podem ser superados com o auxílio financeiro, como o aumento dos subsídios e das pensões, bem como o apoio das instituições na área da assistência médica. Quanto à prestação de apoio para melhorar o bem-estar dos AC nas idades mais avançadas, a resposta é unânime: o Estado deve ser o responsável pela assistência socioeconómica e médica.

Discussão

Os resultados permitiram uma incursão pelas experiências vivenciadas e pelas memórias dos AC, durante o período da pandemia covid-19.

Seguindo as narrativas dos próprios, o tempo tem feito o seu papel. As memórias da guerra já não afetam as relações familiares, ainda que dois entrevistados considerem que elas estão presentes no dia-a-dia, ou pelo menos ocasionalmente. As vivências em torno do núcleo estudado (LC de Vendas Novas) evidenciam uma forte centralidade na convivialidade que esses lugares proporcionam e que constituem também a oportunidade para manter e reforçar amizades, entre camaradas. É mormente entre camaradas que todos recordam os tempos em África.

Deste modo, apesar do silenciamento na sociedade portuguesa em relação à guerra

(Caiado, Ferreira & Cardina, 2021), as vivências que os entrevistados reportam permitem salientar o seu papel de “agentes do processo de memorialização da guerra” (Caiado, Ferreira & Cardina, 2021).

Ter estado na guerra não determina necessariamente a trajetória de vida. Mas, dois entrevistados expressaram o quanto ficaram marcados: “*Vim de lá outra pessoa, muito mais adulto*” (E5); “*Voltamos velhos da guerra, fui para lá gaiato*” (E1); num sentido algo diferente, outros entrevistados revelam que a guerra os tornou mais “*fortes*” (E3), e que a experiência acumulada foi permitindo “(...) dar sempre a volta por cima” (E6).

As percepções relativamente ao reconhecimento e compensações pela participação na guerra, revelam uma certa frustração decorrente do que consideram ser o reconhecimento insuficiente por parte do Estado, aspetos evidenciados também em outros estudos (nomeadamente, Correia 2015).

Ao contrário do que se evidenciou na revisão bibliográfica, as narrativas dos entrevistados tendem a não valorizar o impacto da pandemia Covid-19 na sua saúde física e mental. O facto de Vendas Novas ser um espaço ainda com características rurais, de sociabilidades próximas e redes familiares intensas poderá ter contribuído para criar resiliência nestes AC, que se mantiveram ativos em torno do cultivo da horta, tal como relataram. Contudo, as suas narrativas não deixam de aludir a sentimentos negativos como o medo e as lembranças da morte e da guerra.

Quanto ao papel da associação a que pertencem, tendem a avaliá-lo positivamente: “*Eles cá também não podem fazer mais. Embora a gente precise sempre mais*” (E4). Essa compreensão parece associar-se ao reconhecimento de uma incapacidade para respostas mais adequadas face às emergências sociais (Henriques & Gomes, 2020).

Segundo os entrevistados, as dificuldades encontradas nos AC com idades mais avançadas são os problemas de saúde mental, as situações de sem-abrigo, dificuldades económicas e de acesso à saúde. Tais dificuldades agravam-se com a idade, pelo que o impacto do envelhecimento nos problemas sentidos pelos AC carece de conhecimento aprofundado, como também salientam outros autores (Maia & Morgado, 2021).

O estudo exploratório foi restrito ao estudo de caso no núcleo da Liga de Vendas Novas, e, portanto, os dados não podem ser generalizados para os resultados dos AC em geral. A realidade encontrada no estudo pode não ser a mesma em outras regiões do país ou

para outros grupos de AC, como se verifica pela literatura consultada. Apesar das limitações, o estudo ainda permitiu identificar várias pistas de investigação para pesquisas futuras com uma amostra mais ampla de AC, abrangendo diferentes regiões do país, com foco nas representações sociais que os AC têm em relação ao seu processo de envelhecimento.

Conclusão

Persiste a necessidade de aprofundar a compreensão do envelhecimento nos AC e das vulnerabilidades associadas, com destaque para aquelas que são provenientes do serviço militar, em particular o stress de guerra.

Apesar do período conturbado da pandemia de Covid-19 ter introduzido importantes preocupações nas vidas dos entrevistados estudados, fazendo emergir sentimentos de solidão e de medos relacionados com a guerra, estes demonstraram resiliência na superação dos seus efeitos. Com apoio de redes sociais, como família e associações de AC, em geral, não mencionam impactos e efeitos duradouros deste período. A convivialidade que o núcleo associativo proporciona é também o espaço das memórias, os lugares da partilha entre camaradas.

Referências Bibliográficas

- Alvino-Borba, A & Mata-Lima, H. (2011). Exclusão e inclusão social nas sociedades modernas: um olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia. *Serviço Social & Sociedade* (106), 219-240. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000200003>
- Associação dos Deficientes das Forças Armadas. (2017). *Deficientes das Forças Armadas - A Geração da Rutura*. Lisboa: Edições Parsifal, Lda.
- Butler, A. (2020). Supporting Veterans during COVID-19 and Beyond. *National League of Cities*. <https://www.nlc.org/article/2020/11/11/supporting-veterans-during-covid-19-and-beyond/>
- Caiado, A., Ferreira, V. & Cardina, M. (2021). Os regressos da guerra: espaço público, mundo digital e (re)produções mnemónicas. *Ler História* (79), 215-240. <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.9489>
- Correia, D. (2015). *A condição de idoso antigo combatente: Relatos de vida*,

- Vulnerabilidades e Processos de reconhecimento público*. Portalegre: Dissertação de Mestrado em Gerontologia: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Creswell, J., W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Direção-Geral de Recursos da Defesa Nacional. (2022). *Estatuto do Antigo Combatente NOVO. República Portuguesa: Defesa Nacional*. Disponível em: https://bud.gov.pt/fls/docs/ac/dgrdn_ac_faqs_2022-01-06.pdf
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Editora Atlas.
- Henriques, M. & Gomes, C. (2020), "Vulnerabilidades sociais e direitos", *Palavras para lá da pandemia: cem lados de uma crise*. Disponível em: <https://ces.uc.pt/publicacoes/palavras-pandemia/?lang=1&id=30401>. ISBN: 978-989-8847-24-9
- Lei 46/2020, de 20 de agosto da Assembleia da República. (2020). *Diário da República* n.º 162/2020, Série I de 2020-08-20.
- Lima, M. L., Moleiro, C., & António, R. (2021). *Projeto de Estruturação do Centro de Recursos de Stress em Contexto Militar. Relatório de Apresentação de Resultados, Área Psicossocial: Estudo Piloto de Caracterização da Qualidade de Vida de Antigos Combatentes*. Lisboa: CIIS, Centro de Investigação e de Intervenção Social. Disponível em: https://www.defesa.gov.pt/pt/adesaeeu/ac/crscm/investigacao/Documents/04_ISCTE_Relatorio_inquerito_fev2021_final_rev.pdf -
- Luísa, C. (2021). O impacto da pandemia covid-19 na vida dos idosos: perceção e mudança. *INFAD Revista de Psicologia* (3), 29-40.
- Madeira, I., Afonso, C., Vieira, I., Romão, A., Baltazar, M. S., & Baptista, L. (2022). *Políticas dirigidas aos antigos combatentes e deficientes militares*. Em N. S. Teixeira e H. Carreiras (coord.) *Políticas de Defesa em Portugal*, (pp. 203-228). Lisboa: IDN
- Maia, Â. & Morgado, D. (2021). *Centro de Recursos de Stress (em Contexto) Militar: Relatório Final relativamente à Área Psicológica*. Braga, Centro de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho. Disponível em: https://www.defesa.gov.pt/pt/adesaeeu/ac/crscm/investigacao/Documents/06_UMinho_Relatorio_MinisDefesa_area_psicologica.pdf

- Purcell, N., Sells, J., McGrath, S., Mehlman, H., Bertenthal, D. & Seal, KH. (2021). “Then COVID happened...”: Veterans’ Health, Wellbeing, and Engagement in Whole Health Care During the COVID-19 Pandemic. *Global Advances in Health and Medicine* (10), 1-15. 10.1177/21649561211053828
- Sales, L., Borges, C. & Becker, J. (2021). *Relatório Final Centro de Recursos de Stress em Contexto Militar*. Centro de Trauma/Centro de Estudos Sociais. Disponível em: https://www.defesa.gov.pt/pt/adesaeeu/ac/crscm/investigacao/Documents/01_CES-CT_Relatorio-final-CRSCM-VF-abril.pdf
- Silva, S. (2021). *Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa: políticas públicas e associativismo*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/30758>
- Vieira, I., Baptista, L., Romão, A., Baltazar, S., & Silva, S. (2021). *Políticas públicas de resposta ao stress militar desde a I Guerra Mundial. Relatório da equipa da área sociológica do Centro de Recursos de Stress em Contexto Militar*. CICS.NOVA — Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais. Disponível em: https://www.defesa.gov.pt/pt/adesaeeu/ac/crscm/investigacao/Documents/03_CICS-NOVA_Relatorio-Final-CRSCM_rev.pdf.

Financiamento

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto «UIDB/04647/2020» do CICS.NOVA – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Eu não sei quem ele é – Um caso clínico
sobre Síndrome de *Capgras*

Título resumido do manuscrito: Síndrome de *Capgras*

Maria Santos

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Viseu-Cidade

ORCID: 0009-0003-8977-5864

Tiago Tavares

Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF Viseu-Cidade

ORCID ID: 0009-0006-4080-2501

Dora Monteiro

Enfermeira Pós-Graduada em Enfermagem de Saúde Familiar, USF Viseu-Cidade

ORCID ID: 0009-0007-3148-9848

Resumo

Sintomas neuropsiquiátricos na demência são comuns e geralmente mais nocivos que os sintomas cognitivos. A síndrome de *Capgras*, uma das apresentações destes sintomas, ocorre quando a pessoa acredita que membros da família foram substituídos por um impostor. Isto torna-se ainda mais problemático quando se trata de idosos frágeis, isolados e com pouca retaguarda social.

Uma mulher de 73 anos, com antecedentes pessoais de múltiplos fatores de risco cardiovascular, hipotireoidismo e patologia osteoarticular. Mora sozinha com o marido de 73 anos, que apresenta doença de Parkinson em estadio avançado. Aquando de uma visita domiciliária ao marido, somos abordados pela utente que descreve preocupação por o marido ter “desaparecido” (sic). Ao explorar esta queixa, apercebemo-nos que a mulher acredita que o marido foi substituído por uma pessoa semelhante a ele, o que é compatível com um delírio de *Capgras*. Para além disto, tem também alucinações visuais. Este quadro clínico melhorou com a entrada do marido em lar, e da própria em centro de dia.

Reconhecer e tratar atempadamente as doenças neurológicas e psiquiátricas é essencial. Assim, permite dar suporte e melhorar a qualidade de vida destas pessoas e seus cuidadores, uma vez que rapidamente é possível otimizar a saúde física e mental, o envelhecimento saudável, identificar e tratar causas acompanhantes ou secundárias de agravamento do estado geral.

Palavras chave: saúde mental; síndrome demencial; síndrome de Capgras; 3ª idade

Introdução

A demência é uma realidade séria e, dado o envelhecimento da população, com uma prevalência cada vez maior. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que exista em todo o mundo cerca de 47,5 milhões de pessoas com esta patologia, sendo que se estima que em 2030 este número possa atingir os 75,6 milhões.

Em Portugal, e apesar de não existirem dados epidemiológicos claros, é estimado que existam entre 193 a 500 mil pessoas com demência. É ainda expectável que este número duplique até 2050.

Esta condição é definida como declínio substancial cognitivo, capaz de afetar o normal funcionamento do indivíduo. Pela definição de DSM-V, o termo demência é substituído por “Transtorno Cognitivo Major”, e nesta classificação é definido como um declínio cognitivo importante do nível de desempenho anterior em ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, percepção e cognição social).

Geralmente, perante um utente com patologia demencial, estamos focados nos sintomas cognitivos, no entanto, os sintomas neuropsiquiátricos são extremamente comuns e habitualmente mais problemáticos que os sintomas cognitivos, estando presentes em cerca de 60 a 90% dos indivíduos.

No entanto, a sintomatologia neuropsiquiátrica apesar de comum, é menos reportada que os sintomas cognitivos, quer pelos pacientes quer pelos cuidadores.

Estes sintomas que variam desde a agitação e agressão, até delírios, alucinações, depressão, apatia, desinibição e alterações do padrão de sono. São mais comuns na doença grave, e a sua presença causam maior impacto funcional na vida do doente e seus familiares. Por condicionarem maior incapacidade nas atividades de vida diária,

maior rapidez no declínio cognitivo, menor qualidade de vida, e maior desgaste do cuidador, conduz por consequência à institucionalização precoce destas pessoas.

O Síndrome de *Capgras* apesar de ser uma situação rara, ocorre quando a pessoa acredita que familiares ou pessoas próximas foram substituídas por impostores. Esta situação pode conduzir a conflitos interpessoais, ou até mesmo a situações de violência para consigo ou outros. A família e/ou cuidadores encontra-se sobrecarregada nesta situação, uma vez que também eles se veem envolvidas neste delírio.

Métodos

Descrição do Caso

Identificação e história pessoal

Mulher de 73 anos, de raça caucasiana, natural e residente em Viseu, com 4º ano de escolaridade, atualmente reformada, tendo trabalhado em comércio. É autónoma na realização/satisfação das suas Atividades de Vida Diária (AVD's).

Trata-se de uma doente com múltiplos antecedentes pessoais e comorbilidades. Apresenta como patologias Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM) com 9 anos de evolução, e bom controlo metabólico (última hemoglobina glicada de 5.9%), Hipertensão Arterial (HTA) com evolução de 16 anos, Dislipidemia (DL), Hipotireoidismo, Obesidade grau I (índice de massa corporal de 34.2kg/m²), e Patologia Osteoarticular Degenerativa (POAD).

Esta era uma utente frequentadora dos cuidados de saúde primários, sendo que no decorrer do ano de 2022 teve 10 contactos com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), quer por motivo de consulta programada planeada pelo médico de família (MF), quer motivo de consulta aguda, solicitada pela própria, quer através de contactos indiretos, como para solicitar renovação de receituário crónico e segundas vias de receitas e ou pedidos de análises.

A sua medicação habitual inclui: Paroxetina 20mg, Irbesartan 300mg, Amitriptilina 25mg, Furosemida 40mg, Metformina 850mg, Esomeprazol 20mg, Mexazolam 1mg, Levotiroxina 0.125mcg, e Rosuvastatina 20mg. No entanto, no momento desta avaliação, não se encontraria a fazer qualquer tipo de antedemencial.

Caracterização familiar

Esta utente integra uma família nuclear, que se encontra na fase VIII do ciclo de vida de *Duvall*, e na escala de *Graffar* pertence a uma classe socioeconómica média-alta.

Reside com o marido de 73 anos, de quem é cuidadora, que apresenta doença de *Parkinson* em estadio avançado, e a quem fazíamos visita domiciliária (VD) por dificuldade na locomoção decorrente da sua doença.

O único filho que o casal tem reside no estrangeiro, sendo que por este motivo têm reduzida retaguarda familiar.

História de Doença Atual

Em outubro de 2022, em contexto de VD realizada por rotina ao marido, somos abordados pela utente que demonstra preocupação com o marido por este ter “desaparecido” (*sic*).

Ao explorar esta queixa, apercebemo-nos que ela acredita que o marido tinha desaparecido recentemente, motivo pelo qual terá contactado a Guarda Nacional Republicana a solicitar ajuda, e que este terá sido substituído por alguém semelhante a ele, dizendo enquanto aponta para o marido: “O meu marido desaparece... Depois apareceu cá este, até é parecido, mas eu sei que não é ele” (*sic*).

Para além deste delírio, a utente tinha ainda outras queixas neuropsiquiátricas, tais como delírios (“andam mulheres e ovelhas à noite, bruxas que me querem fazer mal” (*sic*)).

Ao exame objetivo, apresentava-se confusa, mas colaborante, orientada autopsiquicamente e no espaço, mas desorientada no tempo. Apresentava uma postura calma, mas não reconhecia o marido, nem quando confrontada com essa informação. Quando questionada sobre a situação, não foi capaz de reconhecer estranheza na situação.

Decorrente desta situação, e por consulta do seu processo clínico, confirmou-se que tinha realizado recentemente TC-CE (abril de 2022): “... discretas hipodensidades núcleo-capsulares bilaterais, podendo corresponder a lesões vasculares sequelares... moderada atrofia cortico-subcortical cerebral e cerebelosa...”. Do estudo analítico não se revelava qualquer tipo de alterações relevantes, nomeadamente na função hepática, função renal, função tiroideia, vitamina B12, ácido fólico, serologias víricas (VDRL e VIH). A doença aguda foi também excluída, uma vez que esta pode precipitar um síndrome

confusional agudo.

Ao consultar o processo clínico da utente, e por iniciativa dos vizinhos desta mulher, concluímos que terá tido consulta de Neurologia em contexto privado, por alterações de estado de consciência, com períodos de confusão, tendo sido medicada com Sertralina 50mg e Quetiapina 50 mg, e suspendeu Paroxetina 20mg. Após a VD, aumentada a dose de quetiapina para 100mg, com indicação para titulação da dose se necessário.

Neste caso, os vizinhos desta utente revelaram-se um apoio indispensável para o retorno do normal funcionamento da mesma. Em conjunto, conseguiram que o marido ingressasse numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), e que a utente passasse a frequentar um centro de dia.

Com estas iniciativas, bem como o início e otimização da terapêutica médica, houve remissão da sintomatologia neuropsiquiátrica. Quando questionada, a mulher não reconhece que tenha tido estas queixas no passado, mas considera que o facto de o marido se encontrar na ERPI, foi um alívio enorme das suas preocupações.

Conclusão

Com este caso clínico, pretendemos reforçar a importâncias de reconhecer e tratar atempadamente as doenças neurológicas e psiquiátricas, sobretudo as que se manifestam com sintomatologia grave e que interfere com a qualidade de vida diária da pessoa, sua família e/ou cuidadores.

A pesquisa das alterações cognitivas e neuropsiquiátricas, devem ser realizadas de forma regular, questionando diretamente quer os pacientes, quer cuidadores por sintomas neuropsiquiátricos que possam estar presentes ou que sejam preocupantes. Já os profissionais de saúde devem pesquisar quer a sintomatologia como agressão, delírios, alucinações, bem como a presença de outras patologias comórbidas que agravam a sintomatologia demencial (depressão).

O atraso e o pouco reconhecimento das alterações de comportamento pode condicionar subdiagnóstico de condições com impacto funcional tremendo.

Mesmo quando não estão ainda presentes os sintomas de agitação e agressão, delírios, alucinações, depressão, apatia, desinibição e alterações do padrão de sono, é importante verificar quais os fatores de risco que estão presentes, mas que também

deverão ser otimizados.

Pretendemos também relembrar a importância que, para além da ajuda medicamentosa, assume extrema importância o suporte e otimização de fatores externos ao utente.

Reconhecimento precoce, abordagem proativa e tratamento dos sintomas ligeiros, com colaboração e educação dos cuidadores, pacientes, equipa de saúde e comunidade são pilares nos sintomas neuropsiquiátricos. Esta utente foi prontamente apoiada pela comunidade e profissionais de saúde, que eram as principais pessoas a quem ela podia recorrer. Quando possível, um cuidado centrado na pessoa pode maximizar os benefícios da medicação antipsicótica e reduzir a sua necessidade em excesso.

Ora, as instituições como centros de dia ou ERPI, quer estas sejam para a pessoa utente, quer sejam os companheiros, retiram uma carga adicional, e estruturam e providenciam rotinas calmas e adequadas. Apesar de terem maior evidência na agitação e ansiedade, as intervenções comportamentais permitem também antecipar e aliviar desencadeantes ambientais, tais como alterações súbitas no ambiente. Ainda que não seja claro neste caso que alteração possa ter ocorrido, o agravamento da doença de base do marido da utente, ou próprio cansaço associado ao cuidar de alguém doente, quando por si só se é uma idosa com fragilidade, pode ser causa suficiente para que surjam estas queixas.

A saúde física e mental dos idosos e, por conseguinte, o envelhecimento saudável, é um tema cada vez mais relevante na sociedade atual. O envelhecimento e aumento da esperança média de vida da população mundial, acarreta não só preocupações acrescidas com os problemas sociais que esta fase da vida acresce, mas também os problemas de saúde que muitas das vezes surgem nesta fase da vida. Assim, e porque com o avançar da idade, as doenças crónicas são cada vez mais frequentes, devemos focar não só na saúde física, mas também na saúde mental, que muitas das vezes é negligenciada.

Focar na saúde mental, quer esta se manifeste com patologia demencial ou não, só é possível quando observamos estes doentes na sua globalidade, e ajustando os tratamentos e abordagens à sua realidade específica.

As equipas multidisciplinares, cuidadores, comunidade, com o doente como foco principal, acautelam muitas das problemáticas que o tratamento da patologia demencial

grave acarreta. Estas conseguem otimizar a saúde física e mental, garantir o retorno e adaptação da pessoa e da sociedade a esta realidade, identificar e tratar quer as causas acompanhantes, quer as problemáticas secundárias da mesma, melhorar a qualidade de vida e bem-estar destas doentes e seus familiares. Só assim, se pode garantir o envelhecimento saudável.

No caso particular da sintomatologia neuropsiquiátrica, e por esta ser tão particular e apresentação tão variável, não deve ser desvalorizada, já que são sobretudo os sintomas neuropsiquiátricos que afetam e são afetados pelo dia-a-dia da pessoa.

No caso particular do Síndrome de *Capgras*, temos que também ter em conta que a família e/ou cuidadores se veem envolvidos neste delírio, e que, por isto, devem ser também acauteladas o seu bem-estar e segurança.

Apesar de ainda existir um longo percurso a percorrer na valorização, tratamento e integração dos doentes com patologia demencial e sintomatologia neuropsiquiátrica na sociedade, as pequenas adaptações locais e pessoais permitem que essa lacuna seja diminuída.

Referências Bibliográficas

- Alzheimer Europe. (2019). *“Dementia in Europe Yearbook 2019”*.
https://www.alzheimereurope.org/sites/default/files/alzheimer_europe_dementia_in_europe_yearbook_2019.pdf
- Alzheimer Portugal. (n.d.). *“O que é a demência.”* <https://alzheimerportugal.org/o-que-e-a-demencia/>
- American Psychiatric Association. (2013). *“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Lyketsos, C. G.; Lopez, O.; Jones, B.; et al. (2002). *Prevalence of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia and Mild Cognitive Impairment - Results From the Cardiovascular Health Study*. JAMA. 2002; 288(12):1475-1483. doi:10.1001/jama.288.12.1475
- Shah K.; Jain, S. B.; Wadhwa, R. (2023). *Capgras Syndrome*. StatPearls Publishing LLC. UpToDate. (n.d.). *“Evaluation of cognitive impairment and dementia”*.
https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia?search=dem%C3%AAncia%20&source=search_result&selectedTitle=

1~150&usage_type=default&display_rank=1

UpToDate. (n.d.). *"Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia"*.

[https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-](https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?search=dem%C3%A2ncia%20idoso&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

[dementia?search=dem%C3%A2ncia%20idoso&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2](https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?search=dem%C3%A2ncia%20idoso&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2)

World Health Organization. (n.d.). *"Dementia"*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

World Health Organization. (2017). *"Global action plan on the public health response to dementia: 2017-2025"*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf;jsessionid=4DA480FA93471AC53988E52B35F416D8?sequence=1>.

World Health Organization. (n.d.). *"Mental Health of Older Adults"*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

"Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse".

Título completo do manuscrito: Fatores associados a quedas em idosos institucionalizados de meio urbano e rural

Título resumido do manuscrito: Fatores associados a quedas em idosos

Mariana Cervaens

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | e-mail: cervaens@ufp.edu.pt

ORCID: 0000-0003-2738-1571

Clarinda Festas

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | e-mail: clarinda@ufp.edu.pt

ORCID: 0000-0001-5244-1914

Thierry Machado

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa | 18094@ufp.edu.pt

Resumo

Este estudo teve como objetivo analisar a ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e os fatores de risco associados às mesmas, em idosos institucionalizados de meio urbano e rural.

Foram avaliados 200 idosos, 100 idosos institucionalizados de meio urbano e 100 idosos institucionalizados de meio rural. As variáveis em análise foram: ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, percepção que têm perante a sua visão e audição, utilização de auxiliares de marcha, realização de exercício terapêutico, quantidade de medicação, testes de aptidão física, o medo de cair através da escala Falls Efficacy Scale (FES), o nível de atividade física, e o índice de massa corporal.

Verificou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre os idosos institucionalizados de meio urbano e rural, no exercício terapêutico, no uso de auxiliar de marcha, no equilíbrio dinâmico, na velocidade máxima da marcha e na FES, tendo sido obtidos piores resultados pelos idosos de meio rural em todas as variáveis. Na regressão logística entre a ocorrência de quedas, nos últimos 12 meses, e as restantes variáveis avaliadas, foi possível constatar, que nos idosos de meio urbano, a medicação apresentou-se como um fator de risco de queda, por sua vez nos idosos de

meio rural, foi o equilíbrio estático, o medo de cair, a visão, a medicação e o uso de auxiliar de marcha.

Os idosos institucionalizados de meio rural apresentaram piores resultados nas variáveis avaliadas e consequentemente um maior número de fatores de risco de queda, comparativamente aos idosos institucionalizados de meio urbano.

Palavras-chave: quedas; fatores de risco; idosos institucionalizados; meio urbano; meio rural.

Introdução

O envelhecimento é hoje uma realidade demográfica cada vez mais significativa na população mundial e um processo amplamente estudado, devido ao aumento progressivo da população idosa, que se tem vindo a verificar como consequência do aumento da esperança de vida e da redução da taxa de natalidade (Daley e Spinks, 2000). A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa atual. Para se ter uma ideia do que representa em termos numéricos a emergência deste grupo populacional, entre 1941 e 2001 registou-se um crescimento da população com idade igual ou superior a 65 anos da ordem dos 243% (Paúl e Fonseca, 2005).

O envelhecimento pode ser definido como um processo fisiológico que afeta todas as estruturas do organismo, embora cada órgão e tecido tenha um ritmo próprio de envelhecer. As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento são irreversíveis, acontecem de forma lenta e contínua, conduzindo a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos diferentes órgãos e sistemas e consequentemente, a uma limitação das adaptações homeostáticas (Mota Pinto e Botelho, 2007).

Com o avançar do processo de envelhecimento registam-se alterações no organismo dos seres humanos, tais como, alterações das funções pulmonares, cardiovasculares, neurais, endócrinas, particularidades das funções cognitivas e psicossociais, e declínio físico geral, com redução das capacidades físicas como a força e potência muscular, resistência aeróbia, flexibilidade, coordenação e equilíbrio entre outros (Spiriduso *et al.*, 2005).

As alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento podem perturbar o sucesso da

resposta do organismo a situações de stress, predispondo-o para o aparecimento de diversas patologias e limitações, tais como alterações do equilíbrio, da marcha, escassa atividade física, diminuição da força muscular dos membros inferiores, perda de visão, entre outras (Mota Pinto e Botelho, 2007). Todas estas alterações refletem-se num dos grandes problemas descritos na literatura que surgem com o avançar do processo de envelhecimento, que são as quedas (Carter *et al.*, 2001).

A definição de queda atribuída pela World Health Organization (WHO) é “a consequência de qualquer acontecimento que leve o indivíduo a cair no chão contra a sua vontade”. Esta deve ser encarada como um sintoma e não como um evento isolado, podendo inclusive ser uma manifestação de uma ou mais patologias existentes, que comprometem a estabilidade do indivíduo (Perracini, 2005).

Cerca de 30% dos idosos em países ocidentais sofrem quedas pelo menos uma vez por ano e aproximadamente 15% sofrem duas ou mais. As quedas em idosos têm como consequências, além de possíveis fraturas e risco de morte, o medo de cair, a restrição de atividades, o declínio na saúde e o aumento do risco de institucionalização. Geram não apenas prejuízo físico e psicológico, mas também aumento dos custos com os cuidados de saúde, expressos pela utilização de vários serviços especializados e, principalmente, pelo aumento das hospitalizações (Perracini e Ramos, 2002).

A etiologia da queda é normalmente multifatorial, resultante da interação entre fatores predisponentes e precipitantes, que podem ser intrínsecos e extrínsecos. Os fatores intrínsecos podem ser definidos como aqueles relacionados ao próprio sujeito, o qual pode apresentar redução da função dos sistemas que compõem o controlo postural, doenças, transtornos cognitivos e comportamentais, apresentando incapacidade em manter ou recuperar o equilíbrio, quando necessário. Como fatores extrínsecos têm-se aqueles relacionados ao ambiente (Almeida *et al.*, 2012).

Dos vários fatores de risco de queda, as alterações do equilíbrio e da marcha, os problemas nos membros inferiores, a polimedicação, as alterações cognitivas e a existência de historial de quedas são consideradas como os principais fatores predisponentes para a sua ocorrência (Sánchez *et al.*, 2004).

A importância de identificar os fatores de risco para quedas em idosos está na possibilidade de planear estratégias de prevenção, reorganização ambiental e de reabilitação funcional. Nesse sentido, faz-se necessária a abordagem multiprofissional e

interdisciplinar para uma maior eficiência das estratégias propostas, a fim de minimizar o risco de quedas e, conseqüentemente, evitar a dependência e diminuir a morbidade e a mortalidade dos idosos (Almeida *et al.*, 2012).

Embora seja evidente o aumento e importância do evento queda entre a população idosa, encontram-se poucos estudos epidemiológicos sobre esse assunto, especialmente em idosos residentes em instituições (Menezes e Bachion, 2008).

Os idosos que vivem em instituições apresentam características importantes como o aumento do sedentarismo, a perda de autonomia, a ausência de familiares, que entre outras, contribuem para o aumento das prevalências das morbidades e comorbidades relacionadas à autonomia. Uma das mais importantes conseqüências nestes idosos é a ocorrência de quedas (Gonçalves *et al.*, 2008).

Para além de existirem diferenças entre os idosos residentes na comunidade e nos idosos institucionalizados, constatam-se também diferenças entre os idosos que vivem num meio rural e os que vivem num meio urbano. Ao longo dos anos, proporcionaram-se as evidências necessárias para se ter hoje como óbvio que o contexto de residência desempenha um importante papel para se compreender diferentes padrões de envelhecimento e para explicar como algumas pessoas alcançam e outras não alcançam um envelhecimento bem-sucedido (Paúl e Fonseca, 2005).

Nesse sentido, esta pesquisa apresenta como objetivo a avaliação da ocorrência de quedas nos últimos 12 meses e dos fatores de risco associados às mesmas, em idosos institucionalizados de meio urbano e rural.

Métodos

Tipo de estudo

Estudo do tipo observacional transversal.

Critérios de seleção da amostra

Como critérios de inclusão destacaram-se os indivíduos com idade superior ou igual a 65 anos, residentes de uma instituição de meio urbano ou rural.

Foram considerados como critérios de exclusão, os residentes apresentarem alterações motoras, com perturbações mentais e cognitivas ou uma acuidade visual que comprometa a realização dos testes utilizados neste estudo, incapacidade permanente

ou temporária de realização de marcha, permitindo o uso de auxiliares de marcha exceto cadeira de rodas.

A amostra total foi constituída por 200 idosos institucionalizados, 100 de meio urbano e 100 de meio rural. Os idosos de meio urbano residem no Lar do Comércio e no Lar Geriátrico Arca D'Água, no Porto e no Centro Social e Paroquial de Santo António, em Vila Real. Os idosos de meio rural residem nas Estruturas Residenciais para Idosos de Argeriz, Carrazedo de Montenegro e Vila Pouca de Aguiar, em Trás-os-Montes.

Conseiderações Éticas

Foram cumpridos os requisitos de carácter ético referidos na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, incluindo uma adequada informação dos intervenientes relativamente ao estudo, tendo sido explicado a todos os idosos os objetivos do estudo, os testes envolvidos na recolha dos dados, o que se pretendia da sua colaboração, bem como a manutenção da confidencialidade e anonimato dos dados, através da codificação dos indivíduos. Posteriormente foi fornecido a toda a amostra o consentimento informado, que foi devidamente preenchido e assinado.

Métodos

Para a caracterização sociodemográfica da amostra aplicou-se um questionário através do qual se pretendeu auferir dados referentes ao sexo, idade, peso e altura, para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). Através do mesmo questionário foram também recolhidos os dados referentes à ocorrência de quedas nos últimos 12 meses, percepção que os idosos têm perante a sua visão e audição, utilização de auxiliares de marcha, realização de exercício terapêutico e quantidade de medicação usada pelos idosos.

Para a avaliação do equilíbrio estático foi avaliado através do *One Leg Standing Test* (OLST). O teste consiste em medir o tempo que o avaliado consegue sustentar-se em pé, com apoio de apenas uma das pernas, enquanto mantém o outro pé a aproximadamente 10 centímetros do solo (Michikawa *et al.*, 2009).

O equilíbrio dinâmico foi avaliado através da utilização do *Time Up and Go Test* (TUGT). O TUGT é um instrumento usualmente utilizado para avaliar o equilíbrio dinâmico e a mobilidade dos idosos (Shumway-Cook *et al.*, 2000).

A velocidade da marcha máxima foi avaliada através do 30-metre Walk Test (30mWT).

Este teste é utilizado para avaliar o desempenho muscular dos membros inferiores e a capacidade de andar. A componente avaliada é a velocidade da marcha que vai derivar do tempo necessário para percorrer uma distância de 30 metros (Andersson *et al.*, 2011).

Para avaliar a força dos membros inferiores foi realizado o teste 30-Seconds Chair Stand Test, que é um dos seis testes que compõe a bateria de testes do Sênior Fitness Test, desenvolvida, em 2001, por Jones e Rikli com o objetivo de avaliar os parâmetros físicos associados à mobilidade e funcionalidade independente do idoso. Este teste consiste no número de vezes que se consegue levantar de uma cadeira durante 30 segundos (Jones e Rikli, 2002).

O medo de cair foi avaliado através da versão portuguesa da Falls Efficacy Scale. Em 1990, Tinetti *et al.*, desenvolveram a Falls Efficacy Scale, tendo como objetivo avaliar o medo de cair, ou seja, a confiança que os idosos apresentam aquando a realização de 10 atividades comuns relevantes, essenciais para viver independentemente (Melo, 2011).

A avaliação do nível de atividade física foi realizada através da versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física. Este questionário permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do dia-a-dia (Craig *et al.*, 2003).

Procedimentos

Após a autorização das respetivas instituições, procedeu-se à recolha de dados, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Iniciou-se pela aplicação do questionário, da FES e do IPAQ, finalizando com a realização dos testes de aptidão física e avaliação do peso e altura.

Análise estatística

A análise de dados e o respectivo tratamento estatístico, ocorreu através da versão 25.0 do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS). A normalidade da amostra foi avaliada através do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov. Após esta verificação, para comparação dos resultados foi aplicado o teste t para amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney de acordo com a normalidade das variáveis.

Foi realizada regressão logística através de uma análise bruta e ajustada da associação de quedas com as diferentes variáveis avaliadas, mostrando associações, valores dos riscos relativos e intervalos de confiança. O nível de significância estatística considerado foi de 0,05.

Resultados

Dos dados recolhidos através do questionário verificamos que, 65% da amostra total é do sexo feminino e 35% do sexo masculino e apresentam uma média de idade de 80,96 anos e uma média de IMC de 27,52Kg/m².

A amostra foi dividida em dois grupos, idosos institucionalizados de meio urbano e idosos institucionalizados de meio rural. Os idosos de meio urbano apresentam uma média de idade de 81,38 ± 6,41 anos e uma média de IMC de 27,07 ± 4,53 Kg/m², enquanto os idosos de meio rural apresentam uma média de idade de 80,54 ± 7,96 anos e uma média de IMC de 27,96 ± 4,40 Kg/m². Em relação ao IMC, apesar da diferença de resultados, esta não é significativa (p=0,17), estando os dois grupos acima do peso recomendado. A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra quanto ao género e idade.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos idosos institucionalizados de meio urbano e rural.

Variável	Idosos Urbanos (n=100)	Idosos Rurais (n=100)
Género		
Feminino	67	63
Masculino	33	37
Idade		
65-74 anos	18	18
75-89 anos	76	72
+ 90 anos	6	10

Nota: n = número de participantes

Em relação ao género verificou-se que, nos idosos de meio urbano, 33 eram do sexo masculino e 67 do sexo feminino, enquanto nos idosos de meio rural, 37 eram do sexo masculino e 63 do sexo feminino. Analisou-se, que a idade da maioria dos idosos varia entre os 75 e 89 anos, sendo 76 idosos de meio urbano e 72 de meio rural.

A tabela 2 apresentam os dados reportados pelos idosos após a aplicação do

questionário.

Tabela 2

Resultados obtidos, pelos idosos de meio urbano e rural, nas diferentes variáveis avaliadas através do questionário.

Variável	Idosos Urbanos (n=100)	Idosos Rurais (n=100)	p
Quedas nos últimos 12 meses			0,48
Sim	50	56	
Exercício Terapêutico			0,00*
Sim	28	0	
1 vez por semana	9		
2 vezes por semana	12		
3 vezes por semana	7		
Visão			1,00
Com alterações	59	59	
Audição			0,08
Com alterações	34	47	
Medicação			0,31
0	4	8	
Até 4	75	73	
5 ou mais	21	19	
Auxiliar de Marcha			0,04*
Usa	23	37	

Nota: n = número de participantes; p = nível de significância; *p<0,05

Através da análise da tabela 2, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de meio urbano e rural, no exercício terapêutico (p=0,00) e no uso de auxiliar de marcha (p=0,04).

Na tabela 3 encontramos os resultados dos testes físicos e escalas no meio urbano e rural.

Tabela 3

Resultados obtidos (média ± desvio padrão), pelos idosos de meio urbano e rural, nas diferentes variáveis, avaliadas através dos diferentes testes e escalas.

Variável	Idosos Urbanos (n=100)	Idosos Rurais (n=100)	p
One Leg Stand Test ^a	7,92 ± 7,86	5,91 ± 7,12	0,21
30-Seconds Chair Stand Test ^a	8,90 ± 4,03	7,55 ± 4,54	0,26
Time Up and Go Test ^a	13,74 ± 7,47	20,15 ± 12,04	0,00*
30 metre walk test-máxima ^b	1,05 ± 0,37	0,76 ± 0,36	0,00*
FES ^a	65,10 ± 25,62	55,01 ± 28,09	0,04*
IPAQ ^a	489,58 ± 642,01	800,37 ± 812,12	0,43

Nota: n = número de participantes; *p < 0,05; a) teste t para amostras independentes; b) teste de Mann-Whitney

Na tabela 3, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos de meio urbano e rural, no time up and go test (p=0,00), na velocidade máxima

da marcha ($p=0,00$) e na FES ($p=0,04$).

A tabela 4 apresenta a regressão logística aplicada de modo a determinar as variáveis que se apresentaram como fatores de risco ou de proteção.

Tabela 4

Regressão logística, entre a ocorrência de quedas, nos últimos 12 meses, e as diferentes variáveis avaliadas, nos idosos institucionalizados de meio urbano e rural.

Variável	Idosos Urbanos (n=100)			Idosos Rurais (n=100)		
	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p
One Leg Stand Test	0,98	0,93-1,03	0,34	0,92	0,86-0,99	0,02*
30-Seconds Chair Stand Test	0,95	0,86-1,05	0,30	0,96	0,88-1,05	0,36
Time Up and Go Test	1,02	0,97-1,08	0,45	1,03	0,99-1,07	0,12
30 metre walk test-máxima	0,57	0,17-1,50	0,22	0,39	0,13-1,23	0,11
FES	0,99	0,98-1,01	0,21	0,98	0,96-0,99	0,01*
IPAQ	1	0,99-1,00	0,25	1	0,99-1,00	0,42
IMC	1,02	0,94-1,12	0,59	1,05	0,96-1,15	0,33
Exercício Terapêutico	2,25	0,91-5,55	0,08	---	---	---
Visão	1,09	0,49-2,41	0,84	2,31	1,02-5,22	0,04*
Audição	2,06	0,89-4,80	0,09	1,12	0,51-2,47	0,78
Medicação	2,91	1,15-7,36	0,03*	3,29	1,30-8,31	0,01*
Auxiliar de Marcha	2,25	0,85-5,93	0,10	2,60	1,10-6,15	0,03*
Idade	1,01	0,95-1,07	0,85	1,03	0,98-1,08	0,31

Através da análise da tabela 4, verificou-se que, nos idosos de meio urbano, a medicação ($p=0,03$) constitui um fator de risco de queda, enquanto que nos idosos de meio rural, o one leg stand test ($p=0,02$), a FES ($p=0,01$), a visão ($p=0,04$), a medicação ($p=0,01$) e o uso de auxiliar de marcha ($p=0,03$), apresentam-se como fatores de risco de queda.

Discussão

O envelhecimento demográfico é cada vez mais tendencioso em Portugal, sendo que em 2022 registou-se um aumento da percentagem de idosos para 24% aumentando igualmente a esperança média de vida, em que idosos com 75 anos ou mais, representam quase metade da população idosa portuguesa. Analisando a idade da amostra por escalões, 76 dos idosos de meio urbano e 72 dos de meio rural referenciaram idades que variam entre os 75 e 89 anos, 18 idosos de ambos os meios apresentavam idades compreendidas entre os 65 e 74 anos e por fim, que 6 idosos de

meio urbano tinham 90 ou mais anos, enquanto no meio rural verificou-se em 10 idosos. Em relação ao gênero, verifica-se que 65% da amostra total é do sexo feminino e 35% do sexo masculino. Estes resultados confirmam a realidade do nosso país, onde se verifica que a população idosa, tem uma percentagem superior de mulheres face aos homens, devido à maior longevidade feminina e à maior mortalidade masculina (INE, 2022).

No que diz respeito à ocorrência de quedas, verificou-se que estas ocorreram em 50 idosos do meio urbano e 56 idosos de meio rural. Estes resultados são apoiados pelo estudo de Ferreira e Yoshitome (2010), que realizaram uma pesquisa sobre a prevalência e as características das quedas em idosos institucionalizados do Brasil. Constataram que da totalidade da amostra, 46,7% dos residentes tinham sofrido quedas. No entanto, no estudo de Sampaio *et al.*, 2012, que tinha como objetivo verificar as diferenças no estado de saúde e na performance física entre idosas japonesas de meio urbano e rural residentes na comunidade, a ocorrência de quedas foi superior nos idosos de meio urbano (35,1%) comparativamente com os de meio rural (24,1%), estando esta conclusão em desacordo com os resultados obtidos no presente estudo, embora a diferença na ocorrência desta variável em diferentes meios não fosse significativa, em ambos os estudos.

O exercício terapêutico é considerado um elemento central no plano de tratamento na fisioterapia sendo destinado a permitir ao paciente prevenir e/ou remediar deficiências, aumentar a função, reduzir riscos, otimizar a saúde em geral e melhorar a aptidão e o bem-estar (Hall e Brody, 2005). Foi considerada a realização de exercício terapêutico a todos aqueles que realizavam fisioterapia ou participavam em classes de movimento e, constatou-se que, apenas 28 idosos do meio urbano praticavam exercício terapêutico. Em 2009, Arnadottir *et al.*, realizaram um estudo com objetivo de analisar o nível de atividade física entre idosos islandeses de meio urbano e rural. Na análise do uso de auxiliares de marcha, constataram que não existiam diferenças significativas entre os idosos, sendo estes utilizados por 16% dos de meio urbano e 15% dos de meio rural. No presente estudo observou-se o oposto, 23 idosos de meio urbano necessitavam auxílio para caminhar, enquanto nos idosos de meio rural, a sua utilização era superior, por 37 idosos.

Com o objetivo de analisar os fatores de risco de queda e a sua relação com equilíbrio,

depressão, alterações cognitivas e mobilidade em idosos institucionalizados, Kose *et al.* (2005), avaliaram 30 idosos turcos verificando que 36,7% da amostra apresentava alterações na audição e 26,7% na visão. Os valores apresentados são semelhantes ao presente estudo, no entanto, em relação à visão, o número de idosos que apresentava alterações era superior comparativamente ao estudo de Kose *et al.* (2005).

Na análise da medicação constatou-se que não existiam diferenças entre os idosos dos diferentes meios, apesar de a maioria tomar até 4 medicamentos. Por sua vez, num estudo anterior realizado por Pizzol *et al.* (2012), com o objetivo de analisar o uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais do Brasil, o uso contínuo de medicamentos obteve resultados significativos, sendo utilizados por 79,4% dos idosos urbanos e 63,5% dos idosos rurais, o mesmo se verificou no que diz respeito à polifarmácia, existindo 19,7% de idosos urbanos polimedicados contra 8,3% de idosos rurais.

No que diz respeito à execução dos testes de aptidão física, no TUGT, os idosos de meio urbano apresentaram uma boa mobilidade comparativamente com os idosos de meio rural. Estes dados estão de acordo com os encontrados no estudo de Arnadottir *et al.* (2009) no TUGT. No estudo realizado por Lusardi *et al.* (2003) em idosos americanos residentes na comunidade, com idades compreendidas entre 60 e 101 anos, constatou-se que a velocidade máxima de marcha variou entre 1,08 m/s e 1,86 m/s. No presente estudo, na velocidade máxima da marcha, avaliada através do 30-metre walk test, os idosos de meio urbano obtiveram uma velocidade máxima de marcha significativamente superior à dos idosos de meio rural. No que diz respeito ao OLST nenhum dos grupos apresenta risco de quedas. No estudo realizado por Sampaio *et al.* (2012), os idosos de meio urbano apresentaram, neste teste, um resultado superior quer no meio rural e urbano apesar de não ser diferente entre meios, como o presente estudo, no entanto esta disparidade de resultados pode dever-se ao facto de Sampaio *et al.* (2012) terem avaliado uma população japonesa residente na comunidade, enquanto neste estudo foi avaliada uma população portuguesa institucionalizada. Na avaliação da força do quadrante inferior, não houve diferenças entre os idosos dos diferentes meios. O contrário se verificou no estudo de Sampaio *et al.* (2012), onde utilizaram como teste o Five Chair Standing, e os idosos do meio rural apresentaram melhor resultado.

Analisando as escalas aplicadas, relativamente à FES, verificou-se que o medo de cair é

superior nos idosos de meio rural. No estudo de Sampaio *et al.* (2012), embora o medo de cair fosse superior nos idosos de meio rural comparativamente com os de meio urbano, esta diferença não foi significativa, tal como aconteceu no presente estudo. No que diz respeito ao IPAQ, verificou-se que os idosos de meio urbano apresentaram um baixo nível de atividade física, enquanto que os idosos de meio rural, obtiveram um nível de atividade física moderado, apesar dos idosos serem classificados com diferentes níveis de atividade física, estatisticamente esta diferença não foi significativa. O mesmo verificou-se no estudo de Arnadottir *et al.*, (2009), que avaliou o nível de atividade física entre idosos de meio urbano e rural islandeses, através da Physical Activity Scale for the Elderly, e constataram que não existiam diferenças significativas entre os idosos.

Por fim, com o intuito de verificar que variáveis se apresentavam como fatores de risco ou até de proteção na ocorrência de quedas, através da análise da regressão logística, constatou-se que, nos idosos institucionalizados de meio urbano existiam resultados significativos na medicação, ou seja, devido à sua ingestão o risco de cair aumenta 2,91 vezes. Em 2013, Damían *et al.*, realizaram um estudo com o objetivo de verificarem os fatores associados a quedas em idosos institucionalizados na população espanhola, e constataram a existência de uma forte associação entre a ocorrência de quedas e o uso de medicação, principalmente em idosos polimedicados, constatando-se que o risco de cair aumenta 1,19 vezes por medicamento usado, o que vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo.

Nos idosos de meio rural, foram obtidos resultados estatisticamente significativos no OLST, na FES, na visão, na medicação e no uso de auxiliares de marcha. No OLST observou-se que os idosos se protegem 0,92 vezes mais. O mesmo acontece na FES, onde se verificou que os idosos se protegem 0,98 vezes mais. No que respeita à visão, constatou-se que os idosos que apresentavam alterações possuíam 2,31 vezes mais de probabilidade de cair. Em relação à medicação, verificou-se que devido ao seu uso o risco de cair aumenta 3,29 vezes. Na análise dos auxiliares de marcha, constatou-se que a sua utilização aumenta o risco de queda 2,60 vezes. Em 2008, Gonçalves *et al.*, efetuaram uma pesquisa com o intuito de analisar a prevalência de quedas em idosos institucionalizados na população brasileira e constataram a existência de um aumento significativo do risco de queda em idosos com alteração da visão possuindo 1,60 vezes maior probabilidade de cair, e em idosos que usam auxílio para caminhar, observando-

se que o seu uso aumenta o risco de queda 1,51.

Também com o objetivo de verificar os fatores associados a quedas, em pacientes idosos ambulatoriais de acordo com o seu nível de atividade física, Perracini e Ramos (2002), realizaram uma pesquisa e constataram que em idosos com um nível de atividade física moderado a elevado, existia um aumento significativo do risco de queda na FES, possuindo 1,18 vezes mais risco de cair. Este resultado vai de encontro ao obtido, no presente estudo, pelos idosos de meio rural visto estes apresentarem um nível de atividade moderado e existirem resultados significativos na FES. É de salientar, que isoladamente, a medicação constitui um fator predisponente à ocorrência de quedas em ambos os grupos, no entanto, o mesmo não se verifica quando analisada com as outras variáveis.

Este estudo apresentou como principais limitações o facto de ser um estudo transversal, o que não nos permite tirar conclusões, relativamente ao comportamento das variáveis em estudo, ao longo do tempo. Tendo em conta que este estudo foi realizado no âmbito de um processo específico do ciclo de vida, seria uma mais valia para a percepção do envelhecimento. Outra limitação foi a escassez de estudos que comparem idosos de meio urbano e rural institucionalizados, tendo sido apenas encontradas pesquisas que façam essa comparação em idosos da comunidade, sendo importante mais estudos nesta área.

Conclusão

Através da análise dos resultados verificou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os idosos institucionalizados de meio urbano e rural, na realização de exercício terapêutico, no uso de auxiliares de marcha, no *time up and go test*, na velocidade máxima da marcha e na FES, tendo sido obtidos piores resultados pelos idosos de meio rural em todas as variáveis.

Nos idosos de meio urbano, a medicação apresentou-se como um fator de risco de queda, constatando-se assim que quanto maior a sua utilização maior será a probabilidade de os idosos caírem. Nos idosos de meio rural, para além da medicação observou-se que o OLST, a FES, a visão e o uso de auxiliar de marcha também se apresentavam como fatores de risco de queda, verificando-se assim que alterações no equilíbrio estático, na percepção da visão, a utilização de medicação e auxílio para

caminhar e o medo de cair aumentam a probabilidade deste grupo de idosos sofrer quedas.

Referências Bibliográficas

- Almeida, S., Soldera, C., Carli, G., Gomes, I. & Resende, T. (2012). *Analysis of extrinsic and intrinsic factors that predispose elderly individuals to fall. Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(4), 427-433. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000400012>
- Andersson, M., Moberg, L., Svantesson, U., Sundbom, A., Johansson, H. & Emtner, M. (2011). *Measuring walking speed in COPD: test-retest reliability of the 30-metre walk test and comparison with the 6-minute walk test. Primary Care Respiratory Journal*, 20(4), 434-40. <https://doi.org/10.4104/pcrj.2011.00082>
- Arnadottir, S., Gunnarsdottir, E. & Lundin-Olsson, L. (2009). *Are rural older Icelanders less physically active than those living in urban areas? A population-based study. Scandinavian journal of public health*, 37(4), 409-417. <https://doi.org/10.1177/1403494809102776>
- Carter, N. D., Kannus, P. & Karim, K. (2001). *Exercise in the prevention of falls in older people. Sports Medicine*, 31(6), 427-438. <https://doi.org/10.2165/00007256-200131060-00003>
- Craig, C., Marshall, A., Sjostrom, M., Bauman, A., Booth, M., Ainsworth, B., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J. & Oja, P. (2003). *International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1395. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Daley, M. & Spinks, W. (2000). *Exercise, mobility and aging. Sports Medicine*, 29(1), 1-12. <https://doi.org/10.2165/00007256-200029010-00001>
- Damián, J., Pastor-Barriuso, R., Valderrama-Gama, E. & Pedro-Cuesta, J. (2013). *Factors associated with falls among older adults living in institutions. BMC geriatrics*, 13(6), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-6>
- Ferreira, D. & Yoshitome, A. (2010). *Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 991-997. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600019>

- Gonçalves, L., Vieira, S., Siqueira, F. & Hallal, P. (2008). *Prevalence of falls in institutionalized elderly in Rio Grande, Southern Brazil*. *Revista de Saúde Pública*, 42(5), 938-945. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102008000500021>
- Hall, C. & Brody, L. (2005). *Therapeutic exercise: moving toward function*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins. ISBN: 1496302346
- INE. (2022). *População residente aumenta mais de 46 mil pessoas - 2022*. Instituto Nacional de Estatística. Consultado a Maio de 2023. <http://www.ine.pt>
- Jones, C. & Rikli, R. (2002). *Measuring functional in older adults*. *The Journal on active aging*, 25-30.
- Kose, N., Cuvalci, S., Ekici, G., Otman, A. & Karakaya, M. (2005). *The risk factors of fall and their correlation with balance, depression, cognitive impairment and mobility skills in elderly nursing home residents*. *Saudi medical journal*, 26(6), 978-981.
- Lusardi, M. M., Pellecchia, G. & Schulman, M. (2003). *Functional performance in community living older adults*. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 26(3), 14-22.
- Melo, C. (2011). *Adaptação cultural e validação da escala "Falls Efficacy Scale" de Tinetti*. *iFisiOnline*, 1(2), 33-43.
- Menezes, R. & Bachion, M. (2008). *Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1209-18. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400017>
- Michikawa, T., Nishiwaki, Y., Takebayashi, T. & Toyama, Y. (2009). *One-leg standing test for elderly populations*. *Journal of Orthopaedic Science*, 14(5), 675-685. <https://doi.org/10.1007/s00776-009-1371-6>
- Mota Pinto, A. & Botelho, M. (2007). *Fisiopatologia - Fundamentos e Aplicações*. Lidl-Ed Técnicas, Lda. ISBN: 9789897520082
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, Climepsi Editores. ISBN: 9789727961856
- Perracini, M. & Ramos, L. (2002). *Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade*. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 709-16. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000700008>
- Perracini, M. R. (2005). *Prevenção e manejo de quedas no idoso*. In: Ramos, L. & Toniolo Neto, J. (eds.) *Geriatría e Gerontologia - Guias de Medicina Ambulatorial e*

Hospitalar. São Paulo: Manole. ISBN: 9788520418857

- Pizzol, T., Pons, E., Hugo, F., Bozzetti, M., Sousa, M. & Hilgert, J. (2012). *Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional*. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 104-114. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100011>
- Sampaio, R., Sampaio, P., Yamada, M., Ogita, M. & Arai, H. (2012). *Urban-rural differences in physical performance and health status among older Japanese community-dwelling women*. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 3(4), 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2012.09.003>
- Sánchez, E., Guiteras, P., Llanes, J., Bustos, A., Beneytoa, V. & Gaju, R. (2004). *Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar*. *Atención primaria*, 34(4), 178-183.
- Shumway-Cook, A., Brauer, S. & Woollacott, M. (2000). *Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test*. *Physical therapy*, 80(9), 896-903.
- Spirduso, W. W., Francis, K. L. & MacRae, P. G. (2005). *Physical dimensions of aging*. Human Kinetics Publishers. ISBN: 0736033157

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Fatores associados à sífilis adquirida em
pessoas idosas: uma revisão integrativa

Título resumido do manuscrito: Sífilis em pessoas idosas: revisão
integrativa

Dhyanine Morais de Lima Raimundo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | dhyaninemorais@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9723-705X

Ana Beatriz Pereira da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | biapeci@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8339-6482

Maria Eduarda Silva Nascimento

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | maria.nascimento.016@ufrn.edu.br

ORCID: 0000-0001-5578-5413

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | thaiza.nobre@ufrn.br

ORCID: 0000-0002-8673-0009

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | vilani.nunes@ufrn.br

ORCID: 0000-0002-9547-0093

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | ana.elza.mendonca@ufrn.br

ORCID: 0000-0001-9015-211X

Resumo

Sífilis é uma infecção sexualmente transmissível de caráter sistêmico causada pelo agente *Treponema pallidum*, de evolução lenta e crônica. No contexto atual, com base na transição epidemiológica do Brasil, o envelhecimento da população associado à

redução da morbimortalidade, demanda questionamentos acerca da atenção à saúde sexual das pessoas idosas, pois, no contexto de saúde pública essa população se encontra negligenciada pelos dos profissionais de saúde. Esse trabalho tem como objetivo sintetizar o conhecimento a respeito dos fatores associados da sífilis adquirida em pessoas idosas. Para apresentar os dados foi utilizado o Diagrama de Ishikawa. De acordo com a literatura, os fatores associados à sífilis em idosos foram: baixa escolaridade, sexo masculino, práticas bi/homossexuais, coinfeções, raça parda/preta/indígena.

Palavras-chave: sífilis; idoso; infecções sexualmente transmissíveis

Introdução

A sífilis é uma doença ocasionada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*. Sua forma de transmissão se dá por meio do contato sexual (sífilis adquirida) ou transmitida de forma intraútero (sífilis congênita). É dividida em quatro estágios: primária, secundária, latente e terciária. Inicialmente é caracterizada por lesões chamadas de cancro duro no local onde ocorreu a infecção, mas atinge outros órgãos, incluindo o cérebro em decorrência da neurosífilis (The Kirby Institute, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a sífilis chegou a atingir mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde (Ministério da Saúde, 2019). No Brasil a sífilis adquirida ainda não é estratificada por idade nos boletins epidemiológicos, o que é preocupante, considerando que, a população idosa tem se tornado expressiva em números de casos de sífilis adquirida (Smith et al., 2020).

Em 2021, foram notificados no Brasil, por meio do Sistema Nacional de Doenças de Notificação Compulsória (SINAN), 167.523 casos de sífilis adquirida (78,5 casos/100.000 habitantes); 74.095 casos de sífilis em gestantes (27,1 casos/1.000 nascidos vivos); 27.019 casos de sífilis congênita (9,9 casos/1.000 nascidos vivos); e 192 óbitos por sífilis congênita (7,0 óbitos/100.000 nascidos vivos) (Ministério da Saúde, 2022).

Ao considerar o aumento de números de casos de sífilis em idosos e a gravidade da doença, é de suma importância abordar a saúde sexual entre os idosos. Pois, atualmente é uma preocupação de saúde pública global, tendo em vista que a carga de sífilis está

aumentando em adultos mais velhos e o aumento das taxas de HIV e outras IST também, destacando-se eminentemente a sífilis (Wang et al., 2021).

Ademais, estudos mostram que a população global está envelhecendo e 2050 terá aproximadamente dois bilhões de pessoas idosas, um número preocupante pois 80% desses idosos residirão em países de renda média e baixa (PBMR) (Wang et al., 2021)⁵. Não obstante, há um preconceito da sociedade com relação a sexualidade dos senescentes, uma vez que as práticas sexuais são desprezadas pela sociedade, família e profissionais de saúde (Andrade, et al., 2019).

É importante destacar que no Brasil o Estatuto da Pessoa Idosa reconhece como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais. E de entre as obrigações das entidades que realizam atendimento, consta a comunicação à autoridade competente de saúde toda ocorrência de doença infectocontagiosa em pessoa idosa (Lei No 10.741, 2003).

Para o diagnóstico da doença é necessária realização de testes imunológicos treponêmicos que são os testes rápidos (TR), utilizados principalmente na atenção primária em unidades de saúde e os testes não treponêmico, como o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), solicitado quando o TR apresentar resultado reagente para diagnóstico e também, para o acompanhamento do tratamento. No Brasil ambos são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2022).

De acordo com a problemática exposta, o presente artigo tem como objetivo sintetizar o conhecimento a respeito dos fatores associados à sífilis adquirida em pessoas idosas.

Métodos

Para se alcançar o objetivo do presente estudo, foi realizado uma revisão integrativa da literatura cujas etapas foram delineadas conforme o objetivo do trabalho. Para subsidiar a busca, a questão da pesquisa consistiu em: “Quais fatores estão associados à sífilis adquirida em pessoas idosas?”

Então, foi realizado a busca dos artigos disponibilizados em modelo de publicação eletrônica nas bases de dados *SciVerse Scopus* (Elsevier), PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), e *Web of Science*. O acesso às bases de dados deu-se via Portal de Periódico Capes, e a busca ocorreu a partir do uso de termos controlados indexados no *Medical Subject Headings* da U.S. *National Library of Medicine* (MESH), sendo eles: “*syphilis*” e “*aged*” que foram combinados entre si, dentro de cada conjunto de termos

com o conector booleano *AND*.

Foi efetuada a leitura dos títulos e resumos para a seleção dos artigos científicos, analisando as publicações que atendiam os critérios de inclusão estabelecidos: artigos disponíveis e inglês, português ou espanhol, publicados nos últimos cinco anos, realizados com pacientes idosos diagnosticados com sífilis. Foram excluídos aqueles que se encontravam repetidos nas bases de dados e que não se adequavam ao objetivo do estudo.

A coleta de dados ocorreu no mês de março de 2023, sendo encontradas no total 2.547 publicações. Após a leitura do título e resumo dos estudos, foram selecionados 22 artigos para leitura na íntegra. Após esta etapa, cinco artigos foram incluídos na amostra final.

Devido à essência bibliográfica da pesquisa, foi dispensada à aprovação do projeto pelo comitê de ética em Pesquisa. É válido, ainda, ressaltar que os direitos de autoria e os aspectos éticos foram respeitados referenciando os autores dos trabalhos utilizados.

Resultados e discussão

A caracterização dos artigos que compuseram a amostra final está apresentada abaixo.

Quadro 1

Artigos mostra final

Título	Prevalence and Vulnerability Factors Associated with HIV and Syphilis in Older People from Subnormal Agglomerate, Brazilian Amazon	Evaluation of actions to address acquired syphilis between 2016 and 2019, in a southeast brazilian state capital city	New Syphilis Cases in Older Adults, 2004–2019: An Analysis of Surveillance Data From South China	Neurosyphilis: Still prevalent and overlooked in an at risk population	Acquired syphilis in the population with 50 years old or more: geographic distribution and trends
Autores	Wanderson Santiago de Azevedo Júnior + 9	Mara Rejane Barroso Barcelos	Cheng Wang + 8	Ramachandran, Prashanth S. et al.	Medeiros, Monike Rayana et at
País de publicação	Suíça	Brasil	Suíça	Austrália	Brasil
Idioma do estudo	Inglês	Inglês	Inglês	Inglês	Português
Objetivo do estudo	Estimar a prevalência de HIV e	Avaliar indicadores de resultados	Descrever os fatores associados à	Avaliar a incidência, manifestações	Avaliar a prevalência de sífilis adquirida

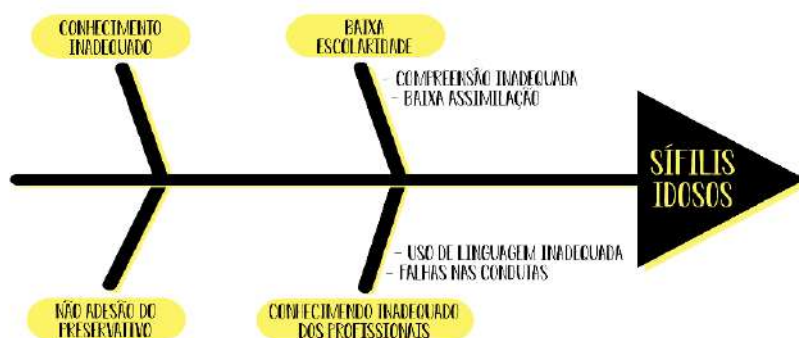
	sífilis e fatores associados em idosos de aglomerações subnormais de um município da Amazônia brasileira.	relacionados à sífilis adquirida no período 2016-2019 em uma capital do sudeste brasileiro.	infecção e diagnóstico de sífilis entre idosos na China durante um período de 16 anos.	clínicas e laboratoriais	na população com idade ≥50 anos residente no estado de SC, sua distribuição segundo macrorregiões de saúde e a tendência no período de 2013 a 2018
Principais resultados/ Fatores contribuintes para sífilis em idosos	Baixa escolaridade (2x mais chances de IST), mais casos de sífilis, coinfeção com HIV, bissexuais e homossexuais 5x testes reagentes para sífilis,	2.647 casos, pessoas com 50 anos ou mais tiveram 17,38%, pessoas de raça parda 31,89%, sexo masculino 61,99%, fundamental incompleto 17,30%.	71.055 novos diagnósticos, 48,8% dos casos estavam entre pessoas mais velhas, 63,9% dos homens com >50 anos, 39,1% eram casados,	25 pacientes com neurosífilis definitiva ou provável, 19 (76%) eram do sexo masculino. A idade média desses pacientes foi de 64 anos	4.546 casos de sífilis adquirida, a taxa de ocorrência de sífilis aumentou de 18,2 para 110,7 casos /100.000 habitantes, 57,2% dos casos eram homens, 59,1% entre 50 e 59 anos, 74,3% dos acometidos eram da raça ou cor branca

A amostra final foi composta por cinco artigos, aos quais 40% (2) foram publicados na Suíça, outros 40% (2) no Brasil e apenas 20% (1) na Austrália. O idioma de publicação foi o inglês em 80% (4) dos estudos e apenas 20% (1) em português.

Os principais resultados acerca da sífilis adquirida em idosos foram apresentados através do Diagrama de *Ishikawa*, que foi desenvolvido por *Kaoru Ishikawa* no ano de 1943.

Figura 1

Diagrama de resultados



Na parte superior do diagrama (Figura 1), foram colocados os principais fatores que estão associados aos idosos em relação à ocorrência da sífilis nesta faixa etária. A baixa escolaridade, as maiores taxas em idades mais elevadas, sexo masculino, homens que fazem sexo com outros homens (HSH) ou bissexuais, pessoas que apresentavam coinfeções e raça parda/preta/indígena foram os principais fatores associados à sífilis em idosos.

Isso se dá, segundo Ferreira *et al.* (2021)⁹, pelo fato de que pessoas com 50 anos ou mais tem maior probabilidade de ter baixo conhecimento sobre IST. É sabido que as ações e políticas pública não são voltadas diretamente para controle de IST na população idosa. Apesar disso, o envelhecimento mundial é uma realidade cada vez mais presente e carece de ações voltadas para prevenção, diagnóstico e tratamento em tempo oportuno neste público.

No que se refere à baixa escolaridade, este achado pode levar até duas vezes mais casos de sífilis (Azevedo Junior et al., 2022), além de quase triplicar o risco de coinfeção por HIV, revelando que a incidência do HIV é maior entre pessoas com infecção por sífilis (Wu et al., 2020). Corroborando com este resultado, estudo realizado no sul da China onde foi comparada a ocorrência de sífilis entre adultos jovens (15 – 49 anos) e adultos mais velhos (>50 anos), identificou que 48,8% dos casos ocorreram entre pessoas com mais de 50anos (Wang et al., 2021).

Outro estudo realizado na Inglaterra, mostrou uma tendência ao longo da idade e do tempo em que as taxas de IST estavam aumentando nos grupos etários mais velhos, incluindo aqueles com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos. Além disso,

ocorreram 5.336 novos diagnósticos de HIV neste grupo (Camacho et al., 2022)¹².

A raça parda/negra/indígena foi outro resultado frequentemente mencionado entre os autores. Esses resultados de sífilis adquirida na população idosa, de raça negra e em pessoas com baixa escolaridade, remete-se ao conceito de vulnerabilidade, que busca compreender como os aspectos sociais, culturais e individuais interagem para levar a condições em que se concretizam certos perigos ou ameaças (Ozelame et al., 2020).

Apesar dos avanços nas políticas públicas relacionadas à sífilis, à resistência à prática de sexo seguro muito presente na população idosa, a ampliação do período sexual ativo e a fragilidade própria do processo de envelhecimento, o acesso ao rastreamento, ao tratamento e ao monitoramento do tratamento ainda apresentam questões importantes, refletidas no elevado número de casos de mortalidade por esta IST (Assunção, 2018; Bastos et al., 2018).

Desde 2012, no Brasil, são ofertados os testes rápidos para Sífilis e outras IST na Atenção Primária a Saúde (APS), mas é importante ressaltar que esses testes não são úteis ao monitoramento do tratamento, nem fazem distinção entre uma infecção ativa e uma infecção passada. Apesar disso, a baixa cobertura da APS e a insegurança dos profissionais que atuam neste ambiente em tratar a sífilis ainda é um desafio a ser superado.

Outro resultado importante foi a maior ocorrência de sífilis em homens. E isso é mencionado em outros estudos especificamente entre os homens que fazem sexo com outros homens (HSH) (Lee et al., 2020)¹⁶. É importante conhecer os fatores relevantes para as diferentes populações, não só em termos de faixa etária e orientação sexual, mas também conhecer os cenários em que vivem, para propor intervenções intersetoriais e, no setor saúde.

Todos esses achados são preocupantes entre os idosos, já que aumenta ainda mais a morbidade nesta faixa etária, quando comparado aos indivíduos mais jovens. Vários estudos demonstraram que os idosos apresentam um período de atraso mais longo entre o reconhecimento dos sintomas e a apresentação clínica do que a população mais jovem (Tavoschi et al., 2017). A baixa percepção do risco pessoal de IST, o conhecimento limitado sobre IST e sua transmissão e o estigma associado ao comparecimento a clínicas de IST podem contribuir para a apresentação tardia em idosos o que dificulta o atendimento às necessidades dessa população (Neto et al., 2021).

Conclusão

Os fatores associados à sífilis em pessoas idosas estão bem definidos na literatura com destaque para a baixa escolaridade, sexo masculino, práticas bi/homossexuais, coinfeções, raça parda/preta/indígena.

No contexto brasileiro e de saúde pública, a sífilis se encontra negligenciada e requer melhoria na qualidade do atendimento e acompanhamento. Os resultados do presente estudo denotam a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva para a população idosa, frente as novas necessidades em saúde.

É notória a necessidade de desenvolvimento de estudos e estratificação da incidência de sífilis adquirida na população idosa. Além disso, políticas públicas destinadas para educação das pessoas idosas podem colaborar com a compreensão desse público acerca dessa infecção e favorecer a adesão ao tratamento.

Por fim, ações de educação permanente junto aos profissionais da saúde que assistem a esse público, poderão favorecer o planejamento e implementação de ações visando a redução da sífilis adquirida no público idoso.

Referências

- Andrade NP, et al. *Educação sexual como estratégia na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis em idosos: revisão integrativa*. Realize Editora, Campina Grande, CONEDU, 2019.
- Assunção, A. J. (2018). *Estudo dos casos de sífilis em um município do interior do estado de São Paulo* [Dissertação]. <https://doi.org/10.11606/d.17.2018.tde-24052018-112142>
- Azevedo Junior, W. S. de, Santos, E. P. dos, Pedreira, N. P., Dantas, L. B., Nascimento, V. G. C., Dias, G. A. R., Sousa, F. de J. D., Castro, N. J. C. de, Botelho, E. P., & Ferreira, G. R. O. N. (2022). *Prevalence and Vulnerability Factors Associated with HIV and Syphilis in Older People from Subnormal Agglomerate, Brazilian Amazon*. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 7(11), 332. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed7110332>
- Bastos, L. M., Tolentino, J. M. S., Frota, M. A. de O., Tomaz, W. C., Fialho, M. L. de S., Batista, A. C. B., Teixeira, A. K. M., & Barbosa, F. C. B. (2018). *Avaliação do nível*

- de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8), 2495–2502. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10072016>
- Camacho, C., Camacho, E., & Lee, D. (2022). *Trends and projections in sexually transmitted infections in people aged 45 years and older in England: analysis of national surveillance data. Perspectives in Public Health*, 175791392211063. <https://doi.org/10.1177/17579139221106348>
- Ferreira, G. R. O. N., Oliveira, I. S., Freitas, W. L. S., Lira, A. L. B. de C., Reis, R. K., Gir, E., Ramos, A. M. P. C., Gonçalves, L. H. T., & Botelho, E. P. (2021). *Factors associated with low knowledge about sexually transmitted infections in subnormal agglomerate, in the Brazilian Amazon. Primary Health Care Research & Development*, 22(1). <https://doi.org/10.1017/s1463423621000700>
- Ministério da Saúde. (2019). *Departamento de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Boletim epidemiológico de sífilis-2018*. Ministério da Saúde. http://antigo.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/66163/boletim_sifilis_04122018.pdf?file=1&type=node&id=66163&force=1.
- Ministério da Saúde. (2022). *Boletim Epidemiológico de Sífilis-2022*. Ministério da Saúde.
- Nan Yao Lee, Chen, Y., Hsiao Ying Liu, Li, C., Chia Wen Li, Wen Chien Ko, & Nai Ying Ko. (2020). *Increased repeat syphilis among HIV-infected patients: A nationwide population-based cohort study in Taiwan. Medicine*, 99(28), e21132–e21132. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000021132>
- Neto, P. L. F., Fonseca, R. R. de S., Avelino, M. E. de S., Vilhena, E. M., Barbosa, M. D. A. de A. P., Lopes, C. A. F., Gomes, S. T. M., Sequeira, B. J., Laurentino, R. V., Freitas, F. B., Oliveira-Filho, A. B., & Machado, L. F. A. (2021). *Prevalence and Factors Associated With Syphilis in People Living With HIV/AIDS in the State of Pará, Northern Brazil. Frontiers in Public Health*, 9(646663), 646663. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.646663>
- Ozelame, J. É. E. P., Frota, O. P., Ferreira Júnior, M. A., & Teston, E. F. (2020). *Vulnerabilidade à sífilis gestacional e congênita: uma análise de 11 anos. Revista Enfermagem UERJ*, 28(e50487), e50487. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.50487>

- Smith, M. L., Bergeron, C. D., Goltz, H. H., Coffey, T., & Boolani, A. (2020). *Sexually Transmitted Infection Knowledge among Older Adults: Psychometrics and Test–Retest Reliability*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2462. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072462>
- Tavoschi, L., Dias, J. G., Pharris, A., Schmid, D., Sasse, A., Beckhoven, D. V., Varleva, T., Blazic, T. N., Hadjihannas, L., Koliou, M., Maly, M., Cowan, S., Rüütel, K., Liitsola, K., Salminen, M., Cazein, F., Pillonel, J., Lot, F., Günsenheimer-Bartmeyer, B., & Patrinos, S. (2017). *New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data*. *The Lancet HIV*, 4(11), e514–e521. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(17\)30155-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30155-8)
- The Kirby Institute. (2020). *National update on HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia 2009–2018*. Kirby Institute. <https://www.kirby.unsw.edu.au/research/reports/national-update-hiv-viral-hepatitis-and-sexually-transmissible-infections-australia-2009-2018>
- Wang, C., Zhao, P., Xiong, M., Tucker, J. D., Ong, J. J., Hall, B. J., Sami, M., Zheng, H., & Yang, B. (2021). *New Syphilis Cases in Older Adults, 2004–2019: An Analysis of Surveillance Data From South China*. *Frontiers in Medicine*, 8(2). <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.781759>
- Wu, M. Y., Gong, H. Z., Hu, K. R., Zheng, H., Wan, X., & Li, J. (2020). *Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis*. *Sexually Transmitted Infections*, 97(7). <https://doi.org/10.1136/sextrans-2020-054706>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Força muscular, equilíbrio e flexibilidade em idosos ativos

Título resumido do manuscrito: Força muscular, equilíbrio, flexibilidade em idosos

Clarinda Fernanda da Silva Festas

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Porto, Portugal

I3ID-FP | clarinda@ufp.edu.pt

ORCID: 0000-0001-5244-1914

Fátima Mariana Macedo dos Santos

Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, Porto, Portugal

I3ID-FP | fatimas@ufp.edu.pt

ORCID: 0000-0001-6816 -2071

Maria da Conceição Antas de Barros Meneres Manso

Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

I3ID-FP | cmanso@ufp.edu.pt

ORCID: 0000-0002-1774-1337

Cristina Teresa Torrão de Carvalho Mesquita

Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico do Porto ESS| P.PORTO;

CIR ESS| P.PORTO | ctmesquita@ess.ipp.pt

ORCID:0000-0003-0830-9064

Amanda Bolsato Glizente

amandaborsato_27@icloud.com

Resumo

Define-se envelhecimento como um processo natural, fisiológico, contínuo, progressivo e irreversível, levando à perda da autonomia funcional, a um declínio das capacidades físicas e mentais, necessárias para a realização das atividades de vida diária.

Este estudo deteve como objetivo avaliar e correlacionar os níveis de força muscular,

equilíbrio, flexibilidade em idosos sedentários (IS), praticantes de atividade física (IPAF), institucionalizados (II) e não institucionalizados (INI). Trata-se de um estudo observacional transversal com uma amostra de conveniência com 123 idosos, dos 65-94 anos, 78 mulheres (63,4%); 21 Idosos não são institucionalizados e 26 são idosos praticantes de atividade física. Avaliou-se a força muscular, a mobilidade funcional-equilíbrio, a flexibilidade e os níveis de atividade física. Realizou-se a análise descritiva e inferencial no programa IBM SPSS Statistics versão 28, como valor de significância de $p < 0,05$. A força muscular dos membros superiores (MMSS) e dos membros inferiores (MMII), a flexibilidade e o equilíbrio são significativamente superiores em idosos praticantes de atividade física $p < 0,001$. A força muscular, a flexibilidade e o equilíbrio apresentaram resultados significativamente inferiores nos idosos institucionalizados $p < 0,001$. Foram encontradas diferenças significativas entre sexo, apresentando os homens mais força muscular dos membros superiores $p < 0,001$ e inferiores $p < 0,016$ e as mulheres maior flexibilidade $p < 0,001$.

Concluiu-se que existe uma perda da força muscular, da mobilidade funcional e da flexibilidade ao longo da idade. Os idosos com prática de atividade física apresentaram melhores resultados nas dimensões avaliadas comparativamente aos não ativos. Os idosos não institucionalizados apresentam mais força, mais flexibilidade e melhor equilíbrio.

Palavras-chave: idosos; força; equilíbrio e atividade física

Introdução

O envelhecimento constitui-se como um processo natural, fisiológico, contínuo, progressivo e irreversível, levando à perda da autonomia funcional, a um declínio das capacidades fisiológicas, físicas e mentais, necessárias para a realização das atividades de vida diária (Vasconcelos et al., 2020).

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, resultante do aumento da expectativa de vida e da melhorias das condições de saúde. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), até 2050, o número de pessoas idosas com mais de 80 anos deverá quadruplicar.

Uma transformação demográfica desta magnitude, em especial nos países em

desenvolvimento terá consequências, para cada um dos aspectos da vida individual, comunitária, nacional e internacional (ONU, 2020; Mendonça et al., 2021).

Diante dos factos, verifica-se que as políticas de saúde pública, usufruindo da tecnologia emergente, estão a ser direccionadas não só para o controlo de diversas doenças, mas também para a melhoria das condições de saúde de forma a potenciar uma melhor qualidade de vida com o avançar da idade (Freitas et al., 2006; Bohannon, 2019, Arruda et al., 2020).

As principais condições associadas à velhice bem-sucedida, segundo Neri (2004), são o baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionados com as doenças, mantendo um envolvimento ativo com a vida.

O bem-estar psicológico ocupa também um lugar de grande importância no processo de envelhecimento, sendo necessário combater a solidão, a falta de motivação, a diminuição da autoestima e o aumento da ansiedade que emerge nesta população. Por isso, a satisfação com a vida é um componente do bem-estar subjetivo que auxilia no processo do envelhecimento saudável (Freitas et al., 2006; Adams et al., 2016).

Relativamente às perdas motoras, estas podem ocorrer em diferentes ritmos e intensidades, dependendo dos fatores aos quais o indivíduo está exposto. Essas alterações têm como consequência a diminuição da capacidade funcional, tornando o indivíduo mais suscetível a quedas e fragilidade, entre outras comorbidades (Andreis et al., 2018). Muitos idosos convivem com a redução da funcionalidade, específica para cada indivíduo. A baixa massa muscular está associado à perda de força e à limitação da mobilidade em idosos e consequentemente a uma diminuição da capacidade intrínseca do idoso, podendo afetar seu desempenho muscular (OMS, 2015).

Uma vez que a autonomia do idoso não é garantida, a sua qualidade de vida pode sofrer impactos diretos afetando a realização de atividades que causam bem-estar e a manutenção de hábitos que contribuam para a socialização e valorização da vida (Santos et al., 2020).

Os exercícios de fortalecimento muscular combinados com suplementação proteica são aconselhados para prevenir a sarcopenia e a fragilidade em idosos, aumentando o ganho de massa magra e consequentemente aumentando sua função (Wilson et al., 2017; Morton et al., 2018).

Os exercícios, que incluem uma abordagem de capacidades físicas e motoras, trazem

benefícios tanto para manutenção quanto para a melhoria da funcionalidade do indivíduo idoso. Assim, para além de minimizar a sarcopenia, contribuem para um melhor desempenho cardiorrespiratório, manutenção do equilíbrio e flexibilidade (Bouaziz et al., 2016).

Vários estudos apontam que a prática de atividade física, em idosos, atua diretamente na preservação das capacidades funcionais e cognitivas, contribuindo para um retardar da fragilidade. Por outro lado, os programas que trabalham a combinação de força, alongamento, equilíbrio e exercícios aeróbicos têm demonstrado ser mais eficazes na manutenção da mobilidade e no desempenho musculoesquelético em idosos frágeis (Lopez et al., 2017; Izquierdo et al., 2017).

Os exercícios fisioterapêuticos controlam e previnem o agravamento das doenças crônicas degenerativas, reinserindo o idoso nas suas atividades diárias, de acordo com suas capacidades. Quando realizada em grupo, a prática de exercícios traduz-se não só em benefícios físicos como também favorece o bem-estar psicológico e reintegração social (Santos et al., 2017).

O objetivo deste estudo foi avaliar e correlacionar os níveis de força muscular, mobilidade funcional-equilíbrio, flexibilidade em idosos sedentários (IS), idosos praticantes de atividade física (IPAF), idosos institucionalizados (II) e idosos não institucionalizados (INI).

Métodos

Realizou-se um estudo observacional transversal com parecer positivo pela Comissão de Ética (Conselho Nacional de Saúde) – Plataforma Brasil (CAAE:23064719.7.00005281).

O estudo foi realizado em utentes duma clínica privada de fisioterapia e utentes duma instituição de longa duração no município de Petrópolis, Rio de Janeiro.

A amostra de conveniência foi constituída por 123 idosos, entre os 65-94 anos, 78 dos quais eram mulheres (63,4%). Do total, 21 (17,1%) idosos eram não institucionalizados e 26 (21,1%) eram praticantes de atividade física.

Como critérios de inclusão foram considerados: idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos, sedentários ou praticantes de atividade física (de acordo com a classificação do IPAQ); idosos residentes numa instituição de longa permanência. Como critérios de exclusão foram considerados: os idosos que após a avaliação do seu

estado mental, pelo Teste Mini Mental State Examination (MMSE), apresentassem incapacidade de compreensão para responderem aos questionários; os idosos com incapacidades físicas, alterações neurológicas ou ortopédicas que os impedissem de realizar os testes de avaliação de força, equilíbrio e funcionalidade e aqueles que não assinassem o termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos de avaliação

Para avaliar a aptidão física foi utilizado o protocolo de avaliação Senior Fitness Test, proposto por Rikli e Jones. O equilíbrio/mobilidade funcional foi avaliado pelo teste Timed Up And Go (TUG). Para avaliar a flexibilidade, foi utilizado o Banco do Weels, proposto por Wells e Dilon. O nível de atividade física foi avaliado através do questionário IPAQ (International Physical Activity Questionnaire). O Mini Mental State Examination (MMSE) foi utilizado como instrumento de avaliação cognitiva.

Força - Rikli e Jones

Para avaliar a força e a resistência do membro superior através do teste de flexão e cotovelo de Rikli e Jones (2002), o participante foi orientado para sentar-se com as costas direitas e encostadas e pés assentes no chão. Com seu braço dominante, o participante realizou uma flexão de antebraço em um movimento completo de flexão e extensão do antebraço. O teste tem início com o antebraço em extensão ao lado da cadeira e ao sinal de “iniciar” o participante gira gradualmente a palma da mão para cima, enquanto faz a flexão do antebraço completando o movimento. Para que os movimentos fossem realizados com precisão, o avaliador apoiou sua mão por trás do cotovelo, a fim de que o indivíduo saiba quando atingiu a extensão total. A orientação foi dada para a realização do maior número possível de flexões dentro de 30 segundos, com a certeza de que o indivíduo avaliado respeitaria os limites de amplitude de movimento de extensão completa à flexão completa. Foram contabilizadas somente as flexões corretas (Rikli e Jones, 1999). Para avaliar a força de membros inferiores com o teste de levantar e sentar da cadeira, o participante a ser avaliado permaneceu sentado, com as costas apoiadas e direitas, pés afastados e apoiados no chão. Os membros superiores cruzados e apoiados no peito. Num intervalo de 30 segundos, o participante recebeu a instrução de realizar o máximo de repetições possíveis, levantando-se da

cadeira para a posição vertical em sua extensão máxima. O avaliador contabilizou o número de repetições corretas, orientando o participante para um melhor desempenho possível. A pontuação foi obtida pelo número total de execuções corretas dentro de 30 segundos (Rikli e Jones, 1999).

Flexibilidade – Banco de Weels

Para avaliar a flexibilidade o participante foi posicionado sentado num colchão com as pernas estendidas e a planta dos pés contra o Banco de Weels (BW), com os joelhos e cotovelos estendidos, descalço, com os ombros flexionados e mãos sobrepostas. Os participantes foram orientados a realizar uma flexão de tronco, inclinando-se e projetando-se lentamente para frente, até onde fosse possível, devendo tocar o ponto máximo da escala que alcançar com as mãos. Foram realizadas 3 tentativas com intervalo de 1 minuto entre cada uma, sendo considerada apenas a melhor marca. Os valores são expressos em centímetros e correspondem à localização dos dedos das mãos de acordo com a marcação da régua (Wells et Dilon, 1952).

Mobilidade Funcional - TUG

No teste Timed Up and Go (TUG), o participante inicia na posição sentado em uma cadeira com o apoio lateral de braço, sendo instruído que se levante sem apoio nos braços da cadeira, caminhe 3 metros em linha reta, guiando-se pela marcação feita com fita adesiva no chão, girar e voltar andando no mesmo percurso, retornando à cadeira sentando-se em seguida, sendo o seu desempenho, analisado através da contagem do tempo necessário para realizá-las. A cronometragem foi iniciada após o sinal de partida e finalizada quando o participante se colocou novamente na posição inicial, sentado com as costas apoiadas na cadeira. O teste foi realizado uma vez para familiarização e uma segunda vez para registo do tempo. Os resultados foram interpretados da seguinte forma: até 10 segundos de execução da tarefa - classificação sem alteração de equilíbrio (com baixo risco de quedas); entre 11 e 20 segundos de execução - classificação sem alteração importante de equilíbrio (apresenta alguma fragilidade e risco médio de quedas); entre 20 e 30 segundos - com necessidade de intervenção (com risco de quedas); mais de 30 segundos - mobilidade alterada (alto risco de quedas) dependente em atividades de vida diária (AVD'S) (Podsiadlo e Richardson, 1991).

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

O IPAQ avaliou os níveis da prática de atividade física, medindo o tempo gasto em diferentes atividades físicas, com um tempo mínimo de 10 minutos de atividades diárias, podendo ser classificados em 3 níveis de atividade física: baixo (considerados sedentários), moderado e intenso (considerados ativos) (Matsudo et al., 2001). A partir dos resultados os idosos foram classificados como sendo ativos ou sendo sedentários.

Procedimentos Estatísticos

A análise de dados foi realizada utilizando o programa da IBM SPSS Statistics vs 28.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). As variáveis categóricas foram descritas através de contagens e respetiva percentagem. As quantitativas foram analisadas utilizando a mediana e 1º e 3º quartis (dado que não apresentaram distribuição normal) e amplitude (mínimo e máximo). Para estas a média e respetivo desvio padrão foi também calculado para permitir comparação com outros estudos publicados. A comparação da medida de tendência central (mediana) de variáveis dependentes por dois grupos independentes foi realizada através do teste não paramétrico U de Mann-Whitney. A relação entre a idade dos participantes e o respetivo valor das 4 variáveis de condição física foi avaliado através do coeficiente de correlação de Spearman. Para a avaliação da força de associação considerou-se, de acordo com Hinkle et al. (2003), que valores absolutos entre $0 \leq r_s \leq 0,30$ revelam uma relação (positiva/negativa) pequena/inexistente, $0,30 \leq r_s \leq 0,50$ revelam uma relação (positiva/negativa) razoável, $0,5 \leq r_s \leq 0,70$ uma relação (positiva/ negativa) moderada, $0,70 \leq r_s \leq 0,90$ uma relação (positiva/negativa) forte e entre $0,90 \leq r_s \leq 1,00$ uma relação (positiva/negativa) muito forte/excelente. Os valores de p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

A caracterização da amostra está representada na tabela 1., salientando-se uma média de idade de 76,2 ($\pm 7,3$) anos. A maior parte dos participantes, 63,4%, são do sexo feminino, 78,9% era sedentária e a grande maioria não era institucionalizada (82,9%).

Tabela 1

Caracterização da amostra

	Categoria	resultado
Sexo	Feminino, n (%)	78 (63,4%)
	Masculino, n (%)	45 (36,6%)
Idade (anos)	média (DP)	76,2 (7,3)
	Me (Q1; Q3)	75 (70-82)
	min-max	65-92
Atividade Física	Não, n (%)	97 (78,9%)
	Sim, n (%)	26 (21,1%)
Institucionalizado	Não, n (%)	102 (82,9%)
	Sim, n (%)	21 (17,1%)

Na tabela 2 encontra-se a comparação das variáveis de força, flexibilidade e equilíbrio em praticantes de atividade física e em idosos em situação de institucionalização. Verifica-se existirem valores significativamente superiores para praticantes de atividade física na força dos MMSS; dos MMII; na flexibilidade e melhor equilíbrio. No que concerne à institucionalização verificamos valores significativamente inferiores na força dos MMSS, dos MMII, na flexibilidade e pior equilíbrio nos idosos institucionalizados.

Tabela 2

Comparação da força, flexibilidade e equilíbrio vs atividade física e institucionalização

	Atividade Física			Institucionalizados		
	não	Sim	p*	não	sim	p*
N	97	26		102	21	

	média (DP)	11,0 (3,7)	14,5 (3,7)		12,7 (3,4)	7,0 (3,2)	
Força MMSS (repetições)	Me (Q1; Q3)	11 (9-13)	14 (12-17,3)	<0,001*	12,5 (10-14)	7 (5-10)	<0,001*
	min-max	0-21	5-22		7-22	0-11	
	média (DP)	9,1 (2,8)	11,8 (2,1)		10,5 (2,3)	5,8 (2,2)	
Força MMII (repetições)	Me (Q1; Q3)	9 (7-11)	12 (10-13,3)	<0,001*	11 (9-12)	6 (4-7,5)	<0,001*
	min-max	1-14	8-16		4-16	1-9	
	média (DP)	23,8 (7,4)	34,7 (5,0)		27,7 (7,7)	18,2 (6,6)	
Flex. Wells (cm)	Me (Q1; Q3)	24 (19-29)	35,5 (31-38)	<0,001*	27,5 (23-34)	18 (15-21,5)	<0,001*
	min-max	0-44	19-42		10-44	0-31	
	média (DP)	14,2 (5,1)	9,2 (1,9)		11,9 (4,2)	19 (4,8)	
TUG (s)	Me (Q1; Q3)	13 (10-17,5)	9 (7,8-10)	<0,001*	10 (9-13,3)	21 (14-23)	<0,001*
	min-max	7-26	7-14		7-25	11-26	

Nota: * valor de significância $p < 0,05$; teste U de Mann-Whitney

Na tabela 3, observa-se que a força dos MMSS e MMII é significativamente superior no sexo masculino (13 vs. 10 repetições, e 11 vs 9 repetições, respetivamente). No que respeita à flexibilidade, as participantes femininas apresentaram valores significativamente superiores comparativamente aos participantes masculinos (28 vs 21 cm), onde tendencialmente a população feminina se destaca. Na análise do equilíbrio não se encontraram diferenças significativas entre os participantes masculinos e femininos.

Tabela 3

Comparação da força, flexibilidade e equilíbrio por sexo

Sexo			
	Feminino	Masculino	p*
n	78	45	

Força MMSS (repetições)	média (DP)	10,4 (3,2)	14,0 (4,1)	
	Me (Q1; Q3)	10 (9-13)	13 (10,5-17,5)	<0,001*
	min-max	0-17	5-22	
Força MMII (repetições)	média (DP)	9,2 (2,9)	10,5 (2,8)	
	Me (Q1; Q3)	9 (7,8-11,3)	11 (9-12,5)	0,016*
	min-max	1-14	4-16	
Flex. Wells (cm)	média (DP)	27,8 (7,0)	23,0 (9,5)	
	Me (Q1; Q3)	28 (23-33,3)	21 (14-29,5)	0,001*
	min-max	0-39	10-44	
TUG (s)	média (DP)	12,8 (4,7)	13,8 (5,6)	
	Me (Q1; Q3)	11,5 (9-15)	12 (9-18)	0,483
	min-max	7-26	7-25	

Nota: * valor de significância $p < 0,05$; teste U de Mann-Whitney

Na tabela 4, observamos uma correlação significativa e negativa das variáveis, força de MMSS e MMII ao longo da idade, contudo a prática de atividade física e a não institucionalização apontam para um efeito protetor do exercício na perda de força.

Na análise da flexibilidade, obtivemos a mesma correlação negativa, com perdas da flexibilidade ao longo da idade, verificando-se também o efeito protetor da prática do exercício físico para uma diminuição menos abrupta da flexibilidade. Por outro lado, verificou-se que a institucionalização dos idosos está correlacionada com uma maior perda da flexibilidade.

No que se refere ao equilíbrio, verificamos que os valores de tempo de execução do teste TUG aumentou com a idade o que representa menor equilíbrio. Mais uma vez também se verificou que a prática de atividade física favorece o equilíbrio nos idosos, assim como os idosos não institucionalizados apresentam um melhor equilíbrio.

Tabela 4

Correlação da força, flexibilidade e equilíbrio em praticantes de Atividade Física e Institucionalização (Sedentários) ao longo da idade.

Atividade Física		Institucionalizados	
não	sim	não	sim

Força MMSS (repetições)	r_s	-0,584	-0,704	-0,450	-0,208
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,367
Força MMII (repetições)	r_s	-0,664	-0,625	-0,466	-0,498
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,022
Flex. Wells (cm)	r_s	-0,475	-0,488	-0,283	-0,446
	p	<0,001	0,012	0,004	0,042
TUG (s)	r_s	0,472	0,614	0,304	0,450
	p	<0,001	<0,001	0,002	0,041

Nota: *valor de significância $p < 0,05$ teste de correlação de Spearman

Discussão

Neste estudo verificamos que os idosos ativos apresentaram resultados melhores a nível da força, flexibilidade e equilíbrio do que os idosos sedentários. Estes resultados mostram que os idosos praticantes de atividade física, combinados ou não com exercícios específicos de fortalecimento muscular, melhoram as competências físicas e motoras (Wilson et al., 2017; Morton et al., 2018), contribuindo para um melhor desempenho funcional e melhorias no equilíbrio (Bouaziz et al., 2016). São vários os estudos que demonstraram que a prática de atividade física em idosos atua diretamente na preservação das competências funcionais e cognitivas minimizando as fragilidades inerentes ao envelhecimento, como por exemplo o risco de queda (Carvalho et al., 2022; Souza et al., 2021; Medeiros et al., 2022 e Lima et al., 2021; Lopez et al., 2017; Izquierdo et al., 2017).

Ao analisar as diferenças entre sexos verificamos que o sexo masculino apresentou melhores resultados relativamente às variáveis da força, tanto a nível dos membros superiores como dos inferiores, contudo, na flexibilidade, o sexo masculino apresentou piores resultados comparativamente ao sexo feminino. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos realizados por outros autores (Santos et al., 2017). Handelsman et al. (2018) também verificou no seu estudo resultados semelhantes, uma justificação será a de que a força e massa muscular do sexo masculino se deve às especificidades biológicas, com maior produção e circulação de testosterona que ocorre desde a puberdade. Também segundo Tórtora e Derrickson (2012), o homem possui um desempenho aeróbico superior à mulher, além da musculatura esquelética. Por outro lado, enquanto o fator hormonal proporciona ao homem um desenvolvimento muscular

superior, em contrapartida, as mulheres tendem a ser mais flexíveis que os homens. Tal deve-se, principalmente, à distribuição periférica de gordura corporal, devido a uma menor densidade dos tecidos, permitindo assim uma maior amplitude nos movimentos, tal como aconteceu no nosso estudo, com valores de flexibilidade superiores no sexo feminino.

Em relação ao equilíbrio não foram encontradas diferenças significativas entre sexo.

Uma das principais limitações deste estudo foi a amostra de conveniência e não ter sido possível classificar o tipo de exercício que os praticantes realizavam ao longo do tempo. Sugerimos que se realizem mais estudos onde se consiga controlar e especificar o tipo de exercício que os idosos realizam, assim como, realizar estudos randomizados e controlados ao longo do tempo. Seria também interessante saber qual a medicação que os idosos tomam pois poderá ser um viés a controlar devido aos efeitos colaterais dos medicamentos ao nível da força muscular e equilíbrio.

Conclusão

Concluiu-se que os idosos praticantes de atividade física apresentam mais força, mais flexibilidade e melhor equilíbrio do que os idosos sedentários.

Concluiu-se que os idosos institucionalizados tem menos força muscular, menos flexibilidade e menor equilíbrio.

Referências

- Adams, T. R.; Rabin, L. A.; Silva, V. G.; Katz, M. J.; Fogel, J. & Lipton, R. B. (2016). *Social support buffers the impact of depressive symptoms on life satisfaction in old age. Clinical Gerontologist*. 39(2), 139-157.
- Andreis, L.M.; Guidarini, F.C.S.; Garcia, C.L.P.; Machado, A.F. & Neto, F.R. (2018). *Desenvolvimento motor de idosos: estudo comparativo de sexo e faixa etária. Cad. Bras. Ter. Ocup.* São Carlos, v. 26, n. 3, p. 601-607.
- Arruda, N. B. M. , Silva, L. M. L., Araújo, A. C. R., Silva, A. E. A. O., Angelim, M. K. S. C., Araújo, A. J. S. , et. al. (2020). *Associação entre o tempo de internação e indicadores de massa muscular em idosos hospitalizados. Brazilian Journal of Development*, 6(4), 21832–21847. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-377>.
- Bohannon, R. W. (2019). *Considerations and practical options for measuring muscle*

- strength: A narrative review. BioMed research International*. Article ID 8194537, 10 pages.
- Bouaziz, W.; Lang, P. O.; Schmitt, E.; Kaltenbach, G.; Geny, B. & Vogel, T. (2016). *Benefícios para saúde de programas de treinamento multicomponentes em idosos: Uma revisão sistemática. Int. J. Clin. Pract.*; 70(7): 520-36.
- Carvalho, A.S.; Passos, R.P.; Abdalla, P.P.; Martins, G.C.; Oliveira, J.R.L.; Almeida, K.S. et. al. (2022). *Fortalecimento muscular em idosos visando a redução de quedas. Revista CPAQV - Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida, Vol. 14(3).*
- Freitas, I.; Albuquerque, R.F.M. & Alencar, I. (2021). *O método pilates na melhora do equilíbrio da população idosa brasileira. Revisão de literatura. Research Society and Development, 10 (11).*
- Freitas, E. V. D.; Py, L.; Neri, A. L.; Cançado, F. A. X.; Doll, J.& Gorzoni, M. L. (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. (Pp. iii1573), 18-383.*
- Handelsman, D.J.; Hirschberg, A.L. & Bemon, S. (2018). *Circulating testosterone as the hormonal basis of sex differences in athletic performance. Endocrine reviews. 39(5), 803-829.*
- Hinkle D.E, Wiersma W. & Jurs S.G. (2003). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences* 5th ed. Boston: Houghton Mifflin.
- Izquierdo, M.; Herrero, C. A.; Zambm, F. F.; Martínez, V. N.; Alonso, B. C. & Rodríguez, M. L. M. (2017). *Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas em mayores de 70 años. VIVIFRAIL: Navarra, Spain.*
- Lima, R.V.N.; Cardoso, I.; Medeiros, L.L.E.; Ferreira, J.S.& Alen car, G.P. (2021). *Efeitos do treinamento de força na capacidade funcional e saúde de idosos: Uma revisão integrativa. Research Society and Development. 10 (12).*
- Lopez, P.; Izquierdo, M.; Radaelli, R.; Shurzzi, G.; Grazioli, R.; Pinto, R. S. et. al. (2017). *Effectiveness of Multimodal Training on Functional Capacity in Frail Older People: A Meta-Analysis of Randomized Controls Trials. Journal of Aging and Physical Activity. 1-36.*
- Medeiros. I.; Pereira, L.; Pinto,V. & Viana, G.D. (2022). *Efeito do exercício físico no*

- envelhecimento: Diferenças nas aptidões físicas entre idosos ativos e sedentários. Jornal de Investigação Médica. 3(1).*
- Mendonça, J. M. B. D.; Abigail, A. P. D. C.; Pereira, P. A. P. Yuste, A. & Ribeiro, J. H. D. S. (2021). *O sentido de envelhecer para o idoso dependente. Ciência e Saúde Coletiva, 26: 57- 65.*
- Morton, R.W.; Murph, K.T.; McKellar, S.R.; Schoenfeld, B.J.; Henselmans, M.; Helms, E.; Aragon, A.A. et. al. (2018). *Uma revisão sistemática, meta-análise e meta regressão do efeito da suplementação de proteína nos ganhos induzidos pelo treinamento de resistência em massa muscular e força em adultos saudáveis. Br. J. Sports. Med. 52: 576-384.*
- Neri, A. L.; Yassuda, M. S. & Cachioni, M. (2004). *Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos. Psico-USF. 9(1), 109-110.*
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde.* <https://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2002). *Plano de Ação Internacional para o envelhecimento.* Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). *O cronometrado “Up and Go”. Um teste de mobilidade funcional básica para idosos frágeis. Journal of the American Geriatrics Society. V. 39, n. 2, 142-148.*
- Rikli, R.E. & Jones, C.J. (1999). *Development and validation of a functional fitness test for Community- residing older adults. Journal of Aging and physical activity. 7(2), 129-161.*
- Rikli, R. E. & Jones, C. J. (2002). *Senior fitness test manual. Development and validation of a functional fitness test for Community- residing older adults. Champaign, IL: Human Kinetics. Journal of Aging and physical activity. 24-30.*
- Santos, A. A. H.; Oliveira, A. L.; Kamimura, Q. P.; Oliveira, E. A. D. A. Q. (2020). *Longevidade: Tempo de escolhas. Brazilian Journal of Development. 6(10), 75204-75220.*
- Santos, S.B.; Santos, M.O. & Ferreira, L.L. (2018). *Influência da fisioterapia aquática na capacidade funcional e qualidade de vida de idosos hipertensos. Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde. N. 1, vol. 1.*

- Santos, S. T.; Souza, V. K.; Silva, R. P. R.; Sousa, M. M.; Melo, M. B. V. & Melo, R. C. P. (2017). *A importância da fisioterapia no grupo de idosos bem-estar. Cadernos de educação, Saúde e Fisioterapia*. 4(8).
- Skelton, D. A.; Rutherford, O. M.; Dinan-Young, S. & Sandlund, M. (2019). *Efeitos de uma intervenção de exercício de quedas na força, potência, capacidade funcional e osso em caídores frequentes mais velhos: Análise secundária FaME (Falls Management Exercise) RCT. Jornal de fragilidade, sarcopenia e quedas*. 4(1), 11.
- Souza, E.C.; Oliveira, A.C.; Lima, S. V..M.A.; Melo, G.C.& Araujo, K.C.G.M. (2021). *Impactos do isolamento social na funcionalidade de idosos durante a pandemia da COVID-19: Uma revisão integrativa. Research, Society and Development*. 10(10).
- Sturnieks, D.L.; George, R. & Lord, S.R. (2008). *Balance Disorders in the elderly. Clinical Neurophysiology*. 38(6): 467-78.
- Tortora, G.J. & Derrickson, B. (2012). *Principles of Anatomy and Physiology*. John Wiley and Sons, Hoboken.
- Vasconcelos, A. B. S.; Resende, N. A. G.; Nogueira, A. C.; Aragão, S. J. C.; Monteiro, M. R. P.; Junior, G. S. M. et. al. (2020). *O treinamento funcional e tradicional melhora a força muscular e reduz as citocinas pró-inflamatórias em mulheres mais velhas: Um ensaio clínico randomizado. Gerontologia experimental*. 135.
- Wells, K. F. & Dilon, E. K. (1952). *Sente e alcance – um teste de flexibilidade de costas e pernas. Research Quarterly. American Association for Health, Physical Education and Recreation*. 23(1), 115-118.
- Wilson, D.; Jackson, T.; Sapev, E. & Lord, J. M. (2017). *Frailty and sarcopenia: O papel potencial de um sistema imunológico envelhecido. Aging Res. Rev.* 36, 1-10.
- Wingerter, D. G.; Azevedo, U. N. D.; Marcaccini, A. M.; Alves, M. D. S. C. F.; Fereira, M. A. F. & Moura, L. K. B. (2018). *Produção científica sobre quedas e óbitos em idosos: Uma análise bibliométrica. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 21(3), 320-329.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Fragilidade e Agressividade nos cuidados dos residentes em estruturas residenciais para pessoas idosas admitidas no serviço de urgência.

Título resumido do manuscrito: Fragilidade e Agressividade em idosos

Ângela Sofia Lopes Simões

Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias | Instituto Politécnico de Castelo Branco

ORCID: 0000-0003-1535-9350

Agradecimentos

Este trabalho foi desenvolvido com o apoio da Bolsa de Investigação Isabel Correia Levy, 2020, da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos.

Resumo

Introdução: Os idosos frágeis são admitidos recorrentemente em hospitais de agudos, com taxas elevadas de visitas a serviços de urgência (SU), e são os principais consumidores de serviços de apoio social.

Objetivo: Apresentar os resultados relativos à fragilidade e agressividade de cuidados a idosos residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's) que são admitidos em SU.

Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo sobre a fragilidade e agressividade nos cuidados de fim de vida em idosos admitidos em SU. Analisamos 8082 episódios de urgência de 2019. Numa 2ª fase, nos episódios onde registamos níveis elevados de fragilidade foram analisados 16 critérios de agressividade de cuidados nos últimos 30 dias antes do óbito (foram incluídos nesta fase do estudo 1144 episódios). Análise estatística com nível de significância de 0,05.

Resultados: 57% dos idosos são mulheres, média de idade de 81,52 anos. 43,6% são frágeis (níveis de maior severidade - 14,1%). 15,1% dos idosos que recorreram ao SU, residem em ERPI, e desses, 77,7% tem algum nível de fragilidade, 40,3 % apresentam níveis severos de fragilidade. 32,5% dos óbitos ocorreram em ERPI. A agressividade de cuidados, em 64,68% dos episódios pontua acima do 5. Em todos os episódios que

pontuam 0 ou 1, o óbito verificou-se no exterior do hospital, principalmente em ERPI.

Conclusão: Nesta fase do estudo percebemos que a maioria dos idosos residentes em ERPI's que recorreram ao SU tem níveis elevados de fragilidade e parece que residir em ERPI é fator protetor de agressividade de cuidados em fim de vida.

Palavras-chave: idoso; fragilidade; agressividade; estruturas residenciais para pessoas idosas; serviço de urgência

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno mundial, sendo possível observar uma transformação demográfica sem precedentes na história da humanidade. Na Europa, 6 a 8 por cento do total da população tem 80 e mais anos e, em 2050, prevê-se que mais de 100 milhões de pessoas terão mais de 65 anos de idade e 48 milhões mais de 80 anos (Eurostat, 2021). Projeta-se que as pessoas com 80 ou mais anos, na Europa, mais do que duplique em termos absolutos e relativos: de 26,0 milhões em 2019 (5,8%) para 60,8 milhões (14,6%) em 2100 (Eurostat, 2021).

A par das alterações na transição demográfica, surgem também diferentes padrões e trajetórias de doença, associados ao envelhecimento extremo da população.

Estima-se um aumento de cerca de 120% da população com limitações funcionais, com o rácio de dependência a subir para 50% até 2035 (UN, 2019). O declínio funcional representa a perda de independência e a presença de incapacidade que reduz a qualidade de vida e eleva o risco de institucionalização e óbito (Cintra, 2019). Prevê-se que as pessoas a receber cuidados formais em instituições aumentará em cerca de 130% nos próximos 30 anos (Pickard et al, 2007).

Para muitos idosos os últimos anos de vida são devastados pela doença crónica muitas vezes debilitante e prolongada no tempo, frequentemente com multipatologia e descontrolo de sintomas, deficiência ou demência, dependência maior e uma qualidade de vida reduzida (Simões, 2019).

O conceito de bom estado de saúde como ausência de doença não é adequado para a população idosa, pois apesar de muitos idosos serem saudáveis, aproximadamente 91% tem uma ou mais patologias crónicas, 40% apresentam declínio funcional e 23% são considerados frágeis, por isso a ausência de situações crónicas que afetam de forma

multidimensional a saúde é excecional, nesta população (Cintra, 2019).

O planeamento adequado de cuidados, a uma população que envelhece de forma heterogênea é um desafio, porque além da idade não constituir um preditor sensível de mortalidade, existe uma variação notável na forma como as pessoas mais velhas reagem à doença e ao trauma.

A fragilidade é um conceito que continua a ser empregue de forma incorreta ou demasiado generalista (de Castro, 2020).

A fragilidade representa um estado de aumento de vulnerabilidade fisiológica, que se apresenta de forma heterogênea, associada à idade cronológica e reflete alterações fisiológicas multissistémicas, com repercussões sobre a capacidade de adaptação homeostática e associado a maior risco de ocorrência de situações adversas como delírio, declínio funcional, mobilidade prejudicada, quedas, isolamento social, aumento da morbilidade, hospitalizações recorrentes, institucionalização e morte (Fried et al, 2001; McDermid, Stelfox e Bagshaw, 2011; Clegg et al., 2013; Schoon et al, 2014; de Castro, 2020).

Espera-se que a prevalência da fragilidade aumente em conjunto com o rápido crescimento da população idosa. Por isso, a compreensão e gestão da fragilidade provavelmente formarão um dos principais componentes das estratégias de cuidados futuras, em todo o mundo.

A fragilidade é frequentemente observada, mas não reconhecida e registada. A falta de reconhecimento da fragilidade e a existência de recursos de suporte limitados, impede discussões essenciais sobre planeamento de cuidados antecipados e pode significar que esses idosos sejam sujeitos a intervenções inadequadamente agressivas e dispendiosas que resultam em sofrimento desnecessário e uma morte sentida como indigna, com aumento do sofrimento, promoção de falsas esperanças e impedimento de um luto harmonioso (Kennedy et al., 2014; Cardona-Morrell et al, 2016; Krawczyk & Gallagher, 2016).

Métodos

Este estudo pretende apresentar os resultados relativos à fragilidade e agressividade de cuidados a idosos residentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI's) que são admitidos em SU. Constitui uma parte do projeto intitulado "Fragilidade e

Cuidados em Fim de Vida Prevalência da Fragilidade e Agressividade dos Cuidados em Fim de Vida nos idosos admitidos num serviço de urgência”, financiado pela Bolsa de Investigação Isabel Correia de Levy - edição 2020, Associação Portuguesa de Cuidados, com parecer positivo da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, datado de 22 de janeiro de 2021. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, descritivo, transversal, de base populacional iniciado em janeiro de 2021 e terminado em dezembro de 2022.

Foram selecionados todos os indivíduos com 65 e mais anos que recorreram ao Serviço de Urgência do Hospital Amato Lusitano – Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, Portugal, no ano de 2019 (cerca de 21449 episódios). Após esta seleção, foram selecionados de forma aleatória 6 dias de cada mês de 2019, e extraídos os dados de todos os episódios registados nesses dias, num total de 8082 episódios.

Foram extraídas variáveis socio demográficas consideradas importantes para caracterização da amostra, como idade, sexo, raça, etnia, estado civil, habilitações literárias, residência (domicílio ou instituição), suporte social, do processo clínico informático, para cada episódio.

Para avaliação da fragilidade, foi utilizada a escala clínica de fragilidade de Rockwood (2004) - Clinical Frailty Scale (CSF) que compreende 9 escalões clínicos, considerando frágil os indivíduos acima do 5º e que defende a integração de fatores cognitivos e sociais agrupados no conceito “a fragilidade multi-domínio”, incluindo cognição, o humor, a motivação, habilidades motoras, equilíbrio, capacidade para as atividades de vida diária, nutrição, status social e comorbilidades.

As variáveis foram geridas e analisadas no programa IBM SPSS Statistics® versão 20, Para apresentação dos resultados, foram utilizados tabelas e gráfico.

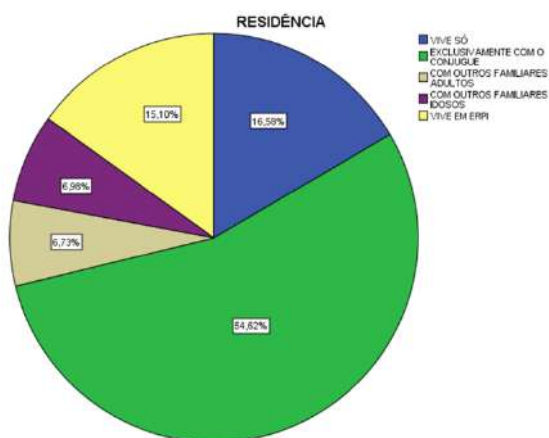
Resultados

No ano de 2019, o SU da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco registou 65 894 episódios. Desses 21.721 (32,96%) correspondem a pessoas com 65 ou mais anos. Do grupo analisado, 43% são do género masculino e 57% do género feminino e a média de idade é de 81,52 anos para as mulheres e 79,93 para os homens. Percebemos que mais mulheres recorrem ao serviço de urgência e que a sua média de idades é superior à dos homens. 66,27% são casados, 24,82% viúvos, 6,38% solteiros e 2,52% divorciados.

36,25% dos idosos que recorreram ao SU, em 2019, não têm escolaridade. Relativamente à residência, 54,62% dos idosos residem exclusivamente com o conjugue; 15,10% residem em ERPI; 16,58% residem sozinhos; 6,73% residem com outros familiares adultos e 6,98% residem com outros familiares idosos (Gráfico 1).

Gráfico 1

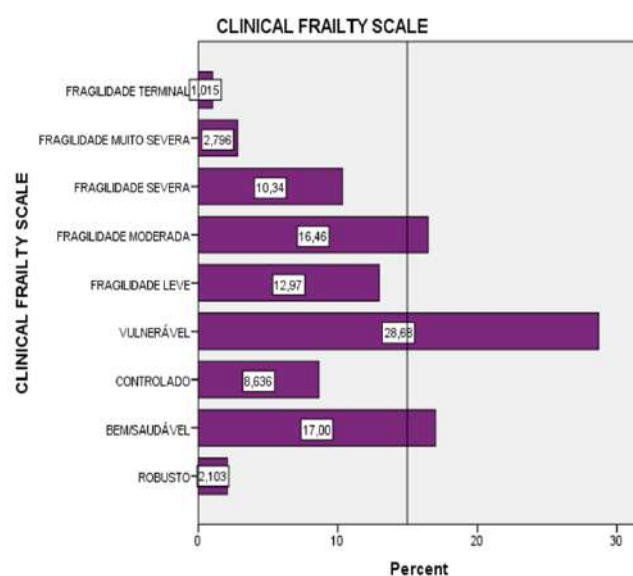
Residência



Em relação à fragilidade 43,6% dos idosos são frágeis, com os níveis de maior severidade a atingir 14,1%.

Gráfico 2

Níveis de fragilidade segundo o CSF



De salientar que 28,7% dos idosos são vulneráveis. Percebemos que uma percentagem

significativa dos idosos que vivem em ERPI, tem níveis de fragilidade muito elevados.

Tabela 1

Coabitação e nível de fragilidade

		COHABITACAO					Total
		VIVE SÓ	EXCLUSIVAMENTE COM O CONJUGUE	COM OUTROS FAMILIARES ADULTOS	COM OUTROS FAMILIARES IDOSOS	VIVE EM ERPI	
CLINICAL FRAILTY SCALE	ROBUSTO	46	110	2	2	10	170
	BEM/SAUDÁVEL	208	1030	46	36	54	1374
	CONTROLADO	136	442	20	34	46	698
	VULNERÁVEL	542	1408	122	84	162	2318
	FRAGILIDADE LEVE	150	574	106	110	108	1048
	FRAGILIDADE MODERADA	154	512	142	174	348	1330
	FRAGILIDADE SEVERA	60	246	84	88	358	836
	FRAGILIDADE MUITO SEVERA	24	62	16	24	100	226
	FRAGILIDADE TERMINAL	0	30	6	12	34	82
Total		1340	4414	544	564	1220	8062

Numa 2ª fase, isolamos os episódios em que se considerou fragilidade severa, muito severa e terminal. Para construção da grelha de avaliação de agressividade nos cuidados nos últimos 30 dias de vida, consideramos os critérios de Earle et al. (2003) e adicionamos outros critérios considerados pertinentes na literatura científica. Avaliamos 16 critérios: Introdução de quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia, radioterapia em que a indicação não seja paliativa (no caso de doentes oncológicos); Manutenção de quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia, radioterapia em que a indicação não seja paliativa (no caso de doentes oncológicos); Uma ou mais visitas ao serviço de urgência; Um ou mais internamento em serviço de agudos; Mais de 14 dias de hospitalização; Um ou mais internamento numa unidade de cuidados intensivos; Óbito verificado num serviço hospitalar de agudos; Óbito no SU; Óbito na UCIP; Escassa ou nula utilização dos recursos de cuidados paliativos; Procedimentos invasivos (cateterização venosa; entubação nasogástrica para alimentação, algaliação, entubação oro/nasotraqueal); Transfusão de produtos sanguíneos; Alimentação artificial; Exames complementares de diagnósticos de imagem (RX, TAC; RMN) Exames complementares de diagnósticos invasivos como análises sanguíneas, toracocentese, paracentese, biopsias, endoscopias) Ressuscitação cardiopulmonar. Nos 1144 episódios isolados, observamos média de 5,23 critérios de agressividade, mas 64,68% dos episódios registaram-se valores de agressividade acima de 5.

Gráfico 3

Níveis de agressividade de cuidados nos últimos 30 dias de vida

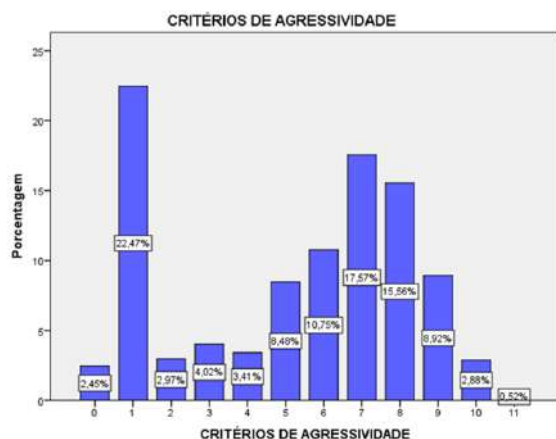


Tabela 2

Local de morte

	Frequência	Percentagem
Faleceu no domicílio	107	9,4
Faleceu em Unidade de Cuidados Paliativos	33	2,9
Faleceu em serviço de agudos	504	44,1
Faleceu em RNCCI	68	5,9
Faleceu em ERPI	372	32,5
Não faleceu	60	5,2
Total	1144	100

No ano de 2019, no SU da ULSCB, percebemos que:

- Cerca de 33% dos utilizadores do SU são idosos;
- A maioria dos utilizadores idosos do SU são mulheres, com média de idade de 81,52 anos (79,93 nos homens);
- 28,7% são vulneráveis e 43,6% são frágeis (níveis de maior severidade - 14,1%);
- Dos idosos que residem em ERPI e recorreram ao SU, 77,7% tem algum nível de fragilidade e 40,3 % têm níveis severos de fragilidade;
- Parece que o facto de residir em ERPI é um fator protetor de agressividade de cuidados nos últimos 30 dias de vida;
- Um elevado número de idosos com níveis de fragilidade elevados vive sozinho ou com o conjugue também idoso;
- Em todos os episódios que pontuam 0 ou 1 critério de agressividade nos últimos 30 dias de vida, o óbito verificou-se no exterior do hospital, principalmente em ERPI;

- viii. Percebemos que a soma dos critérios de agressividade, são grandemente influenciados pela visita ao SU, que por si só representa apenas um critério, mas a que normalmente se somam outros critérios.

Conclusão

Erazo, em 2018, afirmou que as pessoas idosas têm quatro a seis vezes mais probabilidade de recorrerem a um serviço de urgência do que uma pessoa não idosa. Portugal, de forma quase inalterada desde 2001, é o país com mais admissões nos serviços de urgência per capita, entre os 21 países que constituem a Organização para a Cooperação e desenvolvimento Económico (OCDE, 2019).

Esta fase do estudo já revela alguns dados preocupantes. A maioria dos idosos tem baixo nível de escolaridade, com apoio social insuficiente, está polimedicado, com elevados níveis de fragilidade, recorre com frequência ao SU e são submetidos a cuidados agressivos nos últimos 30 dias de vida. Além disso, 15,1% dos idosos que recorreram ao SU, residem em ERPI, e desses, cerca de 10% têm níveis severos de fragilidade. Apesar disso parece que o facto de residir em ERPI é um fator protetor de agressividade de cuidados nos últimos 30 dias de vida.

Referências Bibliográficas

- De Castro, J. (2020). *Frailty Implications for Palliative Care*. 3º Curso Avançado em Cuidados Paliativos. Hospital da Luz. 14 de outubro.
- Cardona-Morrell, M. Kim, J. Turner, R. Anstey, M. Mitchell, I. Hillman, K. (2016). *Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problema*. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(4): 456–469. doi.org/10.1093/intqhc/mzw060.
- Clegg, A. Young, J. Iliffe, S. Rikkert, M. Rockwood, K. (2013). *Frailty in elderly people*. *Lancet*, 381:752-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
- Cintra, M. Guimarães, F. Teixeira de Souza, C. Luz, F. Murta, E. Bicalho, M. A. et al. (2019). *Frailty in older adults attending an outpatient geriatric clinic as measured by the visual scale of frailty*. *Geriatrics Gerontology Aging*, 13(1):17-23. doi: 10.5327/Z2447-211520191900002.
- Eurostat Database for life expectancy and healthy life years. (2021). Available at:

https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

- Erazo, A. *The Elderly in the Emergency Department. Gerontology Open Access Peer-Reviewed Chapter: 85-99.* (2018). Available at: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.75647>
- Fried, L. Tangen, C. Walston, J. Newman, A. Hirsch, C. Gottdiener, J. et al. (Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group) (2001). *Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*; 56(3):M146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
- Kennedy, C. Brooks-Young, P. Brunton, C. Larkin, P. Connolly, M. Wilde-Larsson, B. et al. (2014). *Diagnosing dying: an integrative literature review. BMJ Support Palliat Care*; 4(3):263-70. doi: 10.1136/bmjspcare-2013-000621.
- Krawczyk, M. & Gallagher, R. (2016). *Communicating prognostic uncertainty in potential end-of-life contexts: experiences of family members. BMC Palliat Care*, 15(59). doi.org/10.1186/s12904-016-0133-4.
- McDermid, R. Stelfox, H. & Bagshaw, S. (2011). *Frailty in the critically ill: a novel concept. Crit Care*; 15(1):301. doi: 10.1186/cc9297.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Portugal: Country Health Profile 2019, *State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. (2019). Available at: <https://www.oecdilibrary.org/docserver/85ed94fcen.pdf?expires=1644079606&id=id&accname=guest&checksum=3FDE93EE886D07DCCC06A3F0B81EDD0E>
- Pickard, L. Comas-Herrera, A. Costa-Font, J. Gori, C. Di Maio, A. Patxot, C. et al. (2007). *Modelling an entitlement to longterm care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050. Journal of European Social Policy*, 17,33-48.
- Schoon, Y. Bongers, K. Van Kempen, J. Melis, R. Rikkert, M. (2014). *Gait speed as a test for monitoring frailty in community-dwelling older people has the highest diagnostic value compared to step length and chair rise time. Eur J Phys Rehabil Med.*; 50(6):693-701.
- Simões, Â. (2019). *A Promoção e Preservação da Dignidade no contexto de cuidados em Lares de Idosos*. Loures: Lusodidacta.

UN - United Nations World Population Ageing 2019. Highlights. Department of Economic and Social Affairs Population Division (ST/ESA/SER.A/430). NY: United Nations. (2019a). Available: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

“A autora declara não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Idosos autores digitais: um olhar sobre a criação de filmes em *stop motion*

Título completo do manuscrito: Idosos autores digitais

Bruna Kin Slodkowski

Universidade Federal de Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0002-9028-366X

Leticia Rocha Machado

Universidade Federal de Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0003-4102-2225

Patricia Alejandra Behar

Universidade Federal de Rio Grande do Sul

ORCID: 0000-0001-6939-5678

Resumo

O presente estudo objetiva identificar as contribuições da criação de filmes em *stop motion* por idosos para a construção da competência Autoria Digital. Atualmente, observa-se um aumento na longevidade da população idosa brasileira, associado a isso alguns seniores demonstram interesse em aprender sobre as tecnologias digitais para criar filmes. Contudo, para essa produção, são necessárias competências digitais para atuar com as tecnologias e suas ferramentas. Assim, a Autoria é um conjunto de competências que se referem à capacidade de utilizar as tecnologias digitais com autonomia e criticidade, a fim de construir materiais nesse contexto. A metodologia caracteriza-se como qualitativa, de natureza aplicada, sendo exploratória do tipo estudo de caso. Na coleta de dados foram utilizados questionários on-line e observação participante. Os sujeitos da pesquisa foram 31 idosos com idades entre 60 e 89 anos que já possuíam noções básicas de informática e que participaram do curso CineSênior em 2021, ou seja, na pandemia de COVID-19. Além disso, participaram 17 especialistas com idades entre 36 e 62 anos que validaram a competência específica “Criar filmes

utilizando a técnica de *stop motion*". Desse modo, a partir dos principais resultados, constatou-se que a maior motivação para produção do filme foi a de expressar as vivências pessoais na pandemia de COVID-19 (35,3%). Portanto, conclui-se que cursos que tenham como foco a produção de filmes em *stop motion* podem contribuir para uma perspectiva autoral e ativa dos idosos na sociedade.

Palavras-chave: autoria digital; filme; *stop motion*; idoso; inclusão digital

Introdução

Os dispositivos móveis estão se popularizando nas atividades cotidianas possibilitando a criação e o compartilhamento de conteúdos, bem como a captura de fotos, gravação de vídeos, áudios, edição de materiais e, sobretudo, a interação entre usuários (Sonego *et al.*, 2023). Em vista disso, os idosos demonstram interesse em aprender sobre o uso das tecnologias digitais a fim de ampliar o contato familiar, interagir com as novas gerações, buscar informações e entretenimento, para demandas cotidianas ou profissionais (Dol *et al.*, 2019). Liesenberg (2022) ainda salienta que alguns idosos utilizam as redes sociais para produção de conteúdo por meio das postagens, além de buscar a participação em cursos de inclusão digital para seguir aprendendo.

Além disso, em âmbito mundial houve uma pandemia denominada de COVID-19 que impactou a todos entre 31 de dezembro de 2019 a 5 de maio de 2023, porém os idosos foram considerados grupos de risco. Em vista disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou o distanciamento social como uma estratégia para combater a propagação do coronavírus. No entanto, segundo Pires e Bernardes (2020) o uso dessas tecnologias nesse cenário pandêmico se tornou uma aliada para enfrentar o distanciamento social por meio das ferramentas digitais de comunicação tendo um crescimento de 41% em conversas e 26% na utilização de videochamadas.

Diante disso os idosos procuram se atualizar por meio de cursos, oficinas e palestras de inclusão, a fim de ter uma maior participação social, qualidade de vida, lazer e inserção nas redes sociais digitais, promovendo um envelhecimento mais saudável e ativo (Alvim *et al.*, 2017; Machado 2019). Alvim *et al.* (2017) apontam que esse tipo de oferta ao público com mais de 60 anos propicia o empoderamento e a construção da autonomia

para se tornar sujeito de mudanças no próprio processo de envelhecimento. No entanto, para atuar com as tecnologias digitais é necessário construir e/ou aprimorar um conjunto de competências para essa finalidade.

Nesse sentido, entende-se que a Autoria Digital é um conjunto de competências digitais que se referem à capacidade de utilizar as tecnologias com autonomia e criticidade, a fim de construir materiais digitais. Além disso, envolve três competências específicas: a Criação de Conteúdo Digital, Compartilhamento de Conteúdos Digitais e Segurança e Privacidade digital (Slodkowski, 2019).

No entanto, em se tratando do filme em *stop motion*, é compreendido como uma linguagem que propicia ao estudante expressar seus pensamentos, sentimentos, leitura de mundo e materializá-los através de materiais concretos com o objetivo de contar uma história e envolver o espectador. Em síntese, a técnica de animação em *stop motion* caracteriza-se por utilizar uma sequência de fotos de um ponto, geralmente de um objeto inanimado, sofrendo mudanças leves de lugar para gerar movimento (Slodkowski, 2019).

Portanto, o artigo objetiva identificar as contribuições da criação de filmes em *stop motion* por idosos para a construção da competência Autoria Digital. Para tanto, está organizado em cinco seções. A primeira contextualiza o tema do artigo. Já a segunda caracteriza os métodos da pesquisa. Em seguida a terceira apresenta os principais resultados e na sequência são discutidos com base no referencial. Por fim, são explicitadas as conclusões.

A seguir são apresentados os métodos da pesquisa.

Métodos

A metodologia caracteriza-se como qualitativa, de natureza aplicada, sendo exploratória do tipo estudo de caso. A pesquisa qualitativa oportuniza que se empoderem os sujeitos para compartilharem suas experiências e histórias (Creswell, 2014). Portanto, escolheu-se este tipo de abordagem, pois, segundo Yin (2016), envolve o aprofundamento a partir das experiências, visões e perspectivas tecnológicas do público-alvo. Nesse sentido, o presente estudo foi realizado com idosos com 60 anos ou mais, com acesso a smartphone e internet, interesse na criação de filmes em *stop motion* e alfabetizado digitalmente. O público-alvo participou de um curso, intitulado CineSênior, que ocorreu

à distância, ofertado pela Unidade de Inclusão Digital (UNIDI) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2021. A Figura 1 ilustra as etapas da pesquisa.

Figura 1

Etapas de desenvolvimento da metodologia.



Fonte: as autoras (2023).

Etapa 1– Construção do referencial teórico

Esta etapa foi voltada à revisão sistemática da literatura (RSL) a respeito de dois temas: a autoria digital e a produção de filmes e/ou vídeos por idosos. Desse modo, a RSL visa identificar lacunas nas temáticas atuais com o intuito de sugerir áreas para futuras investigações e estruturar novas pesquisas (Kitchenham, 2007). Para isso, utilizou-se como fonte de pesquisa 5 bases internacionais (ACM, Science Direct, Scielo, Google Acadêmico e Scopus) e 4 nacionais (Revista Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento, SABI, Revista Ciência e Educação e Educação em Revista), através da combinação de termos relacionados à temática do estudo que foram aplicados nos títulos, resumos e palavras-chave dos artigos durante as consultas. A pesquisa sobre "Autoria digital de idosos" considerou as seguintes expressões de busca: “competência digital” OR “autoria digital” AND “idoso”; “digital competence” OR “digital authorship” AND “elderly”; “competencia digital” OR “autoría digital” Y “ancianos”. Em relação às pesquisas sobre "Produção de filme e/ou vídeo por idosos", foi realizada utilizando as seguintes expressões de busca: “produção de vídeos” OR “produção de filmes” AND “idoso”; “videoproduction” OR “filmproduction” AND “Elderly”; “producción de video” O “producción de películas” Y “personas mayores”. Quanto à seleção de artigos, foi

realizada por meio de critérios de inclusão e de exclusão, conforme especificam as diretrizes de Kitchenham e Charters (2007).

Etapa 2– Mapeamento da competência para criação de filmes em stop motion

A partir dos dados da etapa 1 foi possível realizar um mapeamento prévio da competência específica “Criação de filmes em stop motion” com base na literatura. Em seguida, foram identificados os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a construção do filme em stop motion por idosos, conforme descrito na próxima etapa. Logo, foi realizado um cruzamento entre esses CHA complementando a definição e elementos da competência específica.

Etapa 3– Curso CineSênior

Essa etapa foi desenvolvida no período de 2021 em um curso de inclusão digital para idosos cujo objetivo foi proporcionar subsídios para idosos construírem um filme em *stop motion*. Nesse sentido, os conteúdos foram organizados de modo a atingir esse objetivo, para tanto foi necessário introduzir a técnica de *stop motion*, construção de roteiro e exploração da técnica a partir de atividades práticas a distância tendo em vista a Pandemia de COVID-19. O curso teve 36 aulas, ou seja, totalizando 108h na modalidade a distância, sendo divididos em dois módulos com 54h cada. Para tanto, foi utilizado, no curso, o ambiente virtual de aprendizagem Rede Cooperativa de Aprendizagem (ROODA), ferramenta de videochamada Google Meet e criado um grupo de WhatsApp para comunicação dos participantes.

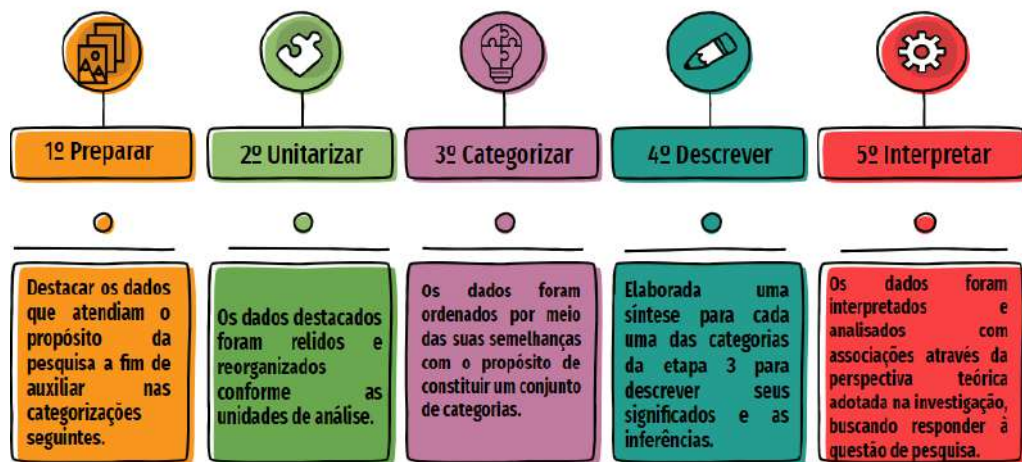
Etapa 4– Validação da competência criação de filmes em stop motion por especialistas

Foi enviado um questionário para o grupo de especialistas com o propósito de avaliá-la: Validação da competência “Criação de filmes em stop motion”.

Por fim, os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Para Moraes (1999) a análise qualitativa trata-se de uma interpretação pessoal por parte do pesquisador relacionado à percepção que este tem dos dados e indica cinco etapas conforme sintetiza a Figura 2.

Figura 2

Cinco etapas da análise de conteúdo com base em Moraes (1999).



Fonte: as autoras (2023) adaptado de Moraes (1999).

Resultados

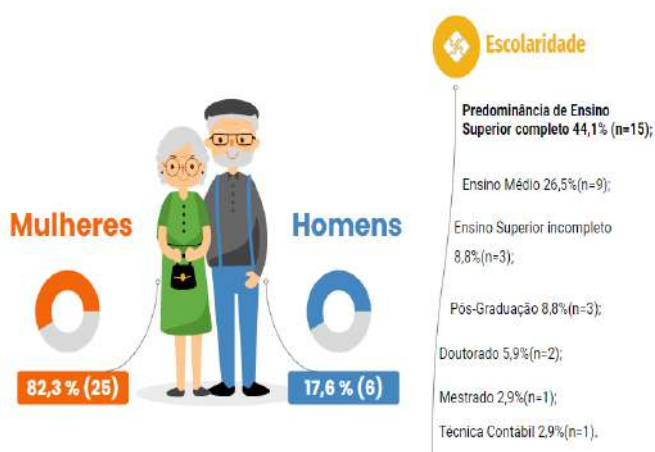
Os dados coletados no decorrer da investigação oportunizaram compreender a respeito das contribuições da criação de filmes em *stop motion* pelo público mais velho para a construção da competência autoria digital. A seguir, são apresentados esses dados elencados em duas categorias de análise.

Idosos e especialistas: traçando o perfil dos sujeitos da pesquisa

Em relação ao público idoso, 31 participaram do curso CineSênior com média de idade de 70,6 anos. A Figura 3 sintetiza o perfil dos seniores.

Figura 3

Perfil dos idosos



Fonte: as autoras (2023).

Em relação aos especialistas, foram 17 com média de idade de 41,5 anos, nas áreas de competências, competências digitais, inclusão digital, cinema, *stop motion* ou a respeito do processo de envelhecimento humano. A Figura 4 resume as principais informações.

Figura 4

Perfil dos especialistas



Fonte: as autoras (2023).

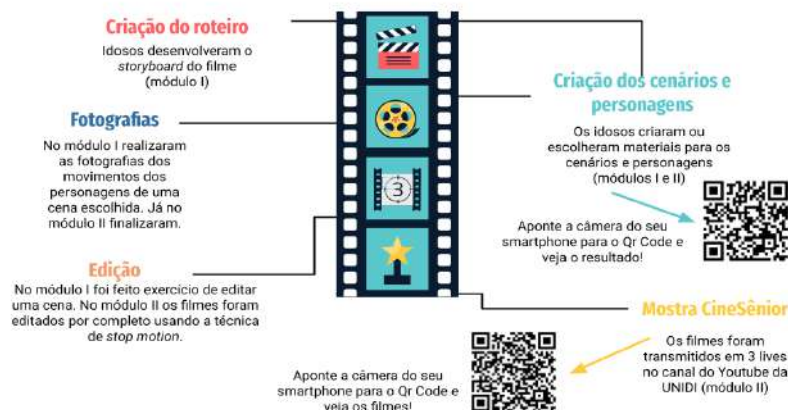
Para melhor compreender a pesquisa, a seguir são apresentados os dados do Curso CineSênior e da competência Autoria Digital.

Curso CineSênior e o conjunto de Competências da Autoria Digital

No curso CineSênior foi proposta a temática para os idosos desenvolverem seus filmes sobre a qualidade de vida na pandemia de COVID-19. A Figura 6 evidencia a organização do curso.

Figura 6

Curso CineSênior

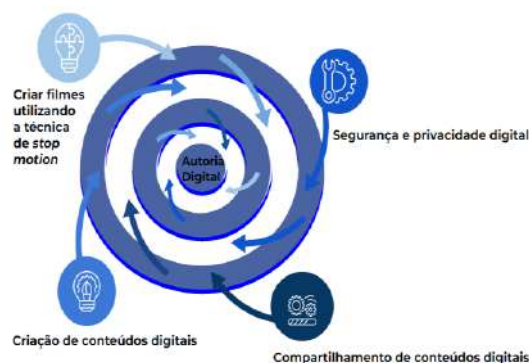


Fonte: as autoras (2023).

Nesse sentido, foi possível constatar que houve diferentes motivações para a criação do filme, dentre elas a que foi predominante foi falar Sobre si 35,3% (n=12), ou seja, reflexão e expressão das vivências pessoais na pandemia. Em seguida, foi a Adaptação 11,8% (n=4) na qual alguns alunos se inspiraram em textos, vídeos e músicas autorais ou não para criar sua narrativa. Por fim, uma das maiores motivações foi relacionada à Cultura, isto é, as histórias abordam as tradições, o olhar sobre os músicos e as brincadeiras na pandemia 8,8% (n=3). Diante disso, os materiais mais frequentes para criação do cenário foram Desenho 11,8% (n=4) e Caixa de papelão e tecido 5,9% (n=2). Os cenários foram organizados nas salas de casa, nos jardins, nas mesas dos escritórios e entre outros espaços domésticos. Por outro lado, os materiais mais utilizados para os personagens foram brinquedos 38,2% (n=13) e bonecos de massinha de modelar 8,8%(n=3). Os 31 filmes foram divulgados na Mostra CineSênior no formato de live e podem ser acessados através do QrCode na Figura 6. No que se refere ao conceito da Autoria digital, compreende-se que é um conjunto de competências que se referem à capacidade de utilizar as tecnologias digitais com autonomia e criticidade, a fim de construir materiais digitais conforme ilustra a Figura 7.

Figura 7

Grupo Competência Autoria Digital



Fonte: as autoras (2023).

Em vista disso, a competência Autoria Digital foi avaliada por meio de questionário no qual 32 idosos que participaram do curso CineSênior apontaram que estava adequada, sendo que sugeriram como melhorias a inclusão de 3 novos conhecimentos, 1 habilidade e 2 atitudes. Em síntese, esse conjunto de CHA apontado expressa um cuidado desde o planejamento deste conteúdo visando o público-alvo a que se destina, em conhecer não só as diversas redes sociais para compartilhá-lo, mas, sobretudo as possibilidades de seguranças disponíveis, ter uma cópia salva e confiar em si mesmo. Em relação à competência específica mapeada “Criar filmes utilizando a técnica de *stop motion*” verifica-se que faz parte do conjunto da Autoria Digital e foi avaliada através de questionários por 34 idosos e 17 especialistas. Nessa perspectiva, os idosos acrescentados 3 novos elementos: 1 conhecimento abrange não só saber confeccionar mas também escolher os materiais para a criação do filme; 1 habilidade que se refere a reconhecer as limitações e buscar ajuda e a reescrita de duas habilidade contemplando o desenvolvimento de habilidades motoras evidenciando que é um processo e que o idoso pode conseguir e a publicação do filme não só em redes sociais mas em outros meios de divulgação. Nas atitudes a motivação em querer ver o filme pronto e o desejo de compartilhá-lo. Já os especialistas, sugeriram a reescrita de 14 conhecimentos, 10 habilidades e 10 atitudes. Logo, o Quadro 1 evidencia a versão validada do conjunto de competências de Autoria.

Quadro 1

Autoria Digital e suas Competências específicas para a construção de materiais digitais por idosos Autoria Digital é um conjunto de competências digitais que se referem à capacidade de utilizar as tecnologias digitais (TD) com autonomia e criticidade, a fim de construir materiais digitais. Além disso, envolve quatro competências digitais específicas: a Criação de Conteúdo Digital, Criar filmes utilizando a técnica de stop motion, Compartilhamento de Conteúdos Digitais e Segurança e Privacidade digital.	
Competências Específicas	CHA (conhecimentos, habilidades e atitudes)
Criação de conteúdo digital Esta competência digital está relacionada com a construção autoral, isto é, planejar e desenvolver materiais digitais.	Conhecimentos: - Conhecer o assunto/temática que irá abordar no material digital; Habilidades: - Planejar um roteiro com os conteúdos previamente antes da construção do material digital; - Selecionar as mídias (foto, vídeo e etc) a serem utilizadas no material digital; - Editar arquivos em diferentes formatos; Atitudes: - Ter interesse em aprender sobre as ferramentas de autoria e TD;
Criar filmes utilizando a técnica de stop motion Esta competência digital está relacionada à criação e construção autoral de um filme utilizando a técnica de stop motion por meio de uma tecnologia digital (smartphone/tablet ou notebook) e materiais para desenvolver essa história.	Conhecimentos: - Conhecer a técnica de stop motion; - Saber editar filmes em stop motion; - Conhecer as normas dos direitos autorais; Habilidades: - Criar uma história com começo, meio e fim, isto é, criar uma narrativa contendo conflito, clímax e desfecho; - Produzir um roteiro do tipo storyboard no qual são desenhadas todas as cenas do filme que auxilia o autor a se orientar; Atitudes: - Ter interesse e confiança para aprender a técnica de stop motion; - Respeitar as próprias dificuldades;
Compartilhamento de conteúdos digitais Esta competência digital refere-se à divulgação e/ou compartilhamento do material digital criado em repositórios, sites e redes sociais pelos idosos.	Conhecimentos: - Conhecer modos de exportar/compartilhar a mídia (foto, vídeo, música) tanto em DM quanto computador; Habilidades: - Compartilhar os materiais digitais nas redes sociais observando a sua segurança nas informações pessoais; Atitudes: - Ter autonomia e motivação para divulgação dos materiais digitais construídos;
Segurança e privacidade digital Esta competência digital está associada à avaliação da segurança e privacidade referentes aos dados pessoais, sendo necessário inseri-los no material digital a ser divulgado na internet.	Conhecimentos: - Conhecer os recursos de segurança e privacidade on-line para preservar seus dados pessoais; Habilidades: - Autoavaliar sua segurança online ao divulgar o material digital; Atitudes: - Ser crítico ao analisar a exposição dos dados pessoais no material digital;

Fonte: as autoras (2023).

Discussão

A partir da análise dos dados do curso CineSênior, 85,3% dos participantes indicaram ter sido uma boa experiência produzir filmes utilizando a técnica de *stop motion*. No contexto educacional, Rodrigues (2019) afirma que a técnica de *stop motion* estimula a criatividade, interação, e oportuniza a construção do próprio saber, visto que envolve a

¹⁰ O Quadro completo se encontra na página 193 na dissertação disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/253089/001158000.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

realização de um trabalho autoral. Assim, a principal contribuição da criação de filmes em *stop motion* para a construção da Autoria Digital, destaca-se com 34% exercitar a criatividade. Portanto, foi possível identificar quatro principais benefícios da produção para qualidade de vida: criatividade (38,2%); memória (11,8%); atividades manuais (5,9%) e satisfação (5,9%).

Além disso, foi possível identificar cinco características do perfil de idosos criadores de filmes em *stop motion*: o interesse em criar, se comunicar e expressar através de uma história e ser fluente digitalmente ou, no mínimo, dominar conhecimentos tecnológicos básicos sobre a ferramenta de autoria.

No que se refere à Autoria Digital constatou-se que se relaciona com os principais benefícios apontados pelos idosos já que envolve diretamente elementos do CHA da competência específica “Criar filmes utilizando a técnica de *stop motion*” nos quais abrangem o processo criativo de criar uma história para um filme, atividades manuais relacionadas à técnica de *stop motion*, produção de cenários e personagens. Logo, o uso da internet com grupo de idosos oportuniza que possam se tornar ativos e críticos na criação de conteúdos (De Melo Martins *et al.*, 2020).

Nesse sentido, destaca-se como limitações do estudo a falta de referencial teórico sobre a temática envolvendo o público sênior e como dificuldades encontradas ao longo do Curso CineSênior ressalta-se o cuidado em relação aos direitos autorais de músicas e imagens nos quais foram abordados a fim de alertar que nem tudo que está disponível na internet pode ser utilizado livremente. Assim, espera-se que a partir desta pesquisa novas práticas pedagógicas sejam motivadas a relacionar a construção de filmes em *stop motion* com a competência Autoria Digital no contexto educacional de idosos. Para tanto, alguns caminhos possíveis são a criação de uma nova versão do curso CineSênior mais avançado, ou seja, focando na criação de cenários, personagens, edição e iluminação para a realização das fotografias com a técnica de *stop motion*; ademais pode ser feito um curso envolvendo as relações intergeracionais entre filhos/netos e avós voltados para esta criação e cursos de audiovisual para idosos, isto é, ensinando outras técnicas para produção.

Conclusão

A partir das análises dos dados foi possível perceber que os idosos indicaram a experiência de autoria digital como positiva tendo como maior motivação a expressão das vivências pessoais na pandemia de COVID-19. Diante disso, ressalta-se a necessidade dos idosos construírem e/ou aprimorarem a Autoria Digital para a criação de filmes utilizando a técnica de *stop motion*, já que envolvem um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes específicas.

A principal contribuição da criação de filmes em *stop motion* para a construção da Autoria Digital foi, como 34% das respostas, o exercício da criatividade. Por fim, verificou-se que a criação de filmes em *stop motion* pode ser uma possibilidade de instigar Autoria Digital de idosos em cursos de inclusão digital a fim de propiciar reflexões e formas criativas de expressão.

Referências

- Alvim, K.C.B.L.; Rocha, F.S.; Chariglione, I.P. *O idoso e o uso da tecnologia – uma revisão sistemática da literatura. Revista Kairós - Gerontologia*, 20(4), 295-313. São Paulo (SP), Brasil, 2017.
- Creswell, J. W. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. 3 ed. Porto Alegre: Penso, 2014.
- De Melo Martins, P. F.; Gama da Silva, E.; Marreli Matos Maurício, N. *A população idos e a internet. Revista Observatório [S. l.]*, v. 6, n. 6, p. a13pt, 2020. DOI: 10.20873/uft.2447-4266.2020v6n6a13pt. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/10441>. Acesso em: 16 mar. 2023.
- Kachar, V. *Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. Revista Kairós Gerontologia*, v. 13, n. 2, p. 131-147, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5371>. Acesso em 16 mar 2023.
- Kitchenham, B.; Charters, S. *Guidelines for performing systematic literature reviews in software engineering. In: Software Engineering Group, School of Computer Science and Mathematics, Keele University*, 2007, pp. 1–57.

- Liesenberg, Cíntia. *Apropriação digital por pessoas idosas, reflexões sobre dados a ver pelas lentes das mídias*. Revista Longeviver, 2022.
- Moraes, R. *Análise de Conteúdo*. Revista Educação. Porto Alegre. n° 37, 1999.
- Pires, M; Bernardes, T.B. *Da incerteza às novas formas de viver: uma análise sobre o novo cotidiano*. Julho de 2020. Disponível em: <<https://www.thinkwithgoogle.com/intl/ptbr/tendencias-de-consumo/da-incerteza-as-novas-formas-de-viver-uma-analise-sobre-o-novocotidiano/>>. Acesso em: 20 ago 2023.
- Rodrigues, A.C. *Uso das tecnologias na escola: Stop Motion como ferramenta de ensino e aprendizagem*. Revista Educação Popular. 2019.
- Slodkowski, B.K. *Competências digitais: um olhar sobre a construção de materiais digitais por idosos*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Monografia), 2019.
- Sonego, A. H. S.; Minuzi, N. A.; Lorandi, A.; Torrezan, C. A. W.; De Oliveira, A. W.; Behar, P. A. *Uso dos dispositivos móveis no ensino superior: um foco no perfil do sujeito mobile*. Cuadernos de Educación y Desarrollo, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 1318–1343, 2023. DOI: 10.55905/cuadv15n2-019. Disponível em: <https://ojs.europublications.com/ojs/index.php/ced/article/view/1051>. Acesso em: 19 jun. 2023.
- Yin, R.K. *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Porto Alegre: Penso, 2016.

“As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Impacto da COVID na qualidade de vida:
Evidências da validade da versão brasileira da “COVID-19 – Impact on
quality of life scale”

Título resumido do manuscrito: Validade da versão brasileira da COV19-
QoL

Thaís Lieko de Oliveira Takimoto

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | takimoto@estudante.ufscar.br
ORCID: 0000-0002-1630-5592

Amanda Moretti de Souza

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Graduação em Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | amandasouza@estudante.ufscar.br
ORCID: 0000-0002-6053-5096

Cleanderson Costa da Silva

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | cleanderson.costa@estudante.ufscar.br
ORCID: 0000-0002-1483-6613

Diana Gabriela Mendes dos Santos

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil | dianasantos@estudante.ufscar.br
ORCID: 0000-0003-1572-5322

Layana Giselly Silva Ferreira

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil | Layana.ferreira@estudante.ufscar.br
ORCID: 0000-0002-6471-9511

Luma Geraigire

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Graduação em Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | lumageraigire@estudante.ufscar.br
ORCID: 0009-0007-6438-648X

Andréa Sanchez

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campus Três Lagoas, Departamento de Enfermagem. Mato Grosso do Sul, SP, Brasil | andrea-ufms@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-2875-662X

Marisa Silvana Zazzetta

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Graduação em Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | marisam@ufscar.br
ORCID: 0000-0001-6544-767X

Fabiana de Souza Orlandi

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Graduação em Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | forlandi@ufscar.br
ORCID: 0000-0002-5714-6890

Agradecimentos

Agradecemos ao apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Resumo

Este estudo pretendeu verificar a validade de construto convergente da versão brasileira da “COVID19–Impact on Quality of Life Scale (COV19-QoL)” para o contexto brasileiro. Estudo psicométrico para verificação da validade de construto da versão brasileira da COV19-QoL. Participaram da pesquisa 128 participantes, os quais preencheram os seguintes instrumentos: caracterização de amostra; COVID-19-Impact on Quality of Life Scale (COV19-QoL); Medical Outcomes Study 36- Item Short Form Health Survey (SF-36) e a Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21). Resultados: A amostra foi composta por 73,4% do sexo feminino, 68% com situação conjugal solteiro e com média

de idade de 34 anos. Quanto à validade de construto convergente, confirmou-se correlação positiva, de moderada magnitude, significativa entre o escore da COV19-QoL e o total da DASS-21 ($r=0,435$), assim como por domínio “depressão” ($r=0,424$), “estresse” ($r=0,431$) e “ansiedade” ($r=0,401$). Na correlação entre a COV19-QoL e as dimensões do SF-36, confirmou-se correlação negativa, significativa estatisticamente, de moderada magnitude com “aspectos físicos” ($r=-0,335$), “dor” ($r=-0,378$), “aspectos sociais” ($r=-0,424$), “aspectos emocionais” ($r=-0,361$) e “saúde mental” ($r=-0,415$) e de fraca magnitude em “capacidade funcional” ($r=-0,218$) e “estado geral de saúde” ($r=-0,187$). Conclusão: A versão brasileira da COV19-QoL apresentou evidência de validade de construto convergente satisfatória.

Palavras-chave: qualidade de vida; saúde mental; COVID-19; estudos de validação

Introdução

A Coronavírus Diseases (COVID-19) é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 31 de dezembro de 2019, foi alertada sobre vários casos de pneumonia na província de Hubei, localizada na cidade de Wuhan, China (Opas, 2020).

Os principais sintomas que a COVID-19 causa são febre, cansaço e tosse seca, entretanto, pessoas com doenças pré-existentes, como diabetes, hipertensão, asma (e outras doenças crônicas) e idosos (mesmo que estes não tenham nenhum problema de saúde associado) são mais suscetíveis à forma grave da COVID-19 (Opas, 2020).

Em função disso, compreende-se que a pandemia está atingindo direta e indiretamente a saúde mental das pessoas em diversos aspectos e isso implica em uma atenção mais direcionada à saúde pública (Silva et al., 2020).

Nesse novo cenário, incertezas e inseguranças foram acionadas ou intensificadas e surge o medo e a desconfiança. Medo do contágio, adoecimento e morte, medo de ter sua renda reduzida ou mesmo eliminada, medo de perder pessoas próximas (Moretti et al., 2020; Oliveira et al., 2020). Além desses medos, estudos apontam que o isolamento torna as pessoas mais depressivas pelo sentimento de solidão e de “prisão” causado pela pandemia (Costa, 2020; Johnson, 2020).

Diante de diversos fatores estressantes, as alterações mais comuns são os desequilíbrios

das horas de sono, a redução da exposição solar e da prática de atividades físicas, interferindo na qualidade de vida (QV) e trazendo prejuízos para a saúde da população (Oliveira et al., 2020; Guinancio et al., 2020).

Nesse contexto, disponibilizar instrumentos de avaliação do impacto da COVID-19 na QV é extremamente relevante e necessário para o contexto mundial. Por essa razão, Repisti e colaboradores (2020) desenvolveram e validaram, na Croácia, a *COVID-19 Impact on Quality of Life Scale (COV19-QoL)*, que mensura o impacto da COVID-19 na QV do respondente.

A escala possui seis itens e foi administrada em 1346 participantes da população em geral na Croácia e 201 pacientes com problemas graves mentais, recrutados de quatro países europeus (Bósnia-Herzegovina, Montenegro, Macedônia do Norte e Sérvia). A COV19-QoL evidenciou satisfatória confiabilidade (alfa de Cronbach para população geral de 0,885 e de 0,856 para os pacientes com problemas graves mentais) e validade (confirmou-se um componente latente na análise fatorial, sendo um instrumento unidimensional e com cargas fatoriais satisfatórias (superiores a 0,6).

Frente ao exposto, o objetivo desse estudo é verificar a validade de construto da versão brasileira da “COVID-19–Impact on Quality of Life Scale (COV19-QoL)” para o contexto brasileiro.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo psicométrico para verificação da validade de construto da versão brasileira da COV19-QoL.

Amostra

A amostra para a etapa de avaliação das propriedades psicométricas do questionário foi composta por 128 pessoas.

Coleta de dados

A coleta de dados seguiu da seguinte forma: os participantes que aceitaram participar da coleta de dados assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido e o questionário online para avaliação da escala. A coleta foi realizada no formato online, a

qual foi divulgada através das redes sociais (Instagram, Facebook WhatsApp). Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: instrumento de caracterização sociodemográfica, a versão brasileira adaptada da *COV19-QoL*, a DASS-21 e o SF-36.

A COV19-QoL foi desenvolvida por Repisti e colaboradores (2020) e é uma escala que mensura impacto da pandemia da COVID-19 sobre a qualidade de vida. Possui seis itens, apresentados na forma de uma escala Likert de 5 pontos. O questionário possui 6 perguntas relacionadas aos últimos sete dias: (1) "...I think my quality of life is lower than before", (2) "...I think my mental health has deteriorate", (3) "...I think my physical health may deteriorate", (4) "...I feel more tense than before", (5) "... I feel more depressed than before", (6) "...I feel that my personal safety is at risk" – O 1º item abrange os sentimentos dos pacientes sobre o impacto da atual pandemia na sua qualidade de vida em geral. O 2º e 3º incluem as percepções dos participantes sobre possível deterioração da saúde mental e física. O 4º e 5º itens medem os níveis de ansiedade e depressão devido à pandemia, respectivamente - todas as suas respostas variam em de 1 à 5, sendo: "Discordo completamente" (1), "Discordo" (2), "Não concordo nem discordo" (3), "Concordo" (4) e "Concordo completamente" (5). Quanto maior sua pontuação, maior o impacto na qualidade de vida e os domínios relacionados subjetivamente percebido pelos participantes e o cálculo feito para pontuação total para cada participante é somando a pontuação em todos os itens e dividindo esse resultado pelo número de itens. Portanto, o total será a média de todos os itens. Quanto maior sua pontuação, maior o impacto na qualidade de vida e os domínios relacionados subjetivamente percebido pelos participantes.

Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) foi construído por Ware e Sherbourne (1992) e validado no Brasil por Ciconelli (1999). É um questionário genérico de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que conta com oito dimensões, que são: capacidade funcional (10), aspectos físicos (4), dor (2), estado geral de saúde (5), vitalidade (4), aspectos sociais (2), aspectos emocionais (3), saúde mental (5) e uma questão que pode ser considerada comparativa, pois leva o respondente a refletir sobre seu estado de saúde atual e referente há um ano atrás. A pontuação por dimensão varia de zero a 100, sendo que quanto maior a pontuação obtida, melhor a qualidade de vida relacionada à saúde.

Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21) - versão português do Brasil, é uma escala de autorrelato, com três subescalas (depressão, ansiedade e estresse), tipo Likert (Vignola, 2013). A escala foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (2004) e foi adaptada e validada para o português do Brasil por Vignola (2013).

A DASS tem objetivo avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse, além de possuir capacidade de medir simultaneamente e distinguir a depressão, ansiedade e o estresse. Cada subescala da DASS possui sete itens e cada item apresenta quatro possibilidades de resposta de acordo com a severidade ou frequência ordenadas de zero a três em que o indivíduo assinala aquela que mais se aplicou a ele durante a última semana. O escore varia entre 0-42, quanto maior a pontuação, maior a gravidade de depressão, ansiedade ou estresse (Vignola, 2013).

Análise de dados

Após a coleta, os dados foram incluídos em uma planilha previamente formulada no programa da Microsoft Office Excel 2010. Os dados foram armazenados e salvos com identificadores dos indivíduos por meio de atribuição numérica. O tratamento e a análise dos dados foram feitos pelo programa estatístico (SPSS), versão 22.0. Os dados foram analisados por meio das seguintes análises: Descritiva: com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão); Teste de Kolmogorov-Smirnov: para verificar a existência de normalidade dos dados; Coeficiente alfa de Cronbach: foi utilizado para verificar a consistência interna dos instrumentos (valores de 0,70 ou mais foram considerados satisfatórios); Coeficiente de Correlação Spearman: foi utilizado para verificar a validade de construto convergente entre o escore do “COVID-19 – Impact on Quality of Life” e os escores da escala DASS-21 total e domínios e também com as dimensões do SF-36 (correlações próximas de 0,30 como satisfatórias; entre 0,30 e 0,50 de moderada magnitude; acima de 0,50 de forte magnitude e abaixo de 0,30, de pouco valor prático, mesmo que estatisticamente significativas (Ajzen, 1980); O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p\text{-valor} \leq 0,05$).

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

da Universidade Federal de São Carlos (Parecer n. 4.595.946), de acordo com as recomendações da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde (2016). Os autores da COV19-QoL autorizaram a realização do processo de tradução, adaptação e validação da escala no Brasil. Neste caso, a tradução e adaptação já foram feitas e o intuito deste trabalho é validar a escala.

Resultados

A amostra final foi composta por 128 participantes, sendo a maioria sexo feminino (74%), brancas (55,5%) e situação conjugal solteiro (79%) (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e de saúde dos 128 participantes da COV19-QoL. São Carlos, SP, Brasil, 2023

Variável	Categoria	Frequência	%	Média (±Desvio-padrão)
Sexo	Feminino	94	74,0	
	Masculino	34	26,0	
Situação conjugal	Solteiro	79	68,0	
	Casado	35	21,0	
	União estável	7	5,0	
	Divorciado	3	2,0	
	Viúvo	4	4,0	
Etnia	Branco	71	55,5	
	Negro	14	10,9	
	Pardo	35	27,3	
	Amarelo	7	5,5	
	Católico	1	0,8	
Idade (anos)				34,17 (±15,51)
Escolaridade (anos)				15,90 (±6,40)

Nota: % = percentagem

Verifica-se na tabela 2 a média da COV19-QoL 3,46 (±1,19), já para os domínios da DASS-21, temos “Depressão” com média 6,18 (±5,21), em “Estresse” a média foi de 8,84 (±5,46) e em “Ansiedade” o valor de média foi 6,31 (±5,45). Além disso, a consistência interna dos instrumentos foi satisfatória, obtendo-se valores superiores a 0,8.

Tabela 2

Estatística descritiva e de confiabilidade entre COVID-19 - Impacto on Quality of Life Scale (COV19 - QoL) e da DASS-21. São Carlos, SP, Brasil, 2023 (n=128).

Instrumento	Domínio	Média	Dp	Mediana	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
COV19-QoL	--	3,46	1,19	3,60	1	11,5	0,830
DASS-21	Depressão	6,18	5,21	5,00	0,00	18,00	0,921
	Estresse	8,84	5,46	9,00	0,00	21,00	0,916
	Ansiedade	6,31	5,45	5,00	0,00	21,00	0,904
	Total						0,904

Nota: DP = Desvio-Padrão

Quanto à validade de construto convergente, verifica-se na tabela 3 que houve correlação positiva, de moderada magnitude, significativa entre o escore da *COV19-QoL* e o total da *DASS-21*, assim como por domínio. Sendo assim, evidencia-se validade de construto convergente da versão brasileira da *COV19-QoL*.

Tabela 3

Análise de validade de constructo convergente entre COVID-19- Impacto on Quality of Life Scale (COV19-QoL) e da DASS-21. São Carlos, SP, Brasil, 2023. (n=128)

		DASS	DAS-ANS	DAS-DEP	DAS-EST
COV19-QoL	R	0,435	0,401	0,424	0,431
Total	p-valor	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Ainda em relação à validade de constructo convergente da *COV19-QoL*, na tabela 4 verificou-se correlação negativa e estatisticamente significativa com a maioria das dimensões do SF-36, exceto “vitalidade” ($p=0,058$). A magnitude das correlações variou de moderada magnitude (“aspectos físicos”, “dor”, “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental”) a fraca magnitude (“capacidade funcional”, “estado geral de saúde”).

Tabela 4

Coefficientes de correlação de Spearman entre a COV19-QoL e as dimensões do SF-36.
São Carlos, SP, Brasil, 2023. (n=128)

		CF	AF	D	EGS	V	AS	AE	SM
COV19-QoL	r	-0,218	-0,335	-0,378	-0,187	-0,168	-0,424	-0,361	-0,415
Total	p-valor	0,013	<0,001	<0,001	0,035	0,058	<0,001	<0,001	<0,001

Nota: CF: Capacidade Funcional; AF: Aspectos Físicos; D: Dor; EGS: Estado Geral de Saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos Sociais; AE: Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental;

Discussão

O presente estudo evidenciou satisfatória confiabilidade e validade da *COV19-QoL* para o contexto brasileiro.

A amostra estudada foi descrita quanto às características sociodemográficas. Houve predominância do sexo feminino, idade média de 34 anos, com média de 15 anos de escolaridade, brancas e solteiras, dados esses que corroboram com diversos achados da literatura internacional que também estudaram o contexto pandêmico correlacionado à saúde mental (Moloud et al., 2022; Albakri, Alabdallat, Khaity, Samhour, 2022; Okten, Yazici, 2022).

A confiabilidade da *COV19-QoL* foi verificada por meio da consistência interna, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,830, indicando satisfatória confiabilidade. Resultados similares foram encontrados no estudo de Repisti et al (2020), que construiu e validou a escala original, com objetivo mensurar o impacto da pandemia da COVID-19 sobre a qualidade de vida. Os participantes das duas amostras foram divididos em amostra não clínica (n=1346) e amostra clínica (n= 201), dentre os resultados encontrados verificou-se boa consistência interna, com coeficiente de alfa de Cronbach de 0,856 em amostra clínica e 0,885 em amostra não clínica.

Encontramos estudos de validação da COV19-QoL em outros países, que também obtiveram valores de alfa de Cronbach e/ou ômega de McDonald satisfatórios. Na Turquia (Sümen e Adibelli, 2022, com KMO em “amostra total” =0,868; “amostra não diagnosticada” =0,867 e “amostra diagnosticada” =0,778), Irã (Dehkordi e colaboradores, 2021, Ômega=0,882; Alfa=0,823), e Peru (Caychoy-Rodriguez e colaboradores, 2023, Ômega=0,905 e Alfa=0,903). Os resultados confirmam a evidência

de confiabilidade das escalas.

Assemelhando-se aos achados do presente estudo, Sümen e Adibelli (2022) verificaram as propriedades psicométricas da versão turca da *COV19-QoL*, em indivíduos com COVID-19 e outro grupo sem o referido diagnóstico, totalizando 1.069 pessoas. O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,91 para a amostra total ($n=1.069$), de 0,90 para a amostra não diagnosticada com COVID-19 ($n=928$) e 0,86 para a amostra diagnosticada com COVID-19 ($n=141$). No Peru, Caychoy-Rodriguez e colaboradores (2023) analisaram as evidências psicométricas da versão espanhola da *COV19-QoL* com uma amostra de 298 idosos peruanos. Os achados confirmaram a estrutura unifatorial do *COV19-QoL*, com valor Alfa de Cronbach 0,903 indicando alta confiabilidade de consistência interna. No Irã, Dehkordi e colaboradores (2021) analisaram as propriedades psicométricas da versão persa da *COV19-QoL*, com amostra de 488 participantes, com média de idade 29 anos, que foram divididos aleatoriamente em dois grupos, um grupo com 288 participantes para a análise fatorial exploratória (EFA) e outro grupo com 200 participantes para a análise de fatores confirmatórios (CFA). A consistência interna da escala encontrada foi de 0,823 e 0,882 usando o coeficiente alfa de Cronbach e o ômega de McDonald, respectivamente.

Com relação à validade do construto convergente da *COV19-QoL*, confirmou-se correlação positiva, de moderada magnitude, significativa entre o escore da *COV19-QoL* e o total da DASS-21, assim como, separado por domínios. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Valla (2022), que teve o objetivo de investigar a qualidade de vida de indivíduos devido à pandemia da COVID-19. Uma pesquisa transversal foi conduzida com um questionário on-line usando um questionário demográfico, a escala *COV19-QoL* v1.5, e a Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21). A amostra foi constituída por 120 habitantes da ilha de Patmos-Grécia. Os resultados da correlação entre a *COV19-QoL* e a DASS-21, indicaram correlações positivas nas três dimensões da DASS-21 (ansiedade, depressão e estresse) e também em seu total, sendo correlação de moderada intensidade em todas as variáveis (“ansiedade” =0,384; “depressão”=0,436; “estresse”=0,401; “total”= 0,433) corroborando com os resultados do presente estudo (Valla, 2022).

No estudo de Greenan et al (2022), realizado com 19 participantes, foram utilizados diversos instrumentos para medir os impactos causados pela pandemia na percepção

de saúde e qualidade de vida relacionada à visão, em uma amostra constituída por pacientes com síndrome de Sjögren primária (SSp). Ao comparar a experiência dos participantes com a gravidade dos sintomas durante a pandemia, a COV19-QoL correlacionou-se com o SF-36 de forma negativa e estatisticamente significativa entre as dimensões aspectos físicos ($r=-0,77$; $p<0,001$), vitalidade ($r=-0,71$; $p<0,001$) respectivamente, entretanto a dimensão saúde mental ($r=-0,60$; $p=0,006$) apresentou correlação negativa sem associação significativa. Para mais, observa-se que os participantes com SSp tiveram uma percepção de QVRS significativamente menor em todas as escalas do SF-36, sejam estas pré COVID-19 ($p<0,001$) ou durante ($p=0,001$), além de também manifestarem menor qualidade de vida devido a sentimentos de tensão relacionados ao estresse e depressão, no que diz respeito ao período de desenvolvimento da pandemia (Greenan et al., 2022).

Isto posto, observa-se a similaridade dos resultados obtidos com o estudo analisado, dado os valores significantes nas dimensões aqui exploradas, tal como os aspectos físicos e vitalidade, a título de exemplo. Nesse sentido, verifica-se a confiabilidade e validade da versão original do instrumento para utilização em estudos, assim como sua plausível adaptação e validação no que se refere a utilização e adequação ao contexto brasileiro.

Como limitações, tem-se a seleção da amostra por conveniência e também a dificuldade na coleta de dados no formato online por meio de autoavaliação. Somado a isto, apesar de haver grande divulgação nas mídias sociais, foi difícil alcançar todos os públicos, devido à dificuldade ao acesso à internet e celular/laptop.

Conclusão

Com base no objetivo proposto e resultados obtidos, pode-se concluir que a versão brasileira da COV19-QoL possui evidências de confiabilidade e validade para o contexto brasileiro.

Ressalta-se a importância do instrumento para uso na prática clínica e em pesquisas, visto que liga com saúde mental. Recomendam-se novas pesquisas para se verificar o desempenho psicométrico da escala com outras populações no Brasil.

Referências Bibliográficas

Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood

Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Albakari, K., Alabdallat, Y., Khaity, A., Samhour, J. F. (2023). The Effect of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic on University Students' Mental Health and Life Quality: A Retrospective Cohort Study. *International Journal of Medical Students*, 10, S226.
- Ali Moloud, Emran et al. (2022) The Relationship between COVID-19 Fear and Anxiety with the Quality of Life of Students in Sulaymaniyah, Iraq. *Novelty in Clinical Medicine*, 1(4), 173-177.
- Aron, A., Coups, E. J. & Aron, E. N. (2013) *Statistics for psychology*. (6th ed.). New York: Pearson.
- Caycho-Rodríguez, T., et al. (2023) Impact of COVID-19 on quality of life in Peruvian older adults: construct validity, reliability and invariance of the COV19—Impact on Quality of Life (COV19-QoL) measurement. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 36 (1), 13.
- Ciconelli, Rozana Mesquita, et al. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev bras reumatol*, 39(3), 143-50
- Costa, R.A.F., Santos, G. S. N. F.; Da Cunha Monteiro, A. C. (2020). Impacto do covid-19 na qualidade de vida dos idosos.
- Dehkordi, Ali Hasanpour, et al. (2021). Examination of the psychometric properties of the Persian version of the COVID-19 impact on Quality of Life Scale. *Health and quality of life outcomes*, 19, 1-8.
- Guinancio, J. C et al. (2020). COVID – 19: Desafios do cotidiano e estratégias de enfrentamento frente ao isolamento social. *Research, Society and Development*, 9(8). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5474>.
- Greenan, E., Pilson, Q., Ni Gabhann-Dromgoole, J., & Murphy, C. C. (2022). Quality of life questionnaires validate a remote approach to ophthalmic management of primary Sjögren's syndrome. *Scientific Reports*, 12(1), 18761.
- Johnson, M.C., Saletti-Cuesta, L.; Tumas, N. (2020). Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2447-2456.
- Johnson, R. A. E Wicher, D. W. (2007). *Applied Multivariate Statistical Analysis*. (6ª ed.).

Pearson Education.

- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (2004). *Manual para as Escalas de Estresse de Ansiedade e Depressão*, 2ªed. Sydney, Austrália: Fundação de Psicologia.
- Moretti, S.A., et al. (2020) Nossas Vidas em Meio à Pandemia da COVID-19: Incertezas e Medos Sociais. *Rev Enfermagem e Saúde Coletiva*, 4(2), 32-41.
- Oliveira, A.C., et al. (2020). O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 29.
- Organização Panamericana de Saúde (OPAS). (2023). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.
- Okten, C., Yazici, H. G. (2022). Validity and Reliability of the Turkish Version of the COVID-19-Impact on Quality of Life Scale. *Galician medical journal*, 29(2).
- Silva, H. G. N., Santos, L, D; Oliveira, A. K. S. D. (2020). Effects of the new coronavirus pandemic on the mental health of individuals and communities. *J Nurs Health*, 10, e20104007.
- Sümen, A., Adibelli, D. (2022) *Adaptation of the COV19-QoL Scale to Turkish culture: Its psychometric properties in diagnosed and undiagnosed individuals. Death studies*, 46(10), 2298-2305.
- Terwee, C. B. et al. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42.
- Repišti, S. et al. (2020). How to measure the impact of the COVID-19 pandemic on quality of life: COV19-QoL – the development, reliability and validity of a new scale. *Global Psychiatry*.
- Valla, J. (2022). Investigação dos efeitos da ansiedade, depressão e estigma social relacionados à doença Covid-19 e o impacto negativo na qualidade de vida: Estudo em uma amostra populacional de Patmos.
- Vignola, Cláudia Rosa Batistelli. (2013). *Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil*.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5), 1729.
- Ware JR, John E., & Sherbourne, Cathy Donald. (1992). *The MOS 36-item short-form*

health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care, 473-483.

Whitley Jr, B. E., & Kite, M. E. (2012). *Principles of research in behavioral science. Routledge.*

Apoio financeiro:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, também constou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processo CNPq n. 403989/2021-3 e Processo CNPq n. 305881/2020-5) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) grant number 403989/2021-3.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Impacto da Intervenção Transdisciplinar
em Pessoas com Demência

Título resumido do manuscrito: Intervenção em Pessoas com Demência

Diana Carolina Faria Pestana

Unidade de Alzheimer – Dragoeiro, Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava, Madeira,
Portugal | diana.faria.cspsaobento@gmail.com
ORCID - 0009-0000-4108-3533

José Alberto Reis Brazão

Unidade de Alzheimer – Dragoeiro, Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava, Madeira,
Portugal | jose.brazao.cspsaobento@gmail.com
ORCID - 0009-0000-6058-3904

Madalena Sofia Fernandes Abreu

Unidade de Alzheimer – Dragoeiro, Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava, Madeira,
Portugal | madalena.abreu.cspsaobento@gmail.com
ORCID - 0000-0001-6527-9450

Sara Carina Fernandes Teixeira

Unidade de Alzheimer – Dragoeiro, Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava, Madeira,
Portugal | sara.teixeira.cspsaobento@gmail.com
ORCID - 0009-0007-6746-0916

Agradecimentos

Um agradecimento especial ao Centro Social e Paroquial de São Bento da Ribeira Brava, ao Presidente da Direção Pe. Bernardino Trindade, scj, à Assessora Dr^a Maria Carlos, à Diretora Técnica da Unidade de Alzheimer Dragoeiro Dr^a Bina Pereira e a todos os utentes desta Instituição.

Resumo

Este estudo deteve como objetivo caracterizar a intervenção transdisciplinar adotada em pessoas com demência, em regime de internamento e analisar os seus efeitos a nível cognitivo e físico em quatro momentos de avaliação.

Foi efetuada uma avaliação inicial no período de integração (MMSE: Mini Mental State Examination e Tinetti: Performance Oriented Mobility Assessment), realizada pela equipa multidisciplinar, seguida por implementação do plano individual de intervenção de estimulação cognitiva e física. Seguiram-se três momentos de reavaliação num período total de 15 meses. Um período de 3 meses (entre os dois primeiros momentos) e 6 de meses nos restantes momentos.

Após o período de implementação do plano individual de intervenção, no primeiro momento de reavaliação, observam-se melhorias a nível cognitivo e físico, seguido por uma tendência de aproximação dos resultados obtidos na primeira avaliação. Observou-se uma propensão de manutenção de competências do segundo momento de reavaliação para o terceiro.

Os resultados sugerem que, em média, as pessoas com demência beneficiam de uma intervenção transdisciplinar permitindo a manutenção das capacidades cognitivas e físicas durante um período de tempo de 15 meses. Adicionalmente, à melhoria observada na primeira reavaliação seguida por uma aproximação aos valores da avaliação inicial, observa-se uma tendência de manutenção de competências nos momentos seguintes. Tal realidade contraria a previsível progressão de perda de competências no envelhecimento patológico. Estes resultados traduzem-se em melhorias na sua qualidade de vida e ao nível da sua segurança.

Palavras-chave: demência; intervenção multidisciplinar; estimulação cognitiva e física.

Introdução

A demência, segundo a OMS (2017) é “uma síndrome, geralmente de natureza crónica e progressiva, causada por uma variedade de doenças e lesões que afetam primária ou secundariamente o cérebro e comprometem a memória, o pensamento, o comportamento e a capacidade de realizar AVD’s (atividades de vida diária)”. É uma das principais causas de incapacidade e de dependência de todo o mundo (Pereira et al., 2020). Associadas às perdas referidas anteriormente surgem também alterações comportamentais, psicomotoras, de sono e vigílias, psicóticas (alucinações, delírios) e de personalidade (Sequeira, 2018).

Existem diferentes subtipos de demência que diferem na sua etiologia, forma de

apresentação, curso clínico e distúrbios associados (OMS, 2017). A demência de Alzheimer (DA) tem um caráter degenerativo e é associada a um processo orgânico que desorganiza progressivamente e destrói as redes neuronais que sustentam as diferentes funções cognitivas (Barreto, 2005). A demência do tipo DA é a mais comum e representa 60 a 70% dos casos de demência (Cummings e Cole, 2002). Segundo a Alzheimer Disease International (2015) existem mais de 46 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e estima-se que este número ascenda para 131,5 milhões em 2050.

Em Portugal, os dados epidemiológicos são escassos, no entanto, num estudo de Santana et al. (2015) estimou-se que em 2013 existiam cerca de 160 000 pessoas com demência, o que demonstra que Portugal segue a mesma tendência de crescimento mundial de incidência e prevalência de demência. Estes números crescentes reforçam a importância da definição de medidas de intervenção que diminuam o impacto desta doença nas famílias (Sequeira, 2018).

Intervenção transdisciplinar na demência

A intervenção nas demências deve ser personalizada e adaptada a cada caso, na qual se incluem estratégias farmacológicas e não farmacológicas. É necessário ter em conta que não existem demências e sim pessoas com demência (Sequeira, 2018).

O estágio da demência condiciona o tipo de intervenção a ser utilizada. Numa pessoa com demência num estágio ligeiro a metodologia utilizada será diferente da que se usa numa pessoa com demência moderada ou grave. Daí a importância da avaliação antes da implementação de qualquer intervenção, de modo a identificar os défices e as funções que devem ser estimuladas cognitivamente e fisicamente, o tipo de demência e o estágio em que se encontra (Castro-Caldas & Mendonça, 2005).

A proposta de protocolos multidimensionais de intervenção baseia-se na hipótese de que, a combinação de diferentes abordagens, pode ser a intervenção mais adequada para melhorar os diferentes resultados na DA (Zucchella et al., 2018).

Segundo Thrivikraman e Dev (2022), a intervenção transdisciplinar foca-se na gestão dos sintomas comportamentais, na melhoria do estado físico, na qualidade de vida, na menor dependência de serviços médicos e na diminuição global da carga do cuidador. As intervenções colaborativas em instituições de cuidados prolongados são de grande importância para melhorar a qualidade de vida, prevenir quedas e reduzir a mortalidade

entre os idosos (Ferreira et al., 2023).

Uma vantagem das intervenções transdisciplinares é o facto de compreenderem a complexidade da doença, tendo em conta a diversidade a nível pessoal, conectando conhecimentos e desenvolvendo os mesmos para que sejam úteis para a sociedade. Estas intervenções assumem um papel importante com soluções eficazes para a demência a nível social com contributos de estratégias mais viáveis, eficientes e económicas nos cuidados prestados à pessoa com demência e no apoio aos cuidadores (Rodriguez et al., 2020; Thrivikraman & Dev, 2022).

Estimulação na demência

A estimulação cognitiva tem impacto na dimensão funcional, psicoafectiva e relacional da pessoa (Pereira et al., 2020). Este tipo de intervenção não tem como objetivo tratar as capacidades perdidas, pois as estruturas e os mecanismos cerebrais que sustentam estas capacidades estão lesadas e/ou inoperantes (Castro-Caldas & Mendonça, 2005), cumpre sim o propósito de maximizar as funções que se encontram mantidas e aumentar aquelas que não estando completamente perdidas, encontram-se diminuídas. Estas intervenções ajudam a melhorar ou manter o nível de desempenho cognitivo e eventualmente atrasar o inevitável declínio (Hoyer & Verhaeghen, 2006). O principal objetivo desta intervenção é apoiar a pessoa com demência no seu desempenho diário, de modo a minimizar as necessidades de apoio externo, no sentido de reduzir o impacto da doença e as dificuldades sentidas no seu dia a dia (Castro-Caldas & Mendonça, 2005). No desenvolvimento de sessões de estimulação cognitiva são utilizadas um conjunto de técnicas de forma personalizada e adaptada de acordo com as capacidades preservadas, com a finalidade de motivar e facilitar a adesão da pessoa às atividades (Pereira et al., 2020). Os programas de estimulação cognitiva mostram resultados de melhorias nas tarefas cognitivas e funcionais nas pessoas com DA em estádios iniciais, reforçando que podem aprender e manter os ganhos cognitivos e funcionais. Diferente do que acontece no défice cognitivo ligeiro, em que a diminuição funcional ainda não existe ou é mínima e as alterações cognitivas são pouco acentuadas, verifica-se uma melhor resposta a estas intervenções, o mesmo não acontece no caso de pessoas com quadros demências em estádios avançados, em que a resposta a estes tratamentos com programas de estimulação são pouco eficazes (Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Thrivikraman & Dev,

2022). Mantêm-se várias incógnitas relativamente à duração destas manutenções e/ou melhorias, ganhos que se estendem à qualidade de vida das pessoas com demência (Carvalho et al., 2016; Loewenstein et al., 2004).

Adicionalmente, na meta-análise de Chen et al., (2019), os autores referem que para além de melhorias na função cognitiva, há diminuição dos sintomas neuropsiquiátricos através da terapia de estimulação cognitiva em pessoas com DA. Importa também referir a conclusão de que a terapia de estimulação cognitiva, a longo prazo, mostrou um melhor efeito na reabilitação da função cognitiva e que é eficaz como terapia complementar da farmacoterapia da DA. Estes resultados evidenciam a estimulação cognitiva como uma oportunidade de reabilitação para as pessoas que vivem com a DA, com a melhoria da função cognitiva.

Para além das perdas a nível cognitivo, as pessoas com demência manifestam um declínio motor associado à perda de capacidade física (Glisoi et al., 2021), apresentando um pior desempenho psicomotor e maior dependência na realização de AVD's (Moraes et al., 2017). Verifica-se também uma redução da velocidade da marcha e alterações do equilíbrio (Glisoi et al., 2021), que estão diretamente associadas a um maior risco de queda (Oki et al., 2021).

O próprio processo de envelhecimento implica o declínio das reservas funcionais, alterações físicas, perdas sensoriais, cognitivas, osteoarticulares com sequelas que limitam os indivíduos a nível de mobilidade e independência, aumentando, por fim o seu risco de queda (Durães et al., 2023).

Os fatores de risco incluem condições ambientais e alterações fisiológicas relacionadas com a idade, como o desequilíbrio e o declínio da força muscular (da Silva Santos, 2013 citado por Durães et al., 2023; Ferreira et al., 2023), notando-se especificamente uma relação entre as alterações da força dos membros inferiores e do equilíbrio, que afetam a estabilidade do corpo, condicionando o risco de queda (da Silva Santos, 2013 citado por Durães et al., 2023). Outros fatores de risco podem ser a polifarmácia, a perda sensorial e a elevada dependência funcional (Ferreira et al., 2023).

Como sugere o estudo de Paula et al. (2020) existe uma relação entre o risco de quedas e a independência dos idosos. A manutenção da independência reduz a probabilidade de quedas, enfatizando a necessidade de planos de cuidados personalizados.

As intervenções com pessoas com demência devem envolver atividades que promovam

as capacidades psicomotoras, bem como as capacidades cognitivas e funcionais (Morais et al., 2017). No que se refere às estratégias de prevenção de quedas, estas incluem a revisão da medicação, a reabilitação da função motora e sensorial e a melhoria do equilíbrio corporal em colaboração com os prestadores de cuidados de saúde (Ferreira et al., 2023). Em instituições de longa permanência para idosos, a investigação sugere que os profissionais devem estar mais atentos aos indivíduos com historial de quedas, modificando o ambiente para prevenir futuros acidentes, incluindo a utilização de auxiliares de mobilidade e manter atividade física (Paula et al., 2020).

Recomenda-se programas de exercícios físicos que incluam todas as componentes de aptidão física, pois são eficazes para a melhoria da saúde e da condição física em idosos frágeis, retardando eventos adversos, como o risco de queda e o comprometimento funcional. Os dados mostram que os idosos que praticam atividade física têm menos hipóteses de apresentar limitações funcionais, enquanto os sedentários ou inativos têm mais hipóteses de sofrer com esse tipo de limitação (Tornero-Quiñones et al., 2020). Importa também referir que a mobilidade funcional desempenha um papel importante no risco de queda entre os idosos com DA e pode ser um mecanismo ideal para futuras estratégias de prevenção de quedas (Keleman et al., 2023).

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a intervenção transdisciplinar em pessoas com demência em regime de internamento e analisar os efeitos da estimulação a nível cognitivo e físico em quatro momentos de avaliação.

Métodos

Procedimentos

A avaliação foi composta por quatro momentos, sendo a avaliação inicial realizada no período de integração de cada utente, no intervalo de uma semana, pela equipa transdisciplinar. Após esta avaliação foi elaborado um registo de avaliação transdisciplinar, a partir do qual delineou-se um plano individual de intervenção de estimulação cognitiva, física e psicomotora. Neste plano foram definidos os objetivos, a estimulação e a periodicidade. Seguiram-se três momentos de reavaliação, um primeiro período de 3 meses (entre os dois primeiros momentos) e os restantes de 6 meses, perfazendo um período total de 15 meses. Após cada reavaliação procedeu-se à atualização do plano individual de intervenção de cada utente.

A equipa transdisciplinar envolvida em todo o processo de intervenção é composta por Gerontóloga, Psicóloga, Psicomotricista, Professor de Atividade Física, Assistente Social, Enfermeiras, Nutricionista, Neurologista, Médico de Clínica Geral e Familiar.

Amostra

A amostra é composta por 15 utentes em regime de internamento, com uma média total de 81,3 anos, sendo 9 mulheres com uma média de idades de 82,9 anos e 6 homens com uma média de 78,8 anos. Quanto ao estado civil 53,3% da amostra é viúva e a escolaridade, em 66,7% da amostra corresponde ao 4º ano. Todos os utentes apresentam diagnóstico de demência.

Crítérios de seleção

Na seleção de amostra foi tido em conta o regime dos utentes (internamento), todos os que foram submetidos a quatro momentos de avaliação, assim como o diagnóstico de quadros demenciais.

Instrumentos

Foram avaliadas as competências cognitivas recorrendo ao Mini-Mental State Examination (MMSE), a mobilidade e o equilíbrio recorrendo ao teste Performance Oriented Mobility Assessment (POMA).

O MMSE foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et al. (1994). Este breve instrumento de avaliação cognitiva global é amplamente utilizado em contexto clínico e de investigação. Contém 30 itens (0 a 30 pontos), é de aplicação simples e requer 5 a 10 minutos para ser administrado (no caso de dificuldades acrescidas de atenção, linguagem e/ou compreensão poderá requerer mais tempo). O tempo de execução não é cronometrado. Os 30 itens dicotómicos avaliam seis domínios cognitivos: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva. Foi usada a versão do MMSE adaptada à população portuguesa e as instruções para a pontuação foram as das publicações de Freitas e colaboradores (2014), através dos estudos normativos do MMSE que apresentam pontos de corte para a população portuguesa considerando quadros clínicos específicos (DA <26 ponto de corte) escolaridade e idade (qualquer

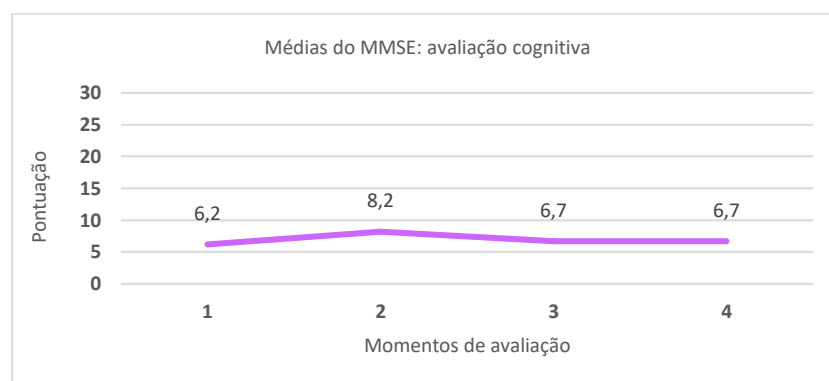
escolaridade e ≥ 65 anos ponto de corte é 26).

O POMA foi desenvolvido por Tinetti (1986) e traduzido para português por Petiz (2002). Este instrumento fornece uma estimativa do risco de queda em idosos, através da avaliação quantitativa da mobilidade e do equilíbrio estático e dinâmico, identificando aspetos da marcha como a largura, altura, continuidade e simetria do passo e a base de sustentação. O POMA é constituído por 19 itens, sendo 9 referentes ao equilíbrio estático e 10 referentes ao equilíbrio dinâmico. A cotação varia entre 0 e 28, sendo que os resultados inferiores a 19 indicam um risco de queda alto, os resultados entre 19 e 24 indicam um risco de queda moderado e os resultados entre 25 e 28 indicam um risco de queda baixo (Tinetti, 1986).

Resultados

Gráfico 1

Médias do MMSE

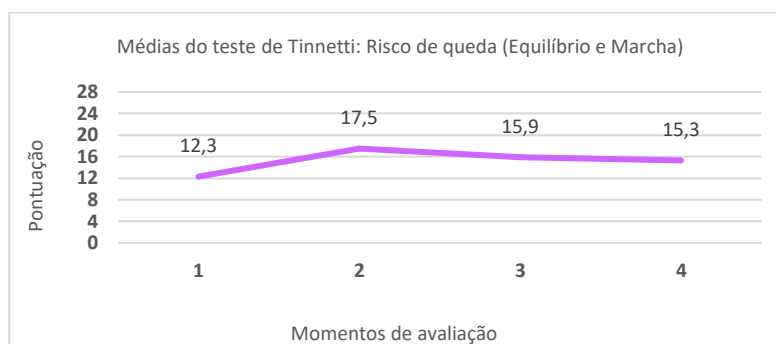


A média de resultados nos quatro momentos de avaliação corresponde a um declínio cognitivo acentuado. Na 1ª avaliação dos utentes obteve-se uma pontuação média da MMSE que corresponde a um acentuado declínio cognitivo (6,2 pontos em 30 pontos). Na 2ª avaliação da amostra, a pontuação média foi de 8,2 pontos verificando-se uma melhoria nos resultados das avaliações da MMSE, que num primeiro momento foi de 6,2 pontos.

No 3º momento de avaliação assim como no 4º momento, obteve-se uma pontuação média de 6,7 pontos (em 30), observando-se uma manutenção nos resultados (6,7 pontos nos dois momentos).

Gráfico 2

Médias do Teste de Tinetti

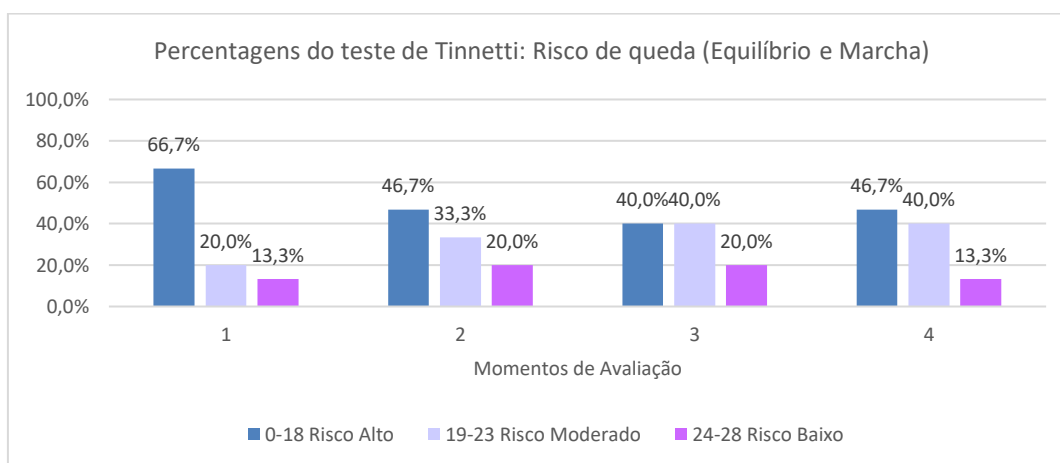


Na 1ª avaliação da amostra obteve-se uma pontuação média do teste de Tinetti baixa (12,3 em 28), correspondente a um risco de queda alto. Apenas 13,3% (2 utentes) apresentou um risco de queda baixo; 20,0% (3 utentes) apresentou um risco de queda moderado e os restantes, 66,7% (10 utentes) apresentaram um risco de queda alto.

No 2º momento de avaliação verificou-se uma melhoria da média para 17,5 (em 28), notando-se uma evolução a nível da marcha e equilíbrio, mas mantendo-se num nível considerado risco de queda alto. Na 3ª avaliação, notou-se uma ligeira redução da média (15,9 em 28), mantendo-se a média de risco de queda alto.

Gráfico 3

Valores percentuais do Teste Tinetti



No 4º momento de avaliação os resultados mantiveram-se praticamente estáveis (15,3 em 28), mantendo-se a média de risco de queda alto. Apurou-se que 13,3% da amostra (2 utentes) obteve um risco de queda baixo, 40,0% (6 utentes) um risco de queda moderado e 46,7% (7 utentes) um risco de queda alto.

Discussão

Os resultados, tanto a nível cognitivo como motor, demonstram estabilizar após uma ligeira melhoria do primeiro para o segundo momento de avaliação (período de 3 meses). Sugere-se que a presença destes resultados positivos advém de uma intervenção que teve por base uma avaliação transdisciplinar, que identificou défices e necessidades a serem estimuladas de acordo com as capacidades e limitações de cada pessoa. Tal como referido nos estudos de Castro-Caldas e Mendonça (2005) e Zuchella et al. (2018) a combinação de diferentes abordagens, incluindo uma intervenção adequada à pessoa com DA, mostra melhorias nos resultados da mesma. Para além das novas formas de estimulação a que foram alvo, importa referir como possíveis justificativas para os presentes resultados, que todos os utentes estavam em período de adaptação a um novo regime de institucionalização, vivenciando assim alterações significativas na sua rotina diária. Do mesmo modo, a introdução da atividade física contribuiu para a melhoria da condição física (melhorias no risco de queda), contrariando o sedentarismo que está associado às limitações funcionais nesta população tal como referido por Tornero-Quiñones et al. (2020).

Num terceiro momento de avaliação há uma ligeira diminuição dos resultados seguida por uma tendência de manutenção dos resultados interpretada como uma manutenção a nível cognitivo e motor. Esta tendência de perda pode estar relacionada com o intervalo maior entre reavaliações e com o declínio inevitável da DA tal como referido por Hoyer e Verhaeghen (2006). Para além do acima referido, está bem documentado que programas de estimulação cognitiva em pessoas com DA, em estádios iniciais, apresentam resultados positivos com melhorias nas tarefas cognitivas e funcionais, o mesmo não acontece nas pessoas com quadros de demência avançados (característica da nossa amostra) (Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Thrivikraman & Dev, 2022).

A manutenção acima referida, no que concerne às competências motoras, vai ao encontro do que nos diz Tornero-Quiñones et al. (2020), que refere a importância dos programas de exercícios físicos para a melhoria da saúde e da condição física em idosos frágeis, retardando eventos prejudiciais, como o risco de queda e o comprometimento funcional. Relativamente à manutenção das capacidades cognitivas, tal como ocorre nos resultados motores, os mesmos vão ao encontro dos principais objetivos destas intervenções que, para além de melhorar, é manter o nível de desempenho cognitivo e

reduzir o impacto da DA e as dificuldades sentidas no quotidiano (Castro-Caldas & Mendonça, 2005; Hoyer & Verhaeghen, 2006).

Rodriguez et al. (2020) refere a pertinência e o benefício da implementação de intervenções transdisciplinares, pelo impacto que oferece aos utentes e aos seus cuidadores com o contributo de estratégias mais viáveis, eficientes e económicas. Apesar destes benefícios descritos, os mesmos não se traduzem de forma objetiva nos nossos resultados, tanto da prova que avalia as funções cognitivas como da que avalia o risco de queda, evidenciando-se uma amostra com avançado declínio cognitivo, que corresponde a quadros demenciais avançados e a um risco de queda alto/moderado na grande maioria da amostra que, por sua vez, associa-se a uma deterioração motora que acompanha estes quadros.

Como referido por Thrivikraman e Dev (2022), a intervenção transdisciplinar foca-se não só na melhoria do estado físico e cognitivo, mas essencialmente na gestão dos sintomas comportamentais, na qualidade de vida, na menor dependência de serviços médicos e na diminuição global da carga do cuidador. Sugere-se assim que os resultados podem não ser muito visíveis pelos instrumentos e áreas de avaliação incluídas no presente estudo, condicionando uma avaliação mais detalhada da intervenção.

O estudo apresenta outras limitações como o tamanho da amostra ($n=15$), e os critérios de seleção utilizados, uma vez que foram incluídos estádios severos, o que condicionou a implementação dos planos de intervenção e consequentemente os resultados. O mesmo aplica-se a nível motor em que foram incluídos todos os utentes, sem excluir os dependentes a nível da marcha (cadeira de rodas e acamados).

Para futuras pesquisas, propõe-se avaliar a nível temporal a manutenção dos ganhos com a implementação destes programas de intervenção transdisciplinar em regime de internamento e incluir diferentes critérios de seleção que permitissem abranger uma amostra de estádios demenciais leves a moderados. Adicionalmente, seria pertinente incluir outros domínios de estudo, como por exemplo a qualidade de vida, o nível de dependência, a sintomatologia depressiva e ansiosa, entre outros, assim como análises estatísticas mais avançadas.

Conclusão

Os resultados do presente estudo sugerem que, em média, com esta intervenção

transdisciplinar, houve uma tendência de manutenção das capacidades cognitivas e físicas num período de 15 meses. No segundo momento de avaliação, observou-se melhorias de competências cognitivas e físicas influenciadas por uma alteração significativa na sua rotina diária, com a introdução de novas formas de estimulação. Nos seguintes momentos de reavaliação (2 momentos) houve uma tendência de manutenção das competências avaliadas, resultado considerado como positivo tendo em consideração o inevitável declínio físico e cognitivo nos quadros demenciais.

Com base nos presentes resultados e na observação direta ao longo deste período contemplado, é possível avaliar esta intervenção como adequada e benéfica, de carácter biopsicossocial, contribuindo para um melhor funcionamento físico, psicológico e social e, consequentemente, para uma melhor qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Alzheimer Disease International. (2015). *World Alzheimer Report 2015: The global Impact of Dementia. Na analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Londres: ADI.
- Barreto, J. (2005). “Os sinais da doença e sua evolução”. In: A. C. Caldas e A. Mendonça Brito, (Orgs.). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Carvalho, Á. A. D., Mateus, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Oliveira, A. L., Alves, M. I., & Martins, J. (2016). *Portugal Saúde Mental em Números, 2015. Portugal Saúde Mental em Números, 2015*, 5-113
- Castro-Caldas, A., & Mendonça, A. D. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Chen, J., Duan, Y., Li, H., Lu, L., Liu, J., & Tang, C. (2019). Different durations of cognitive stimulation therapy for santana Alzheimer’s disease: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 1243-1254.
- Cummings, J. L., & Cole, G. (2002). Alzheimer disease. *Jama*, 287(18), 2335-2338. doi: 10.1001/jama.287.18.2335. PMID: 11988038.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M., Leitão, O., Castro- Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination. *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9.

- Durães, R. R., Dos Santos, J. L. P., de A. Martins, K. S., Pestana, P. R. M., Lopes, J. V. N., Fagundes, P. T. M., & de Souza Fonseca, B. H. (2023). Fatores associados aos riscos de quedas em idosos. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 4(2), 29-36. Doi: <https://doi.org/10.51161/integrar/remis/3688>
- Ferreira, M. J. R., Rodrigues, J. A., Rezende, A. E. S., Pereira, A. C. M. S., Lemos, L. R., Cunha, L. A., et. al & Damázio, L. C. M. (2023). Fatores de risco intrínsecos para quedas entre idosos institucionalizados. *Acta Fisiátrica*, 30(2), 73-80.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2014, in press). The relevance of sociodemographic and health variables on MMSE normative data. *Applied Neuropsychology: Adults*.
- Glisoi, S. F. D. N., Silva, T. M. V. D., & Galduróz, R. F. (2021). Variáveis psicomotoras, cognitivas e funcionais em idosas saudáveis e com doença de Alzheimer. *Fisioterapia e Pesquisa*, 28, 39-48. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/20013128012021>
- Hoyer, W. J., & Verhaeghen, P. (2006). Memory aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 209–232). Amsterdam, Netherlands: Elsevier.
- Keleman, A. A., Nicosia, J., Bollinger, R. M., Wisch, J. K., Hassenstab, J., Morris, J. C. & Stark, S. L. (2023). Precipitating Mechanisms of Falls in Preclinical Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's disease reports*, (Preprint), 1-12.
- Loewenstein, D. A., Acevedo, A., Czaja, S. J., & Duara, R. (2004). Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(4), 395-402. doi: 10.1176/appi.ajgp.12.4.395. PMID: 15249277.
- Morais, A., Santos, S., & Lebre, P. (2017). Psychomotor, functional, and cognitive profiles in older people with and without dementia: what connections? *Dementia*, 18(4), 1538-1553.
- Oki, M., Matsumoto, M., Yoshikawa, Y., Fukushima, M., Nagasawa, A., Takakura, T., & Suzuki, Y. (2021). Risk Factors for Falls in Patients with Alzheimer Disease: A

Retrospective Study of Balance, Cognition, and Visuospatial Ability. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 11 (1): 58-63.
<https://doi.org/10.1159/000514285>

Organização Mundial da Saúde - OMS (2017). *Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025*. Geneva: World Health Organization.

Paula, J. G. F. D., Gonçalves, L. H. T., Nogueira, L. M. V., & Delage, P. E. G. A. (2020). Correlação entre independência funcional e risco de quedas em idosos de três instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54, e3601.

Pereira, A. G., Sousa, I., Sobral, M., Nunes, S. V. M., Santos, M. (2020) - *Intervenção psicológica em gerontologia* - 1ª edição. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação - ISBN 978-989-693-090-5.
<http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/2059678>

Petiz, E. M. (2002). A actividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em HOYA idosos institucionalizados. Tese de Mestrado, não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Rodriguez, F. S., Jackson, J., Ware, C., Churchyard, R., & Hanseeuw, B. (2020). Interdisciplinary and transdisciplinary perspectives: on the road to a holistic approach to dementia prevention and care. *Journal of Alzheimer's disease reports*, 4(1), 39-48.

Sequeira C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. 2nd ed. Lisboa: Lidel.

Santana, I., Farinha, F., Freitas, S., Rodrigues, V., & Carvalho, Á. (2015). Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Prevalência e dos Encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Médica Portuguesa*, 28(2), 182-188.

Tinetti, M. E. (1986). *Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in elderly patients*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34: 119-126. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>

Thrivikraman, S. K., & Dev, G. (2022). Role of community health workers as trans-disciplinary models for decreasing the impact of dementia on care partners of persons suffering from dementia: a scoping review. *Journal of Geriatric Care and*

Research, 9(2).

- Tornero-Quiñones, I., Sáez-Padilla, J., Espina Díaz, A., Abad Robles, M. T., & Sierra Robles, Á. (2020). Functional ability, frailty and risk of falls in the elderly: Relations with autonomy in daily living. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 1006.
- Zucchella, C., Sinforiani, E., Tamburin, S., Federico, A., Mantovani, E., Bernini, S. & Bartolo, M. (2018). The multidisciplinary approach to Alzheimer's disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment. *Frontiers in neurology*, 9, 1058.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”

Full title of the manuscript: Intergenerational psychological intervention programme - PIN - Exploratory study with children and seniors

Short title of the manuscript: Intergenerational psychological intervention-PIN

Adelinda Maria Araújo Candeias

Departamento de Ciências Médicas e da Saúde, Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano,
Universidade de Évora, Portugal | Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de
Évora, Portugal

ORCID ID: 0000-0002-9489-8880

Adriana Simões Félix

Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal

ORCID ID: 0009-0001-8377-214X

Acknowledgements

Santa Casa da Misericórdia de Évora and Salesianos de Évora.

Abstract

Intergenerational programs involving children and seniors are a form of psychological and social intervention that promote the development of cognitive, linguistic, motor, emotional and social skills and well-being, with significant results and benefits described for both children and seniors, such as intergenerational socialization and increased self-esteem and self-efficacy, intellectual development, increased happiness, and improved quality of life. In Portugal, programmes intervening in the psychological domain are scarce, which justifies our proposal. We present a P-IN Program: Intergenerational Psychological Intervention Program: Cri(activ)age, Health and Well-Being focused on the promotion of creativity, cognitive preservation/development and well-being associated with intergenerational coexistence.

The P-IN programme aims to: (i) Promote through an intergenerational psychological intervention, cognitive development/preservation, creativity and well-being, in children (5-6 years) and seniors (+60). (ii) To evaluate the effectiveness of the intervention on cognitive development/preservation, creativity and well-being. This paper presents the conceptual structure of the programme, its organization into three main components: Beliefs and attitudes; Emotions and well-being; Cognitive stimulation and creativity, and its operationalization in 10 90-minute sessions. Finally, we present the evaluation plan of the quality and effectiveness of the programme based on a qualitative methodological approach using semi-structured interviews to the participants (N= 23 children and 18 seniors; professionals= 4). Of the results we highlight: increase in autonomy, self-confidence and social participation in both groups. In specific terms, the increase in the emotional well-being and psychosocial and physical autonomy of the seniors is highlighted.

Keywords: Intergenerational program, psychological intervention, well-being, cognitive preservation, creativity.

Introduction

Population aging is happening at an accelerated pace. Global aging poses significant challenges for health and social systems worldwide. From 2015 to 2050, the global population aged over 60 will nearly double, reaching 22%. In 2020, the number of people aged 60+ exceeded those under 5 years old.

People worldwide are living longer, with most expecting to reach their sixties and beyond. By 2030, approximately 1 in 6 individuals globally will be aged 60 or older, increasing from 1 billion in 2020 to 1.4 billion. By 2050, this demographic will double to 2.1 billion, and those aged 80+ will triple to 426 million.

While population aging initially began in high-income countries, low- and middle-income countries are now experiencing the most significant changes. By 2050, two-thirds of the global population aged 60+ will reside in these nations.

Portugal's experience mirrors the global trend of the demographic aging phenomenon. In 2022, the aging index, which compares the population aged 65 and older (elderly population) with the population aged 0 to 14 years (young population), reached a value

of 185.6 elderly individuals per 100 young individuals (compared to 181.3 in 2021) (INE, 2023).

This significant increase in the aging index underscores the ongoing shift in Portugal's demographic landscape. It reflects the fact that the proportion of elderly individuals in the population is steadily growing in comparison to the younger generation. One contributing factor to this trend is the progressive improvement in life expectancy, which has led to a higher number of individuals reaching older ages (INE, 2023).

This transformation in the age structure of populations across the globe necessitates a comprehensive approach to address the unique needs and challenges associated with an aging society.

To adapt to this demographic shift, it is imperative to implement policies and initiatives that promote active and healthy aging, as outlined in the WHO's Active Aging Framework (WHO, 2022). This approach not only improves the quality of life for older individuals but also enhances societal well-being and productivity.

Ageing is a natural process that all human beings go through and is an integral part of the life cycle. During this stage, older individuals often have expectations regarding their quality of life, which are closely tied to the development of degenerative diseases and the challenges associated with them (Bressan Valentini et al., 2010). Aging results from molecular and cellular damage over time, leading to declining physical and mental abilities, disease susceptibility, and mortality. These changes vary and are loosely related to chronological age. Aging often involves life transitions like retirement and changes in social relationships. Older age commonly brings conditions like hearing loss, cataracts, pain, osteoarthritis, chronic diseases, depression, and dementia. Geriatric syndromes, like frailty, incontinence, falls, delirium, and pressure ulcers, also become more common (WHO, 2022).

Ageing can be defined as a multidimensional process that encompasses three fundamental dimensions: biological, psychological, and social. Biological ageing is characterized by the gradual deterioration of bodily functions and increased vulnerability to diseases, often referred to as senescence (Kennedy et al., 2014). Psychological ageing refers to an individual's ability to adapt to the challenges and changes that come with ageing, including emotional well-being, cognitive functioning, and the capacity for self-regulation. Positive psychological traits such as optimism and

resilience have been linked to better psychological ageing outcomes (Chopik et al., 2020). Social ageing pertains to the changing social roles that align with societal expectations for individuals of this age group, which evolve over time (Schroots & Birren, 2001). In this study, we focus on the role of intergenerational programs, such as mentoring and community involvement, in helping older individuals sustain a sense of purpose and social connection (Greenfield & Greenfield, 2021). Additionally, activities that provide cognitive stimulation and foster a positive outlook can contribute to successful psychological aging (Hertzog et al., 2009).

Recent studies also highlight the significance of social interaction and engagement in maintaining cognitive preservation and overall well-being in older individuals (Canedo-García et al., 2017; Kuiper et al., 2015). Engaging in social activities, participating in lifelong learning programs, and staying connected with one's community have been linked to better cognitive function and emotional well-being in aging populations.

Furthermore, the importance of optimism and hope in promoting mental and emotional health among older individuals cannot be overstated (Carstensen et al., 2011; Canedo-García et al., 2017). Maintaining a positive outlook on life and nurturing a sense of hope can significantly contribute to successful psychological aging and overall life satisfaction. In summary, this study underscores the multifaceted factors that influence the aging process and highlights the critical role of lifestyle choices, intergenerational programs, social engagement, and psychological well-being in promoting healthy and fulfilling aging experiences for older individuals. Intergenerational programs involving children and seniors represent valuable psychological and social interventions that foster the development of cognitive, linguistic, motor, emotional, and social skills, leading to improved well-being. Research indicates significant positive outcomes for both children and seniors, such as enhanced intergenerational socialization, increased self-esteem and self-efficacy, intellectual development, greater happiness, and an overall improvement in the quality of life (Zeanat Ebrahimi et al., 2020).

Intergenerational psychology programs bring together individuals from various age cohorts to engage in shared activities, often with a focus on enhancing social connections, well-being, and personal development. These programs can take various forms, such as mentorship initiatives, joint educational activities, community service projects, or simply opportunities for casual interactions between generations. The

fundamental goal is to bridge generational gaps, encourage understanding, and promote positive interdependence. In a systematic review conducted by Canedo-García et al., (2017), aimed to identify key indicators ensuring the effectiveness of empirically based intergenerational interventions (EBI). The results confirmed that various factors such as participants' disorders, academic or literacy levels, membership of an organization, and risk of exclusion also modulate program effectiveness (Canedo-García et al., 2017). Furthermore, the study highlighted the need for programs to adapt to users' personal circumstances to enhance efficiency. The study also noted that as participants' disorders intensify, the impact of the interventions increases, particularly in cases of mental disorders effectiveness (Canedo-García et al., 2017).

Findings also suggest intergenerational programs are appropriate and effective for people with dementia effectiveness. Moreover, studies have been completed on their role in the development of generativity and psychological well-being in old age effectiveness. All this provides more than sufficient evidence of the useful role that these programs may play in reducing negative stereotypes, prejudice, and discrimination associated with older adults and aging effectiveness (Canedo-García et al., 2017). In conclusion, intergenerational psychology programs are valuable tools for promoting positive interactions between generations, offering numerous advantages such as enhanced social and emotional development, positive aging, academic benefits, and community building. However, they also face limitations related to logistics, generation gap challenges, resource constraints, and the evaluation of their impact. Despite these challenges, intergenerational programs continue to play a crucial role in fostering connections and improving the overall well-being of individuals across different age groups. In Portugal, there is a lack of psychological interventions in this domain, which provides the rationale for our proposal. We introduce the P-IN Program: Intergenerational Psychological Intervention Program - Cri(activ)age, Health, and Well-Being (Candeias & Felix, 2023). This program focuses on fostering creativity, cognitive preservation/development, and overall well-being through intergenerational coexistence.

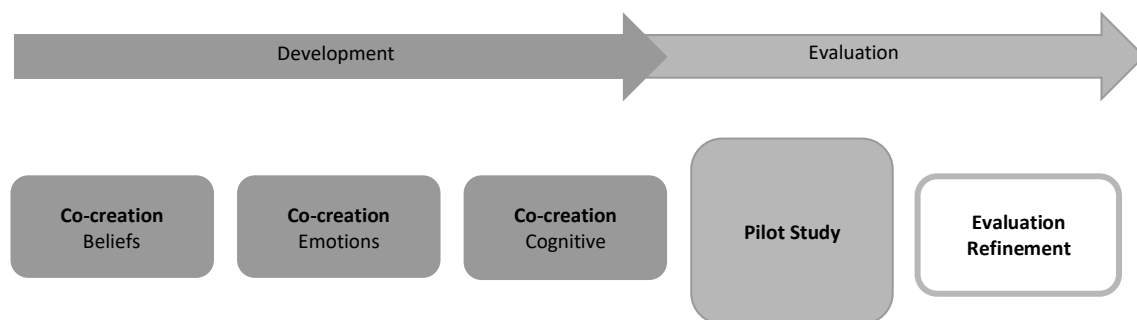
Methods

This study presents the development of the Program Intergenerational PIN into two

main stages: the programme development phase and the evaluation phase. During the development phase, we opted for a method of co-designing the sessions, considering the content to be worked on - beliefs, emotions and cognitive enrichment. After this moment of co-creation, we moved on to the pilot study, which was followed by a moment of evaluation and refinement of the programme (Figure 1).

Figure 1.

An overview timeline.



Development of the intervention program

Overview

Many interventions are developed using a deficit-based method, where researchers create a general program without considering the specific needs of the participants. However, research has shown that this approach leads to higher dropout rates and lower participation. To address this, a co-creation design process involves actively involving end-users, which includes seniors and children, along with input from the professionals. This collaborative approach aims to customize the program to better suit the target group. Co-creation has gained increasing attention in recent years as a way to improve the effectiveness of interventions, particularly in the field of health promotion, and to reduce dropout rates (Canedo-García ET AL.,2017; Greenhalgh et al., 2016; Leasket al., 2019). In this project the co-creation was carried out in three sessions, focussed on changing beliefs, after this moment of co-creation, we moved on to the pilot study, with three sessions on emotions and four sessions of cognitive enrichment. At the end of each session, the participants were asked to tell us what their favorite activities were and their expectations for the next session, what games or activities they wanted to play or teach, and on the basis of this information, the next session was organized.

Program Implementation

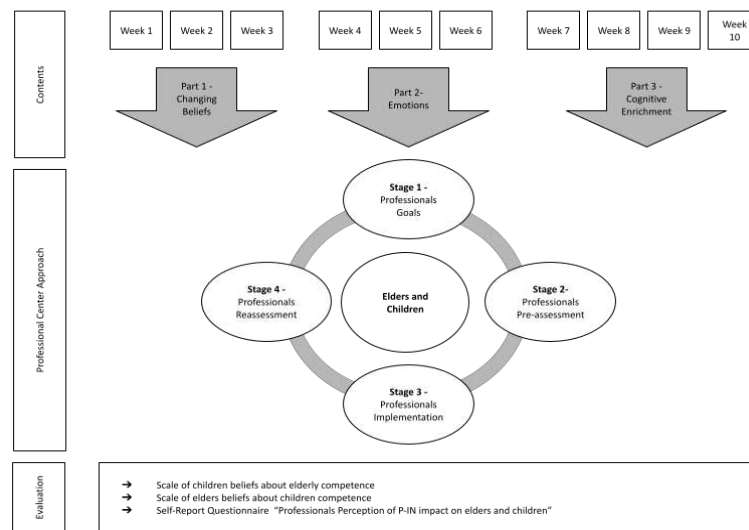
The intervention program was developed based on previous studies about psychological intergenerational intervention programs. We based our work on the Behavior Change Wheel model (BCW) as well as in the proposals derived from the studies from Illiano et al. (2022).

The Behavior Change Wheel (BCW) is a comprehensive theoretical framework that guides the development of health interventions through eight systematic steps - Step 1: Define the Problem, Step 2: Select Target Behavior, Step 3: Specify Target Behavior, Step 4: What needs to change?, Step 5: Intervention Functions, Step 6: Categories of action, Step 7: Behavior Change Techniques (BCTs), and Step 8: Mode of Delivery. It commences by precisely defining the behavioral issue, followed by selecting and specifying the target behavior. Steps 4 through 8 entail a collaborative process with participants, encompassing an understanding of determinants influencing behavior change (capability, opportunity, motivation), selecting intervention functions, identifying supportive policy categories, choosing behavior change techniques (BCTs), and determining practical delivery strategies for the selected BCTs. This structured approach offers a systematic and thorough method for designing effective interventions that address complex health behavior challenges. The BCW considers a wide range of factors influencing behavior and provides a comprehensive process for developing interventions that lead to meaningful change.

Our approach was based on this model but adapted for specific areas identified as areas of need for intergenerational intervention with Portuguese children and elders: Beliefs, Emotions and Cognitive Enrichment.

Figure 2

implementation model for this programme.



Co-creation Trajectory

Development of the Intergenerational movement program. The co-creation was done across all the phases of the project (Figure 3), and supported in a Co-creation and Feedback Checklist (CFC), that addressed specific objectives in each session, as we describe bellow.

Session 1: Many children and elderly people do not usually have contact with each other, they have idiosyncratic beliefs about what they can do together, so in this first step "Define the Problem" we start by mapping the beliefs and the target behaviours and attitudes to be worked on in the following steps.

Session 2: After gathering beliefs, we move on to step 2 "Select Target Behaviour". In our case, these are the beliefs about the competences of both age groups in relation to each other. In this session the aim was to start changing beliefs through mutual knowledge activities. Elderly-child pairs were created and mini intra-pair interviews were encouraged in order to acquire as much information as possible about their new friend.

Session 3: "Specify Target Behaviour" This session focused on expressing positive attitudes towards others through physical, emotional and cognitive knowledge games. After the third session, it was decided which psychological components would be

addressed in the intervention and how they would be presented and worked on. Here the Intervention Functions were assessed, the Behaviour Change Techniques (BCTs) were defined and the Mode of Delivery was developed.

Session 4: "What needs to change?" In order to change one's beliefs, one needs to know about oneself. This session sought to deepen personal self-knowledge about emotions and behaviours in interaction with the other age group. Self-knowledge activities were used, which were carried out by the elderly-child pairs together.

Session 5: With the results obtained in the previous session, it was concluded that there was a need to work on the expression of emotions, which was the aim of the fifth session. Work was done on communicating and expressing emotions (poems, drawings, dramatizations...).

Session 6: In this session, they again worked on emotions and self-awareness, this time together with their peers in order to assess their emotional literacy, using stories, dramatization, body expression, facial expression, games, music, physical movement, dance, painting, drawing and conversation (using guidelines).

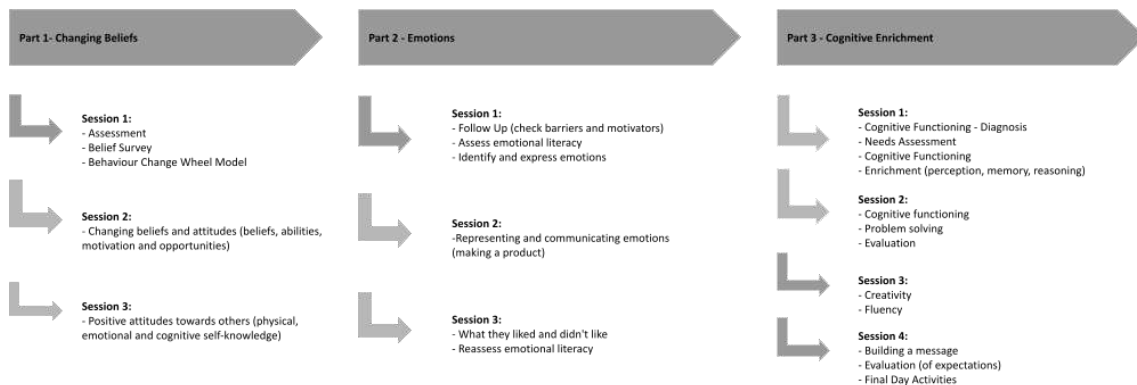
Session 7, 8 and 9: At this stage of the project, work began on the cognitive level. A needs assessment was carried out, also based on the participants' initial evaluation, and points to work on were established. During these three sessions, cognitive functioning, problem-solving and creativity were worked on, using games, music, physical movement, dance, painting, drawing and conversation (using guidelines).

Session 10: The last session was a final activity where it was possible to evaluate the expectations and objectives that had been met and to foster the bond created between each pair and in the group in general.

All the sessions followed the same general structure, starting with an icebreaker activity and preparation of the content to be worked on in the session. Once the initial moment was over, the programmed activities began, ending the sessions with moments of physical activity together and the collection of information through the Co-creation and Feedback Checklist.

Figure 3

Summary description of P-IN sessions



Pilot Study

Design

This study employed an intervention design based in pre-test, intervention, and post-test phases, without the inclusion of a control group. To acquire a more profound insight into the beliefs and customs of a particular group of participants, the research utilized a qualitative framework rooted in the principles of phenomenology and hermeneutics, as outlined by Fuster (2019). The investigation adhered to Fuster's (2019) suggested four-stage method, which encompassed gaining a thorough comprehension of the significance attributed to the subject matter, elucidating the viewpoints of the research team, gathering data from the participants, and recording this firsthand experience in written format.

Participants

After contacting the institutions (senior residence and pre-school) that agreed to collaborate in the study, participants were selected according to age and cognitive functionality criteria (performance on a cognitive task of performance $\geq$ 15th percentile).

Children

Twenty-four children took part in the project, one of whom didn't finish due to health reasons (N=23). These children were aged between 5 and 6, 14 (60.9%) being 5 years old. In terms of gender, the sample was made up of 15 (60.9%) males. As far as the household is concerned, these children mostly live with their fathers, mothers and

siblings, with only two also living with their grandparents. The number of siblings varies between 0 and 4, with the majority having only 1 sibling (56.5%).

Elders

A total of 30 seniors were assessed prior to the start of the project and the project ended with only 18 seniors due to health-related problems. At the first assessment point, 30 seniors were interviewed, 19 (61.3%) of whom were female. Their ages ranged from 72 to 95 (mean=85; median=86). With regard to year of schooling, 14 (45.2%) had attended up to the fourth year of schooling, which was the highest level of schooling attended by the participants, while 4 (12.9%) did not attend school. With regard to marital status, 21 (67.7%) of the participants were widowed. When asked which family members they had frequent contact with, 20 (64.5%) mentioned immediate family members, 3 (9.7%) mentioned distant family members and 7 (22.6%) said they had frequent contact with both immediate and distant family members.

At the second assessment point, 18 seniors were interviewed, 11 (35.5%) of whom were female. Their ages ranged from 78 to 95 (mean=87.63; median=88). With regard to year of schooling, 7 (22.6%) had attended up to the fourth year of schooling, which was the highest level of schooling attended by the participants, while 4 (12.9%) did not attend school. With regard to marital status, 12 (38.7%) of the participants were widowed. When asked which family members they had frequent contact with, 10 (32.3%) mentioned immediate family members, 1 (3.2%) mentioned distant family members and 7 (22.6%) said they had frequent contact with both immediate and distant family members.

Professionals

Four professionals took part in this project, two kindergarten educators and two technicians from the senior residence.

Procedures

This study was authorized by the Ethics Committee of the University of Évora. In order to ensure ethical compliance, informed consent was obtained from participants prior to

the initiation of the program. Following this, an initial assessment was conducted using a predefined protocol incorporating various assessment instruments. It should be noted that there were no conflicts of interest involved in the study. Following the completion of all sessions, a final assessment phase was initiated, consisting of a follow-up interview and the administration of relevant questionnaires. This phase was crucial in evaluating the overall effectiveness of the program.

Instruments

Three research instruments were used, all qualitative in nature.

The "*Scale of Children's beliefs about elderly competence*" (SCBEC) was used to measure the children's beliefs about the competence of elderly people. It consists of three open questions: 1) "What would you like to do with a senior?"; 2) "What can you teach a senior?"; and 3) "What do you think a senior can teach you?".

The *Scale of elders' beliefs about children's competence* (SEBCC) was used to measure the elders' beliefs about the competence of children. It consists of three open questions: 1) "What activities would you like to engage in with children?"; 2) "What can you teach to a child?"; and 3) "What do you believe young people can teach you?".

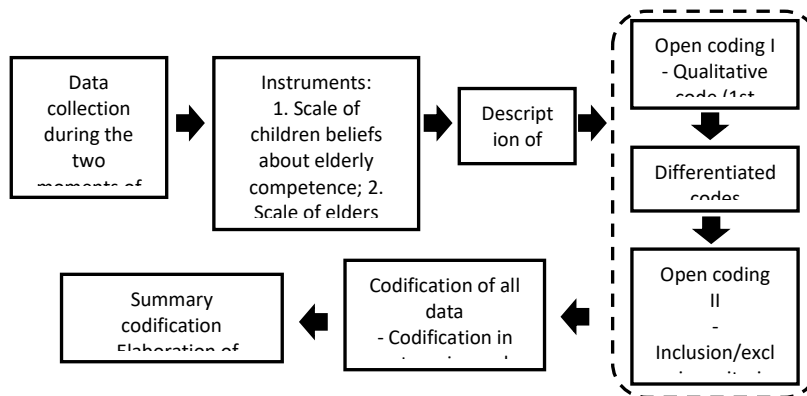
We also use a *Self-Report Questionnaire - "Professionals Perception of P-IN impact on elders and children"* (SRQ-PPI) professionals' perceived impact of the intervention on children and seniors. In this report the professionals wrote the most positive and most negative aspects of the intervention to each one of the participants.

Data were analyzed using a qualitative approach. The data collected from the SCBEC, SEBCC and SRQ-PPI were analyzed using content analysis and responded to the phases of content analysis of the phenomenological-hermeneutic method. First, successive readings were made of the entire corpus and then, preliminary coding was done for each actor in order to have a manageable subset of data (Fuster, 2019). To do this, we organized the information around the themes of the interviews, and the self-reported questionnaire, respectively and assigned emergent codes within each theme (See figure 4). To guarantee the validity and consistency of the analysis, the preliminary coding was made by three educational experts (with PhD in Sciences of education and/or Psychology of Education, and training in teachers coaching) separately, and after they compared coding and organize a final code to each theme by consensus or 85% of

accordance.

Figure 4.

Diagram of the Methodology of P-IN Development



Data Analysis

In this study, we categorize the beliefs into two main groups: positive and negative. Negative beliefs encompass a lack of knowledge about potential activities involving older individuals, as well as beliefs infused with a sense of hopelessness regarding one's ability to engage with seniors. Positive beliefs signify an anticipation and willingness to partake in enjoyable, active, creative, and social pursuits alongside older individuals. These positive beliefs can be further subdivided into seven distinct categories: (1) play and games, (2) arts, (3) music, (4) sport, (5) memory, learning, and cognitive activities, (6) interactions with animals, and (7) Modern things and technology.

Children

First evaluation moment (M1)

A content analysis was carried out on the answers given by the children to the three questions relating to their beliefs about senior citizens (Table 1).

For the first question "What would you like to do with a senior?" (C3), it was possible to record 1 answer representing a negative belief and 28 associated with positive beliefs, totalling 29 recording units. With regard to positive beliefs, it was possible to see 12 (42,86%) recording units in the subcategory "Play and games".

For the question "What can you teach a senior?" (C4), it was possible to record 8 answers representing a negative belief and 21 associated with positive beliefs, totalling 29

recording units. In this question, the subcategory of positive beliefs with the most recording units was “memory, learning and cognitive games”, with 7 (33.33%) recording units.

As for the question "What do you think a senior can teach you?" (C5), it was possible to record 12 answers representing a negative belief and 15 associated with positive beliefs, totalling 27 recording units. With regard to positive beliefs, the subcategories with the most recording units were "memory, learning and cognitive games" and "animals", with 4 (26.67%) recording units each.

Second evaluation moment (M1)

On the second moment of evaluation, the same questions about beliefs and content analysis were made (Table 1). For the first question "What would you like to do with a senior?" (C3), we didn't record any answer representing negative beliefs. On the other hand, 30 answers associated with positive beliefs were registered. Of these 30, 14 (38.89%) belong to the "Play and Games" category and 9 (25%) to the "sports" category. For the question "What can you teach a senior?" (C4), it was possible to record just 1 answer representing a negative belief and 25 associated with positive beliefs, totaling 26 recording units. In this question, the subcategory of positive beliefs with the most recording units was "Arts and music", with 13 (39.39%) recording units.

As for the question "What do you think a senior can teach you?" (C5), it was possible to record 4 answers representing a negative belief and 22 associated with positive beliefs, totaling 26 recording units. With regard to positive beliefs, the subcategories with the most recording units was "memory, learning and cognitive games", with 13 (37.14%) recording units.

Table 1.

Content analysis of the beliefs of children about senior citizens.

Subcategories	C3				C4				C5			
	M1		M2		M1		M2		M1		M2	
	F	F(%)	F	F(%)	F	F(%)	F	F(%)	F	F(%)	F	F(%)
Play and Games	12	42.86	14	38.89	3	14.29	3	9.09	3	20.00	6	17.14
Arts and music	3	10.71	6	16.67	5	23.81	13	39.39	3	20.00	6	17.14
Motor Activity and Sports	7	25.00	9	25.00	5	23.81	5	15.15	1	6.67	2	5.71
Memory, Learning, and Cognitive Activities	4	14.29	3	8.33	7	33.33	8	24.24	4	26.67	13	37.14
Nature and Animals	1	3.57	1	2.78	1	4.76	1	3.03	4	26.67	3	8.57
Communication, Empathy and Affection	1	3.57	3	8.33	0	0.00	3	9.09	0	0.00	5	14.29
Total	28	100	36	100	21	100	33	100	15	100	35	100

Elders

First Moment of evaluation (M1)

Regarding the elderly participants, a similar process was undertaken. An analysis of the responses provided by the elders to the three questions pertaining to their beliefs about children was conducted (see Table 2).

For the initial query, "What activities would you like to engage in with children?" (E4c), 3 responses were recorded reflecting a negative belief, while 55 were aligned with positive beliefs, totaling 58 recorded instances. Within the realm of positive beliefs, the subcategory "Play and games" stood out with the highest number of recorded instances, totaling 24 (43.64%).

In the case of the question, "What can you teach to a child?" (E5c), 4 responses were recorded indicating a negative belief, contrasted with 56 associated with positive beliefs, summing up to 60 recorded instances. Within this question, the subcategory of positive beliefs exhibiting the highest number of recorded instances was "memory, learning, and cognitive games", accounting for 15 (26.79%) recorded instances.

As for the query, "What do you believe young people can teach you?" (E6c), 4 responses reflecting a negative belief were recorded, while 41 were aligned with positive beliefs, totaling 45 recorded instances. In terms of positive beliefs, the subcategory with the most recorded instances was "Modern things and technology", comprising 15 (36.59%) recorded instances.

Second evaluation moment (M2)

During the second evaluation phase, we revisited the same set of questions regarding beliefs, and conducted a content analysis (see Table 2).

For the initial question, "What activities would you like to engage in with children?" (E4c), 3 responses were recorded reflecting a negative belief, while 39 were aligned with positive beliefs, totaling 42 recorded units. Among these, the categories "Play and Games", "Arts and music", "Motor Activity and Sports" and "Memory, Learning, and Cognitive Activities" had 7 (17.95%) recording units each.

Regarding the query, "What can you teach to a child?" (E5c), 4 responses reflecting a negative belief were recorded, while 30 were associated with positive beliefs, resulting in a total of 34 recorded units. Within this question, the subcategory of positive beliefs with the highest number of recorded instances was "Communication, Empathy and Affection", accounting for 14 (46.64%) units.

As for the inquiry, "What do you believe young people can teach you?" (E6c), we recorded 3 responses reflecting negative beliefs, alongside 24 aligned with positive beliefs, totaling 27 recorded instances. In terms of positive beliefs, the subcategories with the most recorded unit were "Arts and music", "Memory, Learning, and Cognitive Activities" and "Communication, Empathy and Affection", with 6 (25%) recording units each.

Table 2

Content analysis of the beliefs of elders about children.

Subcategories	E4c				E5c				E6c			
	M1		M2		M1		M2		M1		M2	
	F	F(%)	F	F(%)	F	F(%)	F	F(%)	F	F(%)	F	F(%)
Play and Games	24	43,64	7	17,95	7	12,50	1	3,33	6	14,63	5	20,83
Arts and music	6	10,91	7	17,95	8	14,29	4	13,33	4	9,76	6	25,00
Motor Activity and Sports	10	18,18	7	17,95	5	8,93	0	0,00	4	9,76	0	0,00
Memory, Learning, and Cognitive Activities	6	10,91	7	17,95	15	26,79	8	26,67	9	21,95	6	25,00
Nature and Animals	0	0,00	3	7,69	7	12,50	3	10,00	0	0,00	0	0,00
Communication, Empathy and Affection	8	14,55	5	12,82	14	25,00	14	46,67	3	7,32	6	25,00
Modern things and technology	1	1,82	3	7,69	0	0,00	0	0,00	15	36,59	1	4,17
Total	55	1000	39	100	56	100	30	100	41	100	24	100

Professionals' Perception of Impact

Following the completion of the project's final phase, a project evaluation questionnaire was administered to the involved technicians, including educators and nursing home staff. This questionnaire aimed to solicit their perspectives on the intervention's most positive and negative aspects for each participant. Subsequently, this information was subjected to content analysis (See Figure 5).

Concerning the most positive aspects observed in children, we categorized them into two groups: "Positive Emotions" and "Coexistence and Interpersonal Relations", yielding 17 (40.48%) and 25 (59.52%) recorded instances respectively.

For seniors, the most positive aspects identified were classified into the categories of "Positive Emotions", accounting for 8 (35%) recorded instances, "Coexistence and Interpersonal Relations", comprising 10 (40%) recorded instances, and "Sense of Utility", with 6 (25%) recorded instances.

As for the most negative aspects experienced by the children, educators reported concerns related to "Anxiety and Shyness", which amounted to 3 (10.71%) recorded instances, and "Health-Related Conditions", which constituted 25 (89.29%) recorded instances.

In the case of seniors, the most negative aspects noted by the professionals were segregated into two categories: "Apathy and Demotivation", accounting for 19 (44.44%) recorded instances, and "Health-Related Conditions", totaling 24 (55.56%) recorded instances.

Figure 5

Professionals impact evaluation of the project

Most positive aspects					
Children			Elders		
Categories	Frequency	%	Categories	Frequency	%
Positive emotions	17	40.48%	Positive emotions	8	35%
Coexistence and Interpersonal Relations	25	59.52%	Coexistence and Interpersonal Relations	10	40%
Total	42	100%	Sense of Utility	6	25%
			Total	24	100%
Most Negative Aspects					
Children			Elders		
Categories	Frequency	%	Categories	Frequency	%
Anxiety and shyness	3	10.71%	Apathy and demotivation	19	44.44%
Health-related conditions	25	89.29%	Health-related conditions	24	55.56%
Total	28	100%	Total	43	100%

Discussion

The empirical findings strongly align with the theoretical framework discussed earlier. The positive shift in beliefs observed in both children and elderly participants signifies an encouraging trend in intergenerational perceptions. This evolution is in line with the understanding that aging is a multidimensional process, encompassing biological, psychological, and social dimensions. The data reflects a growing recognition of the diverse capabilities and contributions that individuals from different age groups can bring to intergenerational interactions. The findings regarding children's beliefs about seniors and elders' beliefs about children provide valuable insights into the dynamics of intergenerational interactions in the context of population aging and the changing demographic landscape, as highlighted in the introduction. These insights are particularly relevant given the global trend of accelerated population aging and the specific case of Portugal, where the aging index is steadily increasing (INE, 2023).

Children's Beliefs:

The positive shift in children's beliefs about seniors, as indicated by the increase in positive responses in M2, is encouraging, especially in a society where an increasing proportion of the population is reaching older ages (INE, 2023). This positive change suggests that intergenerational programs and initiatives may be effective in shaping children's perceptions and combating negative stereotypes associated with aging.

Moreover, the continued significance of the subcategory "memory, learning, and cognitive games" in both evaluation moments underscores the potential for intellectual exchange between generations (WHO, 2022). In an aging society, this type of knowledge transfer can be particularly valuable in promoting cognitive preservation and well-being. The emergence of "Arts and music" as a prominent positive belief in M2 aligns with the idea of promoting a healthy lifestyle through creative engagement, as a means to mitigate the adverse effects of aging (Benavente, 2020).

The reduction in negative beliefs between M1 and M2 is a positive trend, reflecting an opportunity to shape more positive views about seniors among children (WHO, 2022). This shift could be attributed to the exposure children have to seniors as active and knowledgeable individuals through intergenerational programs.

Elders' Beliefs:

Elders' evolving beliefs about children also reveal promising trends, particularly in a society with an increasing aging index (INE, 2023). The transition from a focus on "Play and games" in M1 to a more diverse range of activities in M2 indicates that elders are adapting to the changing interests of younger generations. This adaptability is crucial in promoting positive intergenerational relationships and aligns with the concept of active and healthy aging (WHO, 2022).

The shift from emphasizing "memory, learning, and cognitive games" to "Communication, Empathy, and Affection" highlights the recognition of the emotional and social dimensions of teaching. In an aging society, where the emotional well-being of older individuals is a critical concern, this shift indicates that elders value the quality of their relationships with younger generations (WHO, 2022).

The consistent belief that young people can teach about "Modern things and technology" is in line with the idea that a longer life offers opportunities for continued education and new career pursuits (WHO, 2022). This belief underscores the importance of technological knowledge in today's digital age and the potential for mutual learning between generations.

However, the persistence of a small number of negative beliefs among elders is a concern that necessitates further exploration (Bressan Valentini et al., 2010). Understanding the nature of these reservations is vital to ensure that intergenerational

interactions can be as positive and beneficial as possible.

Overall, the data suggests a positive evolution in the beliefs of elderly participants about children, with a broader range of activities and teaching preferences emerging in the second evaluation moment. This information can inform the development of more effective intergenerational programs and initiatives.

Conclusion

To conclude we could point out that the data reveals a notable positive shift in the beliefs of both children and elderly participants regarding their perceptions of each other across two evaluation moments. In the initial assessment, children exhibited predominantly positive beliefs, expressing a strong inclination towards engaging in playful activities with seniors and recognizing the potential for cognitive and memory-based interactions. Concurrently, the elderly participants demonstrated a keen interest in sharing their knowledge, particularly in the realms of memory, learning, and cognitive games, with a notable emphasis on modern technology (Greenfield & Greenfield, 2021; Hertzog et al., 2009).

However, in the subsequent evaluation, both age groups displayed a broadening of interests and preferences. Children expressed a desire for a more diverse range of activities with seniors, including sports, arts, and cognitive engagement. Simultaneously, the elderly participants highlighted the importance of communication, empathy, and affection in teaching children, indicating a nuanced understanding of the emotional dimensions of intergenerational interactions. These findings underscore the value of tailored intergenerational programs that facilitate a wide array of activities and foster meaningful exchanges between generations (Canedo-García et al., 2017; Kuiper et al., 2015).

Furthermore, the significance of optimism and hope in promoting mental and emotional health among older individuals cannot be overstated. Maintaining a positive outlook on life and nurturing a sense of hope can significantly contribute to successful psychological aging and overall life satisfaction (Carstensen et al., 2011; Canedo-García et al., 2017). The evolving landscape of beliefs presented in this study signifies a promising foundation for the cultivation of enriching intergenerational relationships. It is essential to continue advancing intergenerational programs, tailoring them to the evolving beliefs and

preferences of both children and elderly participants, and addressing any persisting negative beliefs to ensure the continued success of such initiatives in an aging society.

Bibliographic References

- Benavente, R. & Paulino, M. (2020). *Intervenção Psicológica em Gerontologia*. Pactor
- Bishop, N. A., & Lu, T. (2010). Aging and autophagy in the central nervous system. *Autophagy*, 6(2), 261-263. DOI: 10.4161/auto.6.2.11010
- Canedo-García A, García-Sánchez J-N and Pacheco-Sanz D-I (2017) A Systematic Review of the Effectiveness of Intergenerational Programs. *Front. Psychol.* 8:1882. doi:10.3389/fpsyg.2017.01882
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K. P., & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Chopik, W. J., Kim, E. S., & Smith, J. (2020). Changes in optimism are associated with changes in health over time among older adults. *Social Psychological and Personality Science*, 11(5), 648-659. DOI: 10.1177/1948550619847526
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Greenfield, E. A., & Greenfield, P. M. (2021). Grandparenting and well-being: How socio-structural factors moderate the grandparent-grandchild relationship. *Frontiers in Sociology*, 6, 640697. DOI: 10.3389/fsoc.2021.640697
- Hertzog, C., Kramer, A. F., Wilson, R. S., & Lindenberger, U. (2009). Enrichment effects on adult cognitive development: Can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? *Psychological Science in the Public Interest*, 9(1), 1-65. DOI: 10.1111/j.1539-6053.2009.01034.x
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Envelhecimento da população em Portugal [Population Aging in Portugal]*. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=594879758&DESTAQUESmodo=2
- Kennedy, B. K., Berger, S. L., Brunet, A., Campisi, J., Cuervo, A. M., Epel, E. S., ... & Sierra,

- F. (2014). Geroscience: linking aging to chronic disease. *Cell*, 159(4), 709-713. DOI: 10.1016/j.cell.2014.10.039
- Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude Voshaar, R. C., Zuidema, S. U., van den Heuvel, E. R., Stolk, R. P., Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Research Reviews*, 22, 39-57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>
- Loprinzi, P. D., Crush, E. A., & Joyner, C. (2018). Joint associations of objectively-measured sedentary behavior and physical activity with cognitive function among older adults. *Preventive Medicine Reports*, 10, 12-15. DOI: 10.1016/j.pmedr.2018.03.007
- Schroots, J. J. F., & Birren, J. E. (1980). Introduction to the Psychology of Aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 3-22). Elsevier.
- World Health Organization. (2022). *Active aging: A policy framework*. Retrieved from [<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>]

“The authors declare that there is no conflict of interest.”

Título completo do manuscrito: Literacia em saúde sobre VIH/SIDA na população idosa

Título resumido do manuscrito: Literacia sobre VIH/SIDA

António Manuel Almeida Tavares Sequeira

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

ORCID: 0000-0002-0625-0321

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

ORCID - 0000-0001-7478-9567

Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira

Enfermeira na Unidade Local de Saúde da Guarda

ORCID: 0000-0002-4147-4849

Resumo

A prevalência das doenças crónicas tem aumentado significativamente e a síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) não é exceção, sendo a promoção de literacia em saúde nos idosos essencial para que se minimize o risco de contaminação por VIH. Este estudo pretendeu avaliar o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos e verificar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o nível de literacia em saúde sobre o VIH/Sida dos idosos. Trata-se de um estudo não experimental, transversal, descritivo-correlacional e quantitativo com a participação de 350 idosos, utentes de uma UCSP da região centro.

A maioria da amostra é do género feminino (66,3%), com uma média de idade de $72,17 \pm 6,31$ anos. Em termos de literacia 43,7% da amostra revela fraca literacia; 32,9% moderada, 12,0% boa e 11,4% elevada.

Verifica-se que a idade, as habilitações académicas e a zona de residência apresentam relevância estatisticamente significativa, tendo-se apurado que os idosos com idade ≥ 65 anos ($p=0,000$), com o ensino superior ($p=0,000$) e residentes em meio urbano ($p=0,000$) revelam mais literacia sobre o VIH/SIDA.

Emerge a necessidade de desenvolvimento e implementação de programas de educação para a saúde, que versem a temática do VIH/SIDA, abordando questões relacionadas com a transmissão e sintomatologia, não descurando a prevenção, com destaque para as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Palavras-chave: literacia em saúde, síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA), idosos, enfermagem comunitária e de saúde pública.

Introdução

A população mundial está em crescente envelhecimento devido ao aumento da expectativa de vida e à queda na taxa de fertilidade (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2016), verificando-se também, um aumento considerável do número de pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), com 50 ou mais anos. Neste sentido, Nasi, De Biasi, Gibellini et al., (2017) e Autenrieth, Beck, Stelzle et al. (2018), referem ser uma necessidade investir na formação dos idosos acerca da síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA), para que estes não fiquem tão expostos e vulneráveis à doença.

A literacia em saúde tem sido especificada como um item que aumenta os anos de vida e a qualidade de vida das pessoas, o que implica que os profissionais de saúde, no caso o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, disponha de habilidades clínicas e de comunicação, bem como de um mecanismo decisório que potencie o envolvimento das pessoas no campo da saúde (Fevziye & Çetinkaya, 2016).

A literacia em saúde pode ser definida como a capacidade cognitiva e social que determina a motivação e a habilidade dos indivíduos em compreender e usar a informação com o intuito de promover e manter uma saúde ótima. Implica o atingir de um nível de conhecimento e confiança para a tomada de decisão, tendo como objetivo a melhoria da saúde pública e individual, com base na mudança de comportamentos e estilos de vida (WHO, 2009).

Para Chesser, Woods, Smothers e Rogers (2016) a literacia em saúde traduz o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações e

serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas. Os mesmos autores sugerem que baixos níveis de literacia em saúde são preditores de resultados de saúde diminutos. O *status* socioeconómico, a idade, a raça, a cognição e o nível de escolaridade são considerados fatores determinantes da literacia em saúde, sendo a idade um dos mais altos correlatos de baixa literacia em saúde.

Para Lopes & Almeida (2022), Literacia em Saúde resulta de um processo baseado em competências que os indivíduos podem utilizar para identificar e transformar a informação do conhecimento à ação. Assim, não se trata somente do conhecimento que as pessoas obtêm, mas mais importante, de que forma este conhecimento as afeta e de que forma este conhecimento lhes permite agir para manter e promover a sua saúde.

A SIDA consiste numa patologia infecciosa pandémica que tem como agente etiológico o VIH, comprometendo o funcionamento do sistema imunológico, tornando mais suscetível o corpo humano a doenças oportunistas (Ribeiro & Pessanha, 2016). De acordo com os mesmos autores, esta é a fase terminal da infeção, sendo caracterizada por um longo período assintomático, com uma duração que pode variar entre meses a anos.

Devido aos baixos níveis de literacia em saúde e aos comportamentos de risco associados à transmissão do VIH/SIDA, existem vários equívocos e mitos atribuídos às crenças e práticas culturais convencionais. A estigmatização relacionada com o VIH/SIDA destaca não apenas lacunas no conhecimento geral sobre a doença, mas também atitudes negativas e inaceitáveis em relação às pessoas que estão infetadas. Tais comportamentos discriminatórios inibem as pessoas de ter acesso às opções disponíveis de prevenção e tratamento, devido ao receio elevado de serem estigmatizadas (Ekstrand, Bharat, Ramakrishna & Heylen, 2012). A literatura revela que o conhecimento impreciso sobre a transmissão do VIH/SIDA contribui para as atitudes estigmatizantes e negativas da população em geral face à pessoa com a doença, limitando assim o apoio social e o acesso aos serviços de saúde (Hazarika, 2010; Khan, Bilal & Siddiqui, 2017).

Os baixos níveis de literacia em relação ao VIH/SIDA na população idosa torna-a mais vulnerável à própria doença. A participação de pessoas idosas, familiares e comunidade nas ações de educação para a saúde pode ser um método efetivo, possibilitando a partilha de informações e a concretização de práticas favoráveis à saúde e ao bem-estar. Quando desenvolvidas de forma construtiva, com a participação conjunta das pessoas

envolvidas, as ações de educação para a saúde podem resultar na autonomia, em práticas de autocuidado e, sobretudo, na promoção da saúde (Gautério, Vidal, Barlem & Santos, 2013).

Assim, a promoção da literacia em saúde na população idosa configura-se como uma relevante oportunidade e desafio da saúde pública, na medida em que a assistência centrada na pessoa implica que as informações e os recursos sejam adaptados ao entendimento individual, sendo desejável que as pessoas tomem decisões importantes sobre a prevenção, o rastreio e tratamento de doenças com base nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde. No caso específico Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária é importante que ajudem as pessoas na tomada de decisão sobre os seus cuidados de saúde, assumindo-se especialmente importante no cenário do VIH/SIDA, com maior intervenção junto dos idosos. Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos:

- i. Avaliar qual o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro;
- ii. Verificar se as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro.

Métodos

Tipo de estudo

O presente estudo é de natureza não-experimental, de natureza quantitativa, transversal e de carácter descritivo-correlacional.

População e amostra

Para este estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por idosos, utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro. Tendo em conta o efetivo da população, para um nível de confiança de 95%, o erro cometido situa-se acima dos 5.0%, obtendo-se uma amostra de 364 idosos. No entanto, há a salvaguardar que dos 364 inquéritos aplicados, 14 foram anulados por estarem mal preenchidos, ficando a amostra final constituída por 350

idosos. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 65 anos, saber ler e escrever; o utente apresentar aptidões cognitivas para o preenchimento do questionário.

Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados resultou da aplicação de um protocolo de avaliação, que integra, na secção I, um questionário *ad hoc* (elaborado para o efeito), que permite a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, apresentando 6 questões concernentes à idade, género, estado civil, habilitações académicas, profissão e zona de residência. A secção II integra uma escala que foi elaborada pelos investigadores, de modo a avaliar a literacia sobre o VIH/SIDA, que se denominou Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA, constituída por 42 itens, com duas opções de resposta adaptadas no formato de escala tipo *Lickert* (pontuação de 1 – falsa; 2 - verdadeira) e que possibilitasse identificar o nível de literacia dos idosos sobre o VIH/SIDA, validada para o efeito. Assim, no conjunto de 42 itens: 27 são falsas (itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 33, 36, 37, 38, 39, 40 e 41) e 15 verdadeiras (itens 4, 8, 11, 15, 16, 18, 22, 23, 27, 30, 31, 32, 34, 35 e 42). O *score* total foi obtido pela soma da pontuação em todos os itens, ou seja, varia entre 42 e 84, onde os maiores valores indicam um nível mais elevado de literacia sobre o VIH/SIDA. Esta secção contém ainda 5 questões que permitem recolher informações sobre o conhecimento que os idosos têm sobre: quais as populações de maior risco de contrair VIH (questão fechada com 8 opções de resposta); conhecimento do teste rápido para VIH (questão fechada, dicotómica “Sim/Não”); se os idosos já realizaram alguma vez o teste (questão fechada dicotómica Sim/Não e 2 itens de resposta aberta relativos ao número de vezes que fez o teste e há quanto tempo); se têm facilidade de acesso a informação sobre VIH/SIDA (questão fechada, dicotómica “Sim/Não”) e, em caso afirmativo, em que fontes (questão fechada com 5 opções de resposta, tais como, internet, revistas, figuras, panfletos, médico(a) e enfermeiro(a)).

Procedimentos metodológicos

A recolha de dados decorreu entre o dia 27 de março de 2019 a 30 de janeiro de 2020. O tratamento de dados foi efetuado recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Science (IBM® SPSS® Statistics) – versão 25.

Considerações éticas

Foi obtido o consentimento informado no início do estudo, sendo numa decisão livre e esclarecida acerca de todas as implicações e riscos da sua participação. O preenchimento do instrumento de recolha de dados foi realizado em gabinete, garantindo o autopreenchimento, sem que pudesse haver influências externas. Foram enviados pedidos de autorização para a recolha de dados, dirigidos ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde e também à Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em causa.

Resultados

Os resultados obtidos permitiram traçar um perfil sociodemográfico e profissional de uma amostra de 350 idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro. As mulheres estão em maioria (66,3%), variando as idades mínima e máxima entre os 65 e os 94 anos. No total da amostra, a média de idade é de $72,17 \pm 6,31$ anos, sendo o grupo mais representativo o dos idosos na faixa etária dos 66-75 anos, representando 68,0% do total da amostra, com 21,4% de homens e 46,6% de mulheres. No que se refere ao estado civil, verifica-se que a grande maioria dos idosos é casado e/ou vive em união de facto (73,4%). Maioritariamente, os idosos estão inativos profissionalmente (79,8%), com 59,7% residentes em meio rural. Estes resultados corroboram o panorama nacional, atendendo a que Portugal, a par da maioria dos países ditos desenvolvidos, tem assistido, nas últimas décadas, a alterações significativas na sua estrutura populacional, traduzidas por modificações da pirâmide etária, aumento da esperança média de vida, assim como aumento da população idosa.

No que se refere ao nível de literacia sobre o VIH/SIDA dos idosos estudados, o valor percentual mais elevado corresponde aos que revelam fraca literacia (43,7%), seguindo-se os que possuem moderada literacia (32,9%), com apenas 12,0% a revelarem boa literacia e 11,4% elevada literacia sobre o VIH/SIDA.

Quanto à perceção dos idosos sobre as populações de maior risco de contrair VIH, apurou-se que a maioria refere serem as prostitutas ($n=289$), seguindo-se os que referiram os toxicodependentes ($n=271$), os homossexuais ($n=244$), as pessoas jovens ($n=183$), havendo 86 idosos a considerarem também todas as pessoas, homens e

mulheres, independentemente da idade. É de realçar que 30 idosos não sabem quais as populações de maior risco para contrair o vírus, 19 referiram ainda as pessoas idosas e 7 consideram os casais heterossexuais (homem e mulher) com relações estáveis.

Constatou-se que apenas 15,0% dos idosos estudados é que consideram ser falso que o VIH pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, aperto de mão. Realça-se que, apesar de se ter registado que 94,8% dos idosos do presente estudo tenham considerado que o uso de preservativos são a melhor proteção contra o VIH, ainda há quem considere que o sexo desprotegido não é um comportamento de risco (2,6%). Uma percentagem significativa de idosos (90,0%) não considerou o sexo oral como um meio de transmissão do VIH, bem como se apurou que 63,6% pensam que o VIH pode ser transmitido através da picada de mosquitos e 67,6% têm a noção de que a SIDA é a causa do VIH. Apesar de 43,4% dos idosos considerarem que o VIH e SIDA são a mesma coisa, uma percentagem expressiva (56,6%) tem uma perceção contrária. É de referir também que apenas 32,9% dos idosos consideram que não se pode contrair VIH ao beijar uma pessoa VIH positiva, enquanto a maioria (67,1%) julgam ser este um meio de transmissão. Há também a ressaltar que 46,9% dos idosos são de opinião que a pessoa com VIH/SIDA deve fazer de tudo para manter o seu estado de saúde em segredo. Estes resultados comprovam a necessidade de se transmitir mais informações aos idosos sobre o VIH/SIDA, como forma de os dotar de mais literacia. Estas evidências têm implicações importantes para futuras intervenções projetadas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, ou seja, estas informações poderão servir de linha de base para o desenvolvimento de programas de intervenção específicos sobre o VIH/SIDA, tendo como população alvo os idosos.

No que se refere a terem conhecimento do teste rápido para VIH, verificou-se que a maioria (65,2%) não tem conhecimento do mesmo, contrariamente a 34,8% que dizem conhecer o referido teste. Quase a totalidade da amostra não realizou o teste rápido para o VIH (94,7%). Todavia, 10,5% dos homens e 2,6% das mulheres já realizaram o teste apenas uma vez, tendo 8 referido que o realizaram há mais de 15 anos, 4 por volta dos 20 anos e 6 dizem que não se lembram.

A maioria dos idosos confirma ter facilidade de acesso a informação sobre o VIH/SIDA (68,8%). No entanto, 31,2% dos idosos afirmam que não têm facilidade de acesso a essa informação. Dos 231 idosos que referiram ter facilidade de acesso a informação sobre o

VIH/SIDA indicaram como fontes de informação, sobretudo, os profissionais de saúde (n=203), seguindo-se a internet (n=112), as revistas (n=88), os panfletos (n=83) e as figuras (n=31).

Procurou-se saber em que medida as variáveis sociodemográficas e profissionais influenciam o nível de literacia acerca do VIH/SIDA, tendo-se aferido que a idade, as habilitações académicas e a zona de residência foram variáveis com relevância estatisticamente significativa. Assim, constatou-se que os idosos com 65 anos de idade ($p=0,000$), com o ensino superior ($p=0,000$) e residentes em meio urbano ($p=0,000$) revelam mais literacia sobre o VIH/SIDA.

Discussão

Estes resultados corroboram o afirmado por Gakumo, Enah, Vance, Sahinoglu e Raper (2015), segundo os quais, a literacia em saúde é menor na população idosa e tem sido associada, no caso de idosos com VIH/SIDA, à não adesão aos medicamentos, tratamento e procura de cuidados de saúde. No seu estudo qualitativo, no qual participaram 20 idosos afro-americanos com VIH, residentes na região sudeste dos Estados Unidos da América, 45,0% da população estudada apresentava baixa literacia em saúde. Neste sentido, os mesmos autores sugerem a necessidade de intervenções direcionadas à população idosa infetada ou não pelo VIH, a fim de aumentar o seu nível de literacia sobre a patologia e melhorar a gestão da doença e os resultados ao nível da sua saúde. Gautério et al. (2013), salientam que os baixos níveis de literacia em relação ao VIH/SIDA na população idosa torna-a mais vulnerável à própria doença.

Anokye, Acheampong, Budu-Ainooson, Obeng et al. (2019) relatam que os idosos têm 1/5 de probabilidade de fazer o teste de VIH quando comparados a pessoas em risco na faixa etária dos 20 anos. Salientam que um número significativo de idosos não tem conhecimento do teste rápido para VIH, o que é resultado do facto de não se considerarem uma população de risco e terem baixa literacia sobre o VIH/SIDA.

De acordo com Pereira e Borges (2010), a dificuldade dos profissionais de saúde em falar sobre a sexualidade dos idosos é evidente, pois o conhecimento e o comportamento em relação às infeções sexualmente transmissíveis e VIH/SIDA geralmente são tratados apenas para alguns grupos populacionais específicos, destacando adolescentes e adultos jovens. Por conseguinte, os profissionais de saúde, mais especificamente o

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, pode contribuir para um aumento de literacia em saúde junto das comunidades através de sessões de educação para a saúde, no caso concreto junto da população idosa fornecendo informações claras, compreensíveis, apropriadas, corretas e úteis sobre o VIH/SIDA, rastreios e distribuição de flyers, dotando-os de mais literacia.

Estes resultados comprovam a necessidade de se transmitir mais informações aos idosos sobre o VIH/SIDA, como forma de os dotar de mais literacia. Estas evidências têm implicações importantes para futuras intervenções projetadas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, ou seja, estas informações poderão servir de linha de base para o desenvolvimento de programas de intervenção específicos sobre o VIH/SIDA, tendo como população alvo os idosos.

Em suma, tendo-se em consideração a elevada percentagem de idosos com fraca literacia sobre o VIH/SIDA, há a necessidade de uma maior intervenção da Enfermagem de Saúde Comunitária na promoção da literacia em saúde, com base em programas que abordem os vários conceitos sobre VIH/SIDA, no esclarecimento acerca das vias de transmissão e prevenção e na sintomatologia associada ao diagnóstico. Além disso, a Enfermagem de Saúde Comunitária deve colaborar com vários intervenientes-chave para promover a literacia relacionada com o VIH/SIDA junto da população idosa.

Conclusão

A literatura mostra que a infeção pelo VIH/SIDA na população idosa está a aumentar, sugerindo-se investimento na divulgação de conhecimento/informação a respeito da patologia. Fica claro que é necessário investir-se mais em termos de promoção da saúde, através do desenvolvimento de campanhas educativas para dissipar os mitos da infeção pelo vírus e capacitar os idosos, dotando-os, assim, de mais literacia em saúde.

Sugere-se a realização de programas educativos que consistem sobretudo em facultar informação aos idosos, de modo a capacitá-los para melhor gerirem os fatores de risco do VIH/SIDA. Podem ser utilizados recursos como panfletos, materiais audiovisuais, cartazes ou manuais, que demonstram melhorar significativamente os conhecimentos e desenvolver competências nos idosos. Estas intervenções educativas podem variar quanto à duração, ao formato (realizando-se individualmente ou em grupo), à composição (integrando diferentes profissionais) ou quanto ao teor da informação

(aspectos referentes à patologia, às formas de transmissão, às comorbilidades, à prevenção de riscos, ao tratamento, entre outros). Ainda no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, os programas de educação para a saúde podem ser incluídos nas consultas de forma objetiva e programada.

Referências Bibliográficas

- Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E.I. et al. (2019). *Knowledge of HIV/AIDS among older adults (50 years and above) in a peri-urban setting: a descriptive cross-sectional study. I. BMC Geriatrics*, 19 (304), 2-8. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1335-4>
- Autenrieth, C.S., Beck, E.J., Stelzle, D. et al. (2018). *Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: Estimates and projections for 2000–2020. PLOS ONE*; 29, 1-11. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207005>
- Chesser, A.K., Woods, N.K., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). *Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. Gerontology & Geriatric Medicine*; (2), 1–13. DOI: 10.1177/2333721416630492
- Ekstrand, M.L., Bharat, S., Ramakrishna, J., & Heylen, E. (2012). *Blame, symbolic stigma and HIV misconceptions are associated with support for coercive measures in urban India. AIDS Behav.*, 16(3), 700–710. DOI: 10.1007/s10461-011-9888-z
- Fevziye, Y., & Çetinkaya, F. (2016). *The importance of health literacy for community Health. Preventive Medicine Bulletin*, 15(1), 69-74. DOI: 10.5455/pmb.1-1448870518
- Gakumo, C.A., Enah, C.C., Vance, D.E., Sahinoglu, E., & Raper, J.L. (2015). *“Keep it simple”: older African Americans’ preferences for a health literacy intervention in HIV management. Patient Preference and Adherence*, 9, 2017-223. DOI: 10.2147/PPA.S69763
- Gautério, D., Vidal, D., Barlem, J. & Santos, S. (2013). *Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. Revista de Enfermagem Uerj*, 21(esp.2), 824-828. Acedido em https://www.academia.edu/26476778/A%C3%A7%C3%B5es_educativas_do_enfermeiro_para_a_pessoa_idosa_estrat%C3%A9gia_sa%C3%BAdade_da_fam%C3%ADlia_Action_by_nurses_to_educate_older_adults_the_family_health_strate

- Hazarika, I. (2010). *Knowledge, attitude, beliefs and practices in HIV/AIDS in India: identifying the gender and rural–urban differences*. *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*; 3(10), 821-827. [https://doi.org/10.1016/S1995-7645\(10\)60198-8](https://doi.org/10.1016/S1995-7645(10)60198-8)
- Lopes, C. A., & Vaz de Almeida, C. (2022). *Introdução: O papel da Literacia em Saúde na prevenção da doença e na proteção e promoção da saúde*. In C. Lopes & C. Vaz de Almeida (Coords.), *Literacia em saúde na prática – 2022* (pp. 15-27). Edições ISPA [ebook].
- Nasi, M., De Biasi, S., Gibellini, L., Bianchini, E., Pecorini, S., Bacca, V. et al. (2017). *Ageing and inflammation in patients with HIV infection*. *Clinical and Experimental Immunology*; 187, 44–52. pmid:27198731 DOI: 10.1111/cei.12814
- Pereira, G.S., & Borges, C.I. (2010). *Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás*. *Revista Escola Anna Nery*, 14(4), 720-725. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000400010>
- Ribeiro, M., & Pessanha, M. (2016). *O vírus da imunodeficiência humana (VIH): transmissão, diagnóstico, tratamento e epidemiologia*. Instituto Politécnico de Bragança (Ed.), *I Congresso Nacional de Ciências Biomédicas Laboratoriais: Livro de Resumos* (pp. 1– 40). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.34681.77929>
- World Health Organization (2009). *Health literacy and health behavior*. Acedido em : <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>
- World Health Organization (2016). *Treat all people living with HIV, offer antiretrovirals as additional prevention choice for people at "substantial" risk*. Acedido em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/hiv-treat-allrecommendation/en/>

“Os autores declaram que não há conflito de interesse.”

Título completo do manuscrito: Meios complementares de diagnóstico e terapêutica de proximidade em Cantanhede: estudo de impacto no ambiente e na sociedade

Título resumido do manuscrito: Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Ana Leonor Jesus

Escola Superior de Tecnologia da Saúde Coimbra, Portugal | analeonorj@gmail.com ORCID: 0009-0007-0351-4989

Luís Carlos Antunes Claro

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Portugal | lclaro@hdcantanhede.min-saude.pt ORCID: 0000-0002-3598-6952

Artur Jorge Dias Carvalhinho

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Portugal | acarvalhinho@hdcantanhede.min-saude.pt ORCID: 0000-0002-1827-4654

Raquel Maria Almeida Marques

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Portugal | rmarques@hdcantanhede.min-saude.pt ORCID: 0000-0002-1594-1634

Resumo

O setor dos serviços de saúde apresenta múltiplos aspetos ambientais que podem resultar em impactos negativos significativos no ambiente e na saúde humana. Aqui, incluem-se as emissões de poluentes de forma direta (por exemplo, através dos resíduos hospitalares gerados) e de forma indireta (como é o caso das emissões de gases com efeito de estufa relativas ao setor dos transportes, tanto por parte dos colaboradores como dos utentes destes serviços, que efetuam centenas de viagens diárias na procura de cuidados médicos, devendo estas ser sempre contabilizadas.

Os veículos movidos a combustível fóssil, durante a sua utilização no quotidiano, são um

dos grandes proporcionadores do aquecimento global e da emissão de poluentes nocivos, que comprometem a saúde de quem está sujeito à sua exposição. É urgente, portanto, adotar medidas que visem a redução e mitigação desta problemática, garantindo a saúde das populações e o equilíbrio dos ecossistemas que as rodeiam.

Assim, com este estudo, procuramos detalhar os impactos do setor da saúde, ambiente e na sociedade, com enfoque na maioria da população abrangida pelo Hospital Arcebispo João Crisóstomo de Cantanhede (idosos e utentes com mobilidade condicionada), com realização de um estudo de caso aplicado a um hospital “amigo dos + velhos”, onde se integram os meios complementares de diagnóstico e terapêutica de proximidade, que são realizados com apoio de um veículo elétrico para deslocação dos prestadores de cuidados às diferentes unidades da área de abrangência.

Destacam-se, ainda, os impactos na sociedade, relacionados com a deslocação de pessoas mais velhas, focando a implementação deste projeto numa perspectiva comunitária abrangente.

Palavras-chave: hospital, sociedade, idosos, ambiente, meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Introdução

O Hospital Arcebispo João Crisóstomo (HAJC), localizado em Cantanhede, é responsável pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, sendo considerado o mais pequeno do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este tem como principal objetivo ser um hospital de proximidade que responde às necessidades dos cidadãos da sua área de influência, nomeadamente a uma população com uma taxa de envelhecimento acentuada e com mobilidade condicionada.

No hospital encontra-se englobado no projeto “Hospital amigo dos + velhos”, que tem como objetivo primordial a valorização da pessoa idosa, pela “promoção da saúde e bem-estar, da independência e autonomia, da mobilidade e da oportunidade para contribuir na comunidade em que se insere”, sendo complementado com os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) de Proximidade, que atuam no sentido da promoção de uma acessibilidade facilitada, comodidade e menores custos suportados pelos utentes, implicando a deslocação de uma equipa de prestação de

cuidados às unidades de saúde da área de residência do utente com a premissa de que este projeto engloba mais-valias ambientais e sociais (Just News, 2021).

De acordo com Karliner et al. (2021), como referido por Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor Geral da World Health Organization, “As instalações do setor de saúde são o coração operacional da prestação de serviços, protegendo a saúde, tratando pacientes e salvando vidas. No entanto, as instalações do setor de saúde também são uma fonte de emissões de carbono, contribuindo para as mudanças climáticas. As instalações do setor de saúde do mundo produzem CO₂ por meio do uso de recursos significativos e equipamentos que consomem muita energia. Isso talvez seja irónico - como profissionais médicos, o nosso compromisso é 'primeiro, não causar danos'. Os locais de cura devem liderar o caminho, não contribuir para o fardo da doença.”

Assim, e tendo como principal interesse as deslocações com utilização de automóveis na procura de cuidados médicos, este estudo irá debruçar-se sobre as emissões de gases, principalmente de CO₂, no setor dos transportes, procurando as mais-valias a nível ambiental da implementação do Projeto MCDT de Proximidade, realizando, portanto, o seu estudo de impacto ambiental, comparativamente às deslocações individuais dos utentes ao hospital.

Apesar de os Gases com Efeito de Estufa (GEE) contribuírem para a manutenção da vida na Terra, alimentando as temperaturas ideais para que esta permaneça habitável, as atividades humanas, com grande foco nos transportes a combustão, estão a emitir GEE em excesso, o que provoca um desequilíbrio na camada de ozono, levando ao agravamento das alterações climáticas como as conhecemos hoje, que têm como resultado eventos adversos, colocando em causa a saúde e segurança das populações (IEMA, 2022).

O setor dos transportes é responsável pelo consumo de cerca de ¼ da energia da União Europeia (UE), sendo que a maior parte desta é proveniente do petróleo. Assim, os transportes são responsáveis por uma grande parte das emissões de GEE (¼ das emissões totais), contribuindo para as alterações climáticas que nos dias de hoje se têm vindo a manifestar negativamente, tanto nos ecossistemas, como no nosso dia-a-dia (European Environment Agency, 2023).

Para além da problemática associada às emissões de CO₂, o setor dos transportes é também responsável pela emissão de outros gases nocivos principalmente resultantes

da queima de combustíveis fósseis. Mas, apesar de emissão de gases ter um forte impacto na saúde humana, associados a problemas respiratórios e cardiovasculares, existem outros impactos que afetam primordialmente o ambiente, como é o caso da utilização de recursos, a produção de resíduos, o ruído, a utilização de terrenos para construção de infraestruturas (destruição das paisagens e, conseqüentemente, de ecossistemas) e contribuição para a contaminação da água e dos solos (Akerman et al., 2000).

É ainda necessário ter em conta que, as pessoas idosas representam, na sua maioria, um grupo desfavorecido da sociedade, com contextos complexos, onde se destacam os baixos rendimentos, a existência de comorbilidades que limitam as suas capacidades funcionais, muitas vezes acompanhadas de perturbações psíquicas. As suas condições de habitabilidade muitas vezes não são as recomendadas e expectáveis e, os idosos, devido ao distanciamento da sua comunidade, acabam por criar sentimentos de solidão e de desvalorização (Bonfim et al., 1996).

Assim, é necessário adotar medidas que assegurem o bem-estar e comodidade da população envelhecida, sobretudo no que diz respeito às deslocações a serviços de saúde, que se tornam mais regulares e, ao mesmo tempo, mais arriscadas e complicadas, devido suas às limitações.

Métodos

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar as principais vantagens da implementação do Projeto Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica de Proximidade em comparação com a usual deslocação dos utentes ao HAJC, com foco em impactos na população e no ambiente.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre os impactos ambientais das emissões de poluentes atmosféricos e GEE, destacando seus efeitos na saúde e no ambiente. De seguida, reuniram-se dados sobre os impactos negativos das instalações de saúde, com ênfase no transporte. O estudo compara as emissões de CO₂ de veículos elétricos com veículos a combustível fóssil, analisando as viagens realizadas em janeiro de 2023.

Para além disso, explora como o projeto pode facilitar o acesso aos cuidados de saúde para a população idosa, considerando a mobilidade limitada e a possibilidade de realizar exames no domicílio. Avalia, também, o impacto económico dos MCDT de Proximidade,

especialmente para a população idosa de baixos rendimentos, de modo a reduzir os custos indiretos no acesso à saúde.

Resultados

Impactos ambientais

A avaliação do impacto ambiental dos MCDT de Proximidade, com o uso de uma carrinha elétrica da Câmara Municipal de Cantanhede para deslocar prestadores de cuidados de saúde, envolve calcular distâncias entre o hospital e as unidades de cuidados, analisar as emissões geradas durante as viagens e considerar o número de utentes atendidos em cada visita.

Inicialmente, a avaliação centrou-se nas emissões durante o uso dos veículos ao longo das viagens. Os dados apresentados (Tabela 1) referem-se às viagens de MCDT de Proximidade realizadas em janeiro de 2023.

Tabela 3

Unidades de Prestação de Cuidados abrangidas pelo HAJC no mês de janeiro de 2023.
Distâncias percorridas e número de utentes por local

MCDT de Proximidade				
Caso	Distância Percorrida (Km)- ida e volta	Número de Visitas	Total de km's efetuados	Número total de utentes avaliados
1	12 km	2	24 km	24
2	20 km	3	60 km	3
3	22 km	2	44 km	4
TOTAL	54 km	7	128 km	31

Tendo em conta a extração de dados da carrinha, verificamos que o consumo energético desta é de 188 Wh/km, o que corresponde a um total de emissões de CO2 correspondentes a 82,72g de CO2 por km efetuado. Para além disto, sendo que a bateria do veículo tem uma capacidade total de 31 kWh, e através dos dados obtidos, cada kWh de energia gerada pela bateria corresponde entre 150 a 200 kg de CO2 emitido, então a produção desta bateria corresponde a emissões entre 4650 e 6200 kg de CO2 emitidos. Assim, os resultados obtidos, de acordo com a tabela 2, foram os seguintes:

Tabela 4

Cálculo comparativo das emissões de CO₂ pela carrinha elétrica e veículos a gasolina, aplicados ao MCDT de Proximidade realizados no mês de janeiro de 2023

Emissões de CO ₂											
Caso	Distância Percorrida (TOTAL)	Carrinha Elétrica				Carro a Gasolina					
		Carregamento	Deslocação	Produção	TOTAL	Deslocação	Produção	Produção de Energia ⁽ⁱⁱ⁾	TOTAL	Nº de utentes	TOTAL
1	24 km	1,9853 kg CO ₂	0 kg CO ₂	-	1,9853 kg CO ₂	2,76 kg CO ₂	5,6 ton CO ₂	0,624 kg CO ₂	5,6033 ton CO ₂	24	134,48 0 ton CO ₂
2	60 km	4,9632 kg CO ₂	0 kg CO ₂	-	4,9632 kg CO ₂	6,9 kg CO ₂	5,6 ton CO ₂	1,56 kg CO ₂	5,6085 ton CO ₂	3	16,825 5 ton CO ₂
3	44 km	3,63968 kg CO ₂	0 kg CO ₂	-	1,81984 kg CO ₂	5,06 kg CO ₂	5,6 ton CO ₂	1,144 kg CO ₂	5,6062 ton CO ₂	4	22,424 8 ton CO ₂
TOTAL	128 km	10,58818 kg CO ₂	0 kg CO ₂	8,8 ton CO ₂ ⁽ⁱ⁾		14,72 kg CO ₂	5,6 ton CO ₂	3,328 kg CO ₂	5,6180 ton CO ₂	31	

- (i) Apenas é considerada a produção de um veículo, porque só é utilizada uma carrinha na deslocação dos prestadores de cuidados.
- (ii) Pelos dados obtidos anteriormente, sabemos que, em médias 5 L de gasolina são suficientes para percorrer 100 km. Sabemos ainda de a produção de 1 L de gasolina emite cerca de 0,52 kg de CO₂ (0,026kg de CO₂ por Km).

O estudo demonstra claramente as vantagens dos veículos elétricos em relação às emissões de CO₂. Ao analisar as visitas de janeiro de 2023, identificámos uma redução significativa na utilização de matéria-prima, uma vez que o Projeto MCDT de Proximidade requer apenas a produção de um veículo, em comparação com a necessidade de 31 veículos diferentes se os 31 utentes tivessem que se deslocar ao hospital. Além disso, destaca-se a diminuição das emissões associadas à produção das baterias dos veículos elétricos em comparação com veículos tradicionais, onde a escolha do projeto se torna ainda mais vantajosa, considerando a quantidade de veículos envolvidos nos deslocamentos para unidades de cuidados de saúde. Durante as deslocações, os veículos 100% elétricos não emitem CO₂ para a atmosfera, enquanto os veículos a gasolina emitem uma média de 119,6g de CO₂ por quilómetro percorrido, destacando, assim, os benefícios ambientais do uso de veículos elétricos no contexto do Projeto MCDT de Proximidade.

Impactos na população idosa

Uma das problemáticas associadas ao avançar da idade está relacionada com as

deslocações, nomeadamente o acesso a meios de transportes, públicos ou privados, para acessibilidade às mais variadas infraestruturas. Em Portugal, legalmente, não existe uma idade limite para deixar de conduzir, mas as capacidades físicas, funcionais e cognitivas vão diminuindo e tornam esta tarefa mais árdua e menos segura, o que faz com que o idoso, por opção própria ou de outrem deixe de conduzir (Pedro, 2020). Para além da condução dificultada, cerca de 22,5% dos idosos vivem sozinhos o que, pelas alterações mencionadas anteriormente, torna as deslocações muito mais dificultadas, por falta de apoio e de atenção prioritária (dados de 2019) (Observatório nacional luta contra a pobreza, 2020).

Nos censos de 2021, o Concelho de Cantanhede apresentava um índice de envelhecimento de 269,6, sendo o oitavo concelho mais representado dos 19 que compõe a região de Coimbra (Município de Cantanhede, 2022). Tendo isto em conta, o Projeto MCDT de Proximidade já deu o primeiro passo no sentido de facilitar o acesso das pessoas idosas e com mobilidade condicionada aos cuidados de saúde, dirigindo-se a unidades prestadores de cuidados de saúde na área de residência dos utentes. Mas o HAJC poderia dar um passo ainda maior: os profissionais de saúde poderiam dirigir-se ao domicílio do idoso, tornando mais simples a proximidade do mesmo com o setor da saúde.

É essencial proporcionar à pessoa um ambiente que promova o desenvolvimento que estimule o envelhecimento ativo e saudável, definido como o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas” (Bronswijk, 2003). Isto, muitas vezes, passa por manter o idoso em casa, em vez de o institucionalizar, de modo a que o mesmo mantenha contacto com as suas memórias, vida pessoal e independência. O local onde a pessoa vive não se resume apenas às quatro paredes que ajudam a definir a palavra ‘casa’, mas também a todo o conteúdo comunitário em que se insere.

De acordo com National Institute on Aging (2017), surge então o conceito “Aging in place” que apoia o envelhecimento em casa e na comunidade, pelas vantagens de inclusão social e de recompensa emocional. Mas, ao mesmo tempo, garantindo que todas as pessoas idosas possam viver com dignidade e com segurança, com acesso

facilitado a serviços de saúde, assistência social e rendas reduzidas, apoiando as comunidades e famílias no desenvolvimento de sistemas de suporte de cuidados a longo prazo (Fundo de População das Nações Unidas & HelpAge International, 2012).

Tendo tudo isto em conta, e sabendo que a mobilidade e acessibilidade das pessoas idosas são barreiras difíceis de contornar, é necessário o HAJC alargar a sua área de abrangência à residência do utente idoso. Para além disto, numa primeira abordagem na deslocação aos domicílios, objetivamos como uma mais valia o acompanhamento de um profissional qualificado que avalie as condições de habitabilidade do idoso, sendo que estas são uma condicionante da sua própria saúde, apresentando propostas de melhoria para manutenção do estado de saúde do idoso na sua própria casa e garantindo, portanto, o seu conforto.

Impactos económicos na Sociedade

Em Portugal, o combate à pobreza na população idosa passa pela introdução de políticas ao nível monetário, através da atribuição de subsídios que promovam um reforço dos rendimentos dos idosos em maior risco de pobreza. Progressivamente, estas medidas têm vindo a contribuir para a diminuição do risco de pobreza, sendo que, em 2019, a “taxa de risco de pobreza ou exclusão social em pessoas com mais de 65 anos” foi de 20%, sendo que o risco de empobrecimento é superior em idosos que vivem sozinhos, ocupando estes uma parcela de 22,5% da população com idade igual ou superior a 65 anos (Observatório Nacional Luta Contra a Pobreza, 2020).

No que diz respeito à população reformada, em 2019, o valor da reforma era, em média, 605€ (Bandeira, 2019). Tendo em conta as despesas básicas do dia-a-dia (habitação, alimentação, etc.) acrescendo ainda as despesas médicas, com medicação, tratamentos e consultas que aumentam nestas faixas etárias, facilmente se depreende a dificuldade subjacente à necessidade da manutenção da saúde das pessoas. De acordo com Tostes et al. (2023), em Portugal, o custo médio de vida é de 800€ a 1150€ por pessoa, o que torna o cenário mais comprometedor para a população mais velha.

Neste sentido, a realização dos exames em contexto de proximidade com o utente, poderá diminuir os gastos que o mesmo tem ao nível dos transportes, privados ou públicos evitando, assim, as despesas indiretas em saúde.

Através da realização de uma pesquisa relativa aos custos de deslocações ao HAJC, em

diversos meios de transporte, os resultados obtidos estão demonstrados na tabela 3.

Tabela 5

Despesas associadas às deslocações realizadas no mês de janeiro de 2023, por meio de transporte utilizado

Despesas em deslocações					
Caso	Distância Percorrida (Km)- ida e volta	Número de Utentes	Depesas em Gasolina	Despesas em Pesados de Passageiros	Despesas em Táxis
1	12 km	24	24,048€	55,2€	259,2€
2	20 km	3	4,008€	9€	51,6€
3	22 km	4	7,348€	9,2€	75,2€
TOTAL	54 km	31	35,404€	73,4 €	386€

Assim, podemos verificar que o meio de transporte com maiores gastos associados será o táxi, sendo que nas deslocações do mês de janeiro, se todos se deslocassem ao HAJC por meio de veículo próprio a gasolina seriam poupados 35,40€ no total. Se se deslocassem em pesados de passageiros, seriam poupados 73,4€ e, se fossem realizadas em táxi, seriam poupados 386€.

Desta forma, através da implementação dos MCDT de Proximidade os gastos indiretos associados ao setor da saúde por parte da população seriam reduzidos, evitando a necessidade de deslocação ao HAJC.

Discussão

Sabemos, portanto, que o setor da saúde, a nível global, é responsável por emissões diretas e indiretas de Gases com Efeito de Estufa para atmosfera, com impactos notórios no equilíbrio ambiental, maioritariamente no que diz respeito às alterações climáticas, mais especificamente para o agravamento do aquecimento global. Sendo o setor da saúde um foco de emissões nocivas, é necessário adotar medidas no sentido de dar resposta à emergência climática, tratando o problema na origem, prevenindo e diminuindo a quantidade de emissões.

Apesar de a libertação de GEE estar maioritariamente associada à prestação de cuidados, à aquisição e rejeição de produtos e ao consumo de energia, há um setor que

precisa de atenção: o setor dos transportes, principalmente nas deslocações dos utentes até às unidades de prestação de cuidados de saúde.

Assim, de modo a diminuir estas emissões, o HAJC elaborou o projeto “MCDT de Proximidade” no sentido de evitar as deslocações em massa ao hospital, o que implica a utilização de meios de transporte que, como sabemos, são um dos grandes causadores das emissões de GEE, utilizando uma carrinha elétrica para deslocação dos prestadores de cuidados até às áreas de residência dos utentes.

Ao longo da pesquisa realizada, é possível verificar que, no que diz respeito às deslocações propriamente ditas, os veículos elétricos são mais amigos do ambiente do que os veículos tradicionais, mas no processo de fabrico emitem mais CO₂ devido ao lítio integrado nas suas baterias. Apesar disto, olhando para o estudo de caso das deslocações realizadas no mês de janeiro para realização dos exames e consultas, podemos verificar que, utilizando a carrinha, foram poupadas viagens em veículos tradicionais a combustível fóssil, correspondente a emissões totais evitadas de cerca de 166 toneladas de CO₂, apenas no prazo de um mês.

Quanto à proximidade com os *stakeholders* locais, instituições do terceiro setor e cuidados de saúde primários, na consecução do projeto MCDT de Proximidade, o HAJC já deu o primeiro passo, deslocando uma equipa de profissionais para realização de consultas e exames médicos em unidades prestadoras de cuidados mais próximas dos utentes que têm como área de residência localidades afastadas da sede do Concelho.

Sendo a população idosa uma população frágil e vulnerável, com limitações físicas e psíquicas, é necessário aproximar ainda mais estes cuidados dos utentes, principalmente daqueles com mobilidade condicionada e com deslocações dificultadas pela rede de transportes públicos e falta de apoio familiar e/ou de terceiros, levando também os cuidados até ao domicílio do utente e, se possível, alargando também o tipo de exames e diversificação das especialidades clínicas envolvidas. Concomitantemente, diminui-se o risco de acidentes de viação e a exposição ao risco de infeção aumentado inerente ao ambiente hospitalar, mantendo-se no conforto da sua própria casa.

Conclusão

Este trabalho destaca a importância de uma reflexão sobre as emissões de GEE no setor da saúde e, em particular, no transporte de utentes às unidades de saúde.

O projeto MCDT de Proximidade procura atender a essa população de forma mais conveniente, evitando deslocações aos hospitais, reduzindo riscos e despesas indiretas associadas às deslocações para unidades de saúde, podendo beneficiar especialmente os idosos de baixos rendimentos.

Concluímos que, a curto e longo prazo, o projeto é mais amigo do ambiente e da comunidade abrangida, contribuindo para a sustentabilidade ambiental. Este modelo deverá ser mantido a longo prazo, e, se possível, replicado a nível nacional, potenciando a drástica diminuição de emissões relacionadas com as deslocações no setor da saúde. Com o esforço adicional das equipas de saúde envolvidas, a missão institucional vai ao encontro da excelência que se requer para o SNS.

Referências Bibliográficas

- Akerman, J., Banister, D., Dreborg, K., Schleicher-Tappeser, R., Stead, D., & Steen, P. (2000). *European Transport Policy and Sustainable Mobility* (Primeira Edição)
- Bandeira, M. (2019). *Reformados em Portugal recebem em média 605 euros*. O Jornal Económico - Notícias, Economia, Política, Empresas, Mercados E Opinião. <https://jornaleconomico.pt/noticias/reformados-em-portugal-recebem-em-media-605-euros-448000/>
- Bonfim, C., Teles, M., Saraiva, M., Cadete, M., Quaresma, M., & Mercês Veiga, S. (1996). *População idosa, análise e perspectivas: A problemática dos cuidados intrafamiliares* (pp. 1–41). Núcleo De Documentação Técnica E Divulgação Da Direcção-Geral Da Acção Social. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Populacao_idosa_analise_perspectivas/f9ceebad-0359-4884-8fbf-8e7ed00a8bca/f9ceebad-0359-4884-8fbf-8e7ed00a8bca
- Bronswijk, J. E. M. H. V. (2003). *Active ageing: A policy framework – WHO's ageing and life course program*; 2002, World Health Organisation. *Gerontechnology*, 2(3). <https://doi.org/10.4017/gt.2003.02.03.011.00>
- European Environment Agency. (2023). *Transportes — Agência Europeia do Ambiente*. [Www.eea.europa.eu. https://www.eea.europa.eu/pt/themes/transport/intro](https://www.eea.europa.eu/pt/themes/transport/intro)
- Fundo de População das Nações Unidas, & HelpAge International. (2012). *Envelhecimento no século XXI: Celebração e desafio*. Fundo De População Das Nações Unidas & HelpAge International.

- https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf
- Hospital Arcebispo João Crisóstomo. (2022). *Relatório de gestão* (pp. 1–78). <https://www.hdcantanhede.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/10/2020/02/HAJC-Relat%C3%B3rio-de-Gest%C3%A3o-2021.pdf>
- IEMA. (2022). *Qual a diferença entre gases de efeito estufa e poluentes atmosféricos*. Instituto de Energia E Meio Ambiente (IEMA). <https://energiaeambiente.org.br/qual-a-diferenca-entre-gases-de-efeito-estufa-e-poluente-atmosfericos-20220511>
- Karliner, J., Roschnik, S., Boyd, R., Ashby, B., Steele, K., & Guinto, R. (2021). *Roteiro global para descarbonização do setor saúde*. https://healthcareclimateaction.org/sites/default/files/2021-09/SSD_RGDSS_Roteiro-completo_pt-BR4.pdf
- Município de Cantanhede. (2022). *Município de Cantanhede vê reconhecido trabalho dirigido aos mais idosos*. [Www.cm-Cantanhede.pt](http://www.cm-cantanhede.pt). <https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/pdf/noticia/15588/municipio-de-cantanhede-ve-reconhecido-trabalho-dirigido-aos-mais-idosos>
- National Institute on Aging. (2017). *Aging in place: Growing older at home*. National Institute on Aging. <https://www.nia.nih.gov/health/aging-place-growing-older-home>
- Observatório nacional luta contra a pobreza. (2020). *Pobreza, isolamento e saúde mental nos idosos: breve retrato português e riscos no contexto COVID-19*. In <https://on.eapn.pt/> (pp. 1–13). <https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Em-Foco-8-Pobreza-isolamento-e-sa%C3%BAde-mental-em-idosos.pdf>
- Pedro, S. (2020, February 20). *Há uma idade limite para o idoso deixar de conduzir?* Lares Online. <https://www.laresonline.pt/pt/blog/ha-uma-idade-limite-para-o-idoso-deixar-de-conduzir/>
- Tostes, L., Lenzi, T., & Sanches, C. (2023). *Custo de vida em Portugal: Quanto custa viver no país em 2023*. Euro Dicas. <https://www.eurodicas.com.br/custo-de-vida-em-portugal/>

“Todos os autores declaram que não há conflitos de interesse.”

Título completo do manuscrito: Mental Health of Caregivers of Elderly Patients: The Impact of Psychotropic Drugs on Quality of Life, Anxiety, Depression, and Stress

Título resumido do manuscrito: Mental Health of Caregivers of Elderly Patients

Cátia Castro

Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico do Porto (IPP) | catia-filipa-castro@hotmail.com

Marlene Santos

Centro de Investigação em Saúde e Ambiente, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

ORCID: 0000-0001-5020-5942

Abstract

Caregiver burden is a common impairment resulting from coping with the physical dependence and mental incapacity of the care subject. This study aimed to assess the self-perception of formal and informal caregivers of elderly patients regarding burden, quality of life, anxiety and depression, stress, and the impact of psychotropic drugs. The questionnaire was disseminated in nursing homes and caregivers' associations. Statistical analysis was carried out using SPSS V.28, with a significance level of $\alpha = 0.05$. The questionnaires used were the Sociodemographic Questionnaire, the Depression, Anxiety and Stress Scales, the Zarit Scale, the Satisfaction with Medication Treatment Questionnaire and Quality of Life. The sample consisted mainly of female individuals, with an average age of 52 years, residing in the northern region of the country and mostly married. Around half of the respondents admitted taking some psychotropic drug, namely selective serotonin reuptake inhibitor(s) or benzodiazepines. Caregivers who use medication report being moderately satisfied with it, and global satisfaction was correlated with the convenience and effectiveness of the medication. Caregivers also demonstrate that being a caregiver has a high impact on their quality of life, and informal caregivers are those who report a more severe state of depression, anxiety,

and stress. The current study highlights the need to assess mental health status and the impact of pharmacotherapy on the quality of life of caregivers of elderly patients.

Keywords: caregivers, elderly, mental health, quality of life, medication

Introduction

Mental health is an integral and vital part of everyone's life. It affects the way of thinking, feeling and behave. It underpins the ability to make decisions, to relate and to help shape the world in which we live. Mental health is also a basic human right. And it is essential for personal, community and socio-economic development. It is a part of us all the time, even when we are not thinking about it (Mental Health Report, 2022).

Good mental health is essential for people to lead healthy and productive lives. Living with a mental health problem can have a significant impact on people's lives, contributing to poorer educational outcomes, higher rates of unemployment and poorer physical health (OECD & European Union, 2022).

A wide range of mental health conditions can disrupt an individual's thoughts and feelings, alter behaviour, affect physical health and disrupt relationships, education or livelihood. According to MSD-5, mental disorders (psychiatric or psychological) include changes in thinking, feeling and behaviour. Minor changes that cause significant distress to the person and interfere with their daily life. These disorders include anxiety, depression, schizophrenia, obsessive-compulsive disorder, eating disorders, bipolar disorder and post-traumatic stress disorder (MSD-5, 2023).

The prevalence of mental disorders varies according to many factors, including age, gender and social environment. For example, before the pandemic, around 970 million people worldwide lived with a mental disorder, although this figure may now be higher. According to gender and age, anxiety and depressive disorders are the two most common mental disorders in both men and women. Anxiety disorders are more common at an earlier age than depressive disorders, which are rare before the age of ten (Mental health report, 2022).

In 2015, depression affected more than 300 million people worldwide, or 4.4% of the world's population, and anxiety disorders affected almost the same number of people (Chyczij et al., 2020). In Portugal, in 2017, the Directorate General of Health (DGH)

indicated that 21% of the Portuguese population had an anxiety disorder and 17% suffered from depression (de Carvalho et al., 2017). Anxiety disorders are now the most common type of mental illness (Kalra et al., 2008; Penninx et al., 2021).

Figures already showed a significant increase in the prevalence of these disorders, but the pandemic exacerbated many risk factors associated with poor mental health and weakened many protective factors, leading to an unprecedented deterioration in mental health in the first two years. Moreover, in the first half of 2022, the mental health and well-being of many adults in European Union (EU) countries continued to be affected by the ongoing impact and uncertainty of the pandemic, to which new issues such as the rising cost of living and the war between Russia and Ukraine were added (OECD & European Union, 2022).

The right to mental health is a fundamental human right for all. Having a mental health condition should never be a reason to disenfranchise a person or exclude them from making decisions about their own health (Mental Health Report, 2022).

As mentioned above, these two disorders can affect any person of any age, gender, ethnicity, etc. However, studies have shown that one of the roles with a higher risk of manifesting psychological problems is that of caregiver, regardless of the health status of the dependent person (Denche-Zamorano et al., 2023). For the same reason, there is growing concern about the well-being and mental health of health professionals who earn their living by caring for users in institutions, as well as individuals who care for family members (Moriarty et al., 2015).

This caring activity is often associated with a decline in the mental health of caregivers, particularly those who have a higher than expected workload. However, despite the various negative aspects that have been highlighted about this activity, it also appears to benefit the individuals who perform it, increasing their personal strength, resilience and longer life expectancy (Moriarty et al., 2015).

Therefore, it has been suggested that the presence of poor mental health in caregivers may reduce the quality of services provided to meet the needs of their loved ones. This is because caregivers have less capacity and ability to understand the problems and needs of patients (Clipp & George, 1990).

That said, the main aim of this study is to assess the self-perceptions of formal and informal caregivers of older users with regard to burden, quality of life, anxiety,

depression, and stress, as well as psychopharmaceutical drug use. The specific aims are:

- i. To assess the self-perception of formal and informal caregivers of older people with regard to anxiety, depression, stress, quality of life and caregiver burden.
- ii. To determine the use of psychopharmaceutical drugs, with a focus on antidepressants and anxiolytics, by formal and informal caregivers.
- iii. To assess the self-perceived effectiveness of antidepressants and anxiolytics used by formal and informal caregivers.

Methods

Type of study

This is an observational, descriptive, and cross-sectional study, as the questionnaire is administered only once and there is no intervention by the researchers.

Sample and participants

The target population for this study was defined as all persons providing care to the elderly, including formal caregivers (employees of Lar O Pinhal, Lar dos Santos Passos, Centro Social de Calendário) and informal caregivers (A associação de cuidadores Dinamicamente, Por Mim, Por Ti, Por Nós), aged 18 years or older, who agreed to participate voluntarily. The sample selected was non-probabilistic and consisted of all caregivers who agreed to participate in the study.

Data collection procedures

After agreeing to the scope of the study, they completed the questionnaire, with anonymity and confidentiality guaranteed. The questionnaires were collected between March and May 2023. In the case of formal caregivers, the questionnaires were distributed on paper in collaboration with the technical management of the care homes. In the case of informal caregivers, the questionnaire was made available online and distributed by the association itself to its members using the means at its disposal, namely social networks.

Instrument of the study

The questionnaire was a combination of five independent questionnaires:

Sociodemographic questionnaire: The sociodemographic questionnaire consists of fifteen questions and was used to characterize the caregiver and the pharmacotherapy used; Depression, Anxiety and Stress Scale (Dass-21); Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM); Zarit Scale: The Zarit Burden Interview (ZBI), the most widely used tool for measuring caregiver burden and Quality of Life (EQ-5D).

Data processing procedures and statistical analysis

The data were compiled in Excel®, validated and then entered on SPSS® V.28 for statistical analysis, using a significance level of $\alpha = 0.05$ for all tests. In SPSS®, the independent samples t-test was used to compare the mean between two samples when the variable follows a normal distribution. And the Spearman's correlation was used to compare numerical variables.

Ethics Committee

The study was submitted to the Ethics Committee of the School of Health of the Polytechnic Institute of Porto. The study was submitted on December 12th of 2022 and received formal authorization on January 17th of 2023.

Results

Sample characterisation

Formal caregivers were recruited from care homes, while informal caregivers were recruited through national caregivers' associations. During the study period, 77 caregivers responded to the above questionnaire. Of these, 36 (46.8%) were formal caregivers and 41 (53.2%) were informal caregivers.

The sample was mostly composed by female subjects 68(88.3%), aged between 18 and 68 years. There was found a significant difference in the average age between the two groups, since the formal caregivers were younger, with an average age of 40.83 years, while the informal caregivers had an average age of 54.93 years ($p < 0.001$).

Most of the participants (68.8%) were living in the north region of the country, more precisely in the districts of Braga and Oporto, since this was the area of collaborating institutions where most formal caregivers worked. Regarding the personal life of all the participants, 53%, or 41 of the 77, were married; 23% were divorced; 16% are single and

the remaining 8% are widowed.

Mental Health and Well-being of formal and informal caregivers

Self-perception of anxiety, depression and stress among formal and informal caregivers.

The data were collected using subscales DAAS-21 questionnaire, and the results provide insights into the emotional well-being of individuals providing care in different caregiving roles. To assess depression levels, we employed the Depression subscale of the DASS-21. Formal caregivers reported a mean depression score of 4,72 (SD = 5,37), while informal caregivers reported a notably higher mean depression score of 12,59 (SD = 9,04). This discrepancy was statistically significant, underscoring that informal caregiver experienced significantly higher levels of depression compared to formal caregivers ($t = -4,70$, $p < 0.001$). The Anxiety subscale of the DASS-21 was used to assess anxiety levels, with higher scores indicating greater anxiety. Formal caregivers reported a mean anxiety score of 5.56 (SD = 7.33), which, surprisingly, was significantly lower than the mean anxiety score of 11,61 (SD = 11,48) reported by informal caregivers ($t = -2,790$, $p = 0,007$). Stress levels were evaluated using the Stress subscale of the DASS-21. Formal caregivers reported a mean stress score of 8,28 (SD = 6,90), while informal caregivers reported a considerably higher mean stress score of 15,47 (SD = 8,78). This disparity in stress levels was statistically significant, affirming that informal caregivers faced significantly higher levels of stress than formal caregivers ($t = 3,955$, $p < 0.001$).

Caregiver burden assessment among formal and informal caregivers

In this section, we present the results of the caregiver burden assessment conducted among both formal and informal caregivers using the Zarit Caregiver Burden Scale. The scale provides valuable insights into the perceived burden experienced by caregivers.

The Zarit Caregiver Burden Scale scores were utilized to quantify the level of caregiver burden, with higher scores indicating a greater perceived burden. Formal caregivers reported a mean Zarit score of 26,28 (SD = 16.67), while informal caregivers reported a notably higher mean Zarit score of 34,90 (SD = 16,82).

This difference was statistically significant, highlighting that informal caregivers reported significantly worse caregiver burden compared to formal caregivers ($t = -2,253$,

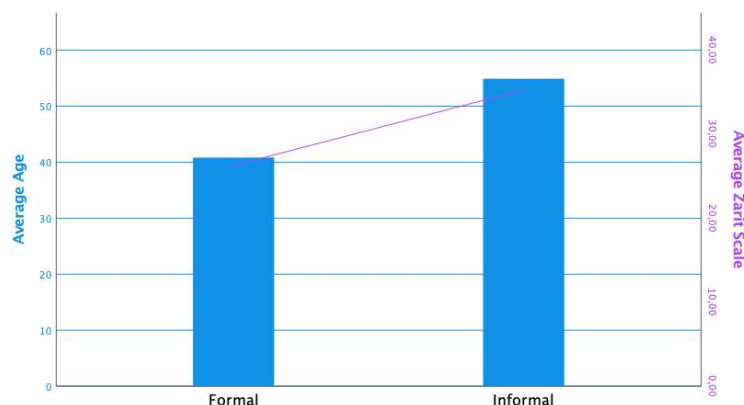
$p = 0,027$). We explore a potential factor that may help explain the differences in caregiver burden observed between formal and informal caregivers (figure 1).

We conducted a Spearman correlation analysis to investigate the relationship between age and caregiver burden scores, as measured by the Zarit Caregiver Burden Scale. The results indicate that age may be a contributing factor to the variations in perceived burden among caregivers.

The Spearman correlation analysis revealed a statistically significant positive correlation between age and caregiver burden scores among both formal and informal caregivers (Spearman's $\rho = 2.78$, $p = 0.015$). This significant correlation suggests that as caregivers grow older, they tend to perceive a higher burden associated with caregiving responsibilities.

Figure 1.

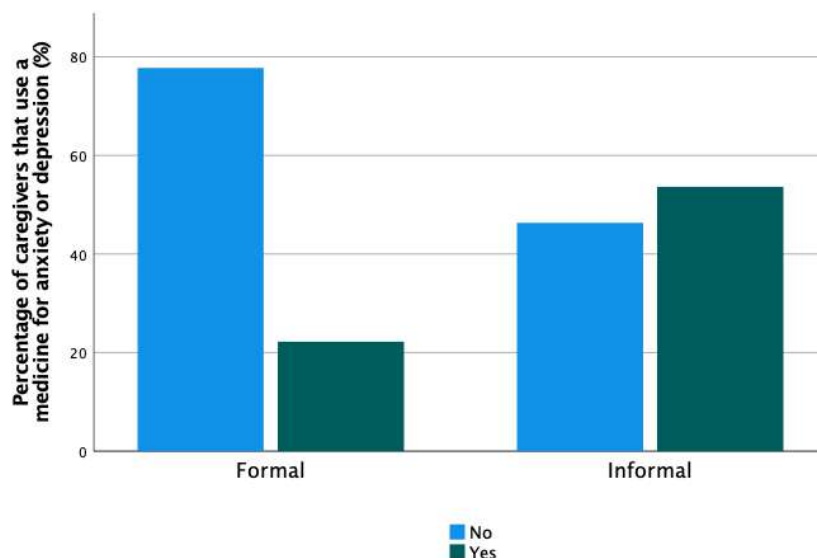
Results for the different groups of caregivers (formal vs. informal), with the age and Zarit Scale



Medication Usage Patterns Among Caregivers

Figure 2.

Percentage of caregivers that use a medicine for anxiety or depression.



As can be seen from the figure 2, the use of psychotropic drugs differed between the groups of formal and informal caregivers.

Only five classes of drugs were named, and surprising benzodiazepine class was the most prominent. Within this class, alprazolam was the most identified of all classes and substances. The next most identified class was the selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs), and fluoxetine was the most commonly used SSRI, identified by five participants, followed by escitalopram and sertraline with three responses each, and finally paroxetine with two users mentioning it.

It should be noted (Table 1) that prescribing varies between groups and that for formal caregivers, benzodiazepines were prescribed only as an adjunct to another class such as SSRIs.

Table 1

Differences in prescription classes between formal and informal caregivers

	Formal Caregiver (n=36)	Informal Caregiver (n=41)
SSRIs	3 (6.8%)	10 (22.7%)
SNRIs	3 (6.8%)	4 (9,1%)
BZD	2 (4.5%)	15 (34.1%)
Antipsychotic	1 (2.3%)	0 (0%)
Tricyclic antidepressants	0 (0%)	5 (11.4%)
Antiepileptics and anticonvulsants	0 (0%)	1 (2.3%)
Total	9 (20.4%)	35 (79.6%)

Note: n = number of participants

Evaluating the Perceived Effectiveness of Antidepressants and Anxiolytics in Caregivers for Older Adults

Self-perceived effectiveness of Antidepressants and Anxiolytics medications among formal and informal caregivers

Regarding the results of the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM) administered to caregivers who are utilizing psychotropic medications, including antidepressants and anxiolytics. For this analysis only patient who stated they used an antidepressant or anxiolytic was selected. Effectiveness: Globally, an average 59,94 (SD: 12,47) was determined, meaning that patients reported moderate satisfaction with the effectiveness of the medication. Side Effects: this dimension evaluates the presence and severity of any side effects or adverse reactions associated with the medication. The average score in this dimension was 88.95 (SD: 16.63). Convenience: this dimension gauges aspects related to the convenience of taking the medication, including dosing frequency, ease of administration, and any other factors that impact convenience. On average, patients reported a satisfaction score of 75.92 (SD: 20.49) in this dimension. Global Satisfaction: when considering overall satisfaction with the medication, the global score averaged 65.23 (SD: 21.03). These results provide an overview of patient satisfaction across different dimensions of the TSQM survey, with higher scores indicating greater satisfaction and lower scores indicating lower satisfaction in each respective dimension.

Factors influencing perceived global satisfaction of medication

Among caregivers who were using antidepressants and anxiolytics, Spearman

correlation analysis revealed that global satisfaction with the medication was positively correlated with Effectiveness ($p = 0,497$, $p=0,005$) and Convenience ($p = 0,655$, $p<0,001$). However, no significant correlation was found between global satisfaction and the presence or severity of side effects ($p = -0,025$, $p=0,895$), or the self-perception of depression ($p = -0,352$, $p=0,102$), anxiety ($p = -0,219$, $p=0,246$), stress ($p = -0,046$, $p=0,811$) or the Zarit Scale ($p = 0,060$, $p=0,752$).

Discussion

Psychological Well-being of Caregivers for Older Adults

Anxiety, Depression, and Stress

Our research revealed that both formal and informal caregivers experience significant levels of anxiety, depression, and stress. The results from the DASS-21 assessments indicate a noteworthy distinction in self-reported psychological distress between formal and informal caregivers. Informal caregivers, contrary to our initial expectations, reported more elevated levels of anxiety, depression, and stress than their formal caregiver counterparts.

These findings shed light on the unique challenges faced by informal caregivers, often family members or friends, who may lack the formal training and support systems available to formal caregivers. The increased psychological distress experienced by informal caregivers underscores the importance of recognizing and addressing their specific needs, including access to mental health resources, and emotional support. Furthermore, informal caregivers report worst anxiety scores than depression. This higher prevalence of anxiety disorders is in line with the Portuguese DGH guidelines, as 21% of the population suffer from anxiety and only 17% are diagnosed with depression (de Carvalho et al., 2017).

The fact that formal caregivers have fewer or less severe cases of anxiety, depression and stress disorders may not only be due to the fact that they are better prepared for reality because of the of their daily work. However, as it is known that age can be an additional reason for presenting with these disorders, this may be confounded in these studies, as the group of formal caregivers is significantly younger, which may also be a reason for the lower scores (Loo et al., 2022). Loo et al. also mentioned that the fact of spending more hours with the care recipient and the fact of living with the dependent

can be a factor in the development of both anxiety and depression, one more reason why the group of formal caregivers present more cases of these disorders as some of them probably spend a large part of their lives in the presence of the care recipient (Loo et al., 2022).

Caregiver Burden

The results derived from the Zarit Caregiver Burden Scale assessments offer important insights into the caregiver burden experienced by formal and informal caregivers. Notably, informal caregivers reported considerably higher levels of perceived burden than their formal caregiver counterparts.

This finding underscores the challenges faced by informal caregivers who often provide care out of love and a sense of duty but may lack the formal training, support, and resources available to formal caregivers. The increased caregiver burden reported by informal caregivers calls attention to the need for tailored interventions and support mechanisms aimed at alleviating the strain they experience. This is in line with what has already been reported in the literature and makes us rethink the approach and attention given to this type of caregiver, who can often feel helpless (Kalra et al., 2008). Another reason that may explain this is age. Informal caregivers are older than formal caregivers. The findings from the Spearman correlation analysis, with a correlation coefficient of 2.78 and a p-value of 0.015, emphasize this potential role of age in explaining the differences in caregiver burden reported by formal and informal caregivers. Specifically, as caregivers advance in age, they tend to experience an increased perception of burden associated with their caregiving responsibilities.

Medication Usage Patterns Among Caregivers

With regard to the results obtained on the issue of medication for anxiety and depression disorders, the scenario is rather curious, as it does not exactly correspond to the guidelines already mentioned (Gautam et al., 2017; Katzman et al., 2014; Park & Zarate, 2019). In fact, the pharmacotherapeutic class with the highest representation was benzodiazepines, a class that is notoriously one of the options that should be considered more carefully because of the negative aspects mentioned (Grace et al., 2016; Penninx et al., 2021). An important difference was noted in that it was often

referred to as a single therapy. We found that a notable proportion of both formal and informal caregivers used antidepressants. This suggests that caregivers recognize the need for mental health support, and these medications are one avenue they explore. For the treatment of anxiety, it is also important to note that in the positive responses about taking medication for anxiety and depression, both formal and informal caregivers are reported. Anxiolytic usage was also prevalent among caregivers, particularly informal caregivers. This indicates a need for anxiety management strategies within the caregiving context. The latter include participants who are no longer working, so some of them may have worked as formal caregivers.

Evaluating the Perceived Global Satisfaction of Medication in formal and informal Caregivers

In our study, we evaluated the self-perceived satisfaction of antidepressant and anxiolytic medications among formal and informal caregivers using the Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication (TSQM). One of the crucial dimensions examined was effectiveness, which pertains to how well the medication is perceived to work in terms of symptom relief and overall treatment efficacy (Volpicelli Leonard et al., 2020). Our findings indicated that, globally, caregivers expressed moderate satisfaction with the effectiveness of the medication. We also explored the dimension of side effects, which evaluates the presence and severity of side effects or adverse reactions associated with the medication. On average, caregivers score reflects high satisfaction with the safety profile of these medications, with most respondents reporting relatively low levels of side effects or finding them manageable. When assessing overall satisfaction with the medication across all dimensions, the global satisfaction score averaged 65.23 (SD: 21.03). This global score provides a comprehensive measure of caregiver satisfaction with the medication, indicating a moderate level of overall satisfaction.

Conclusion

In conclusion, this study has characterised elderly care in Portugal, namely the self-

perception of formal and informal caregivers in relation to their mental health and the impact of psychopharmaceutical medication, particularly antidepressants and anxiolytics. Around half of the respondents admitted taking some psychotropic drug, namely selective serotonin reuptake inhibitor(s) or benzodiazepines. Caregivers who use medication report being moderately satisfied with it, and global satisfaction was correlated with the convenience and effectiveness of the medication. Caregivers also demonstrate that being a caregiver has a high impact on their quality of life, and informal caregivers are those who report a more severe state of depression, anxiety, and stress. The results presented here provide valuable information on the impact of caregiving on mental health and psychopharmaceutical medication.

Bibliographic references

- Chyczij, F. F., Ramos, C., Santos, A., Jesus, L., & Alexandre, J. (2020). Prevalência da depressão, ansiedade e stress numa unidade de saúde familiar do norte de Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, V Série*(Nº 2), e19094. <https://doi.org/10.12707/RIV19094>
- Clipp, E. C., & George, L. K. (1990). Psychotropic Drug Use among Caregivers of Patients with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 38*(3), 227–235. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb03496.x>
- de Carvalho, Á., Xavier, M., Domingos, P., Almeida, C., Pires, P., & Szabzon, F. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL*.
- Denche-Zamorano, A., Rodriguez-Redondo, Y., Barrios-Fernandez, S., Mendoza-Muñoz, M., Rojo-Ramos, J., Garcia-Gordillo, M. A., Adsuar, J. C., & Muñoz-Bermejo, L. (2023). Depression, Anxiety and Antidepressants and Anxiolytics Use in Spanish Informal Caregivers according to the Physical Activity Frequency: EHSS 2014–2020. *Healthcare, 11*(7), 990. <https://doi.org/10.3390/healthcare11070990>
- Ferreira, F., Pinto, A., Laranjeira, A., Pinto, A. C., Lopes, A., Viana, A., Rosa, B., Esteves, C., Pereira, I., Nunes, I., Miranda, J., Fernandes, P., & Leal, V. (sem data). *Validação da escala de Zarit: Sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. 3*.
- Gautam, S., Jain, A., Gautam, M., Vahia, V., & Gautam, A. (2017). Clinical Practice Guidelines for the Management of Generalised Anxiety Disorder (GAD) and Panic

- Disorder (PD). *Indian Journal of Psychiatry*, 59(5), 67.
<https://doi.org/10.4103/0019-5545.196975>
- Grace, E. L., Burgio, L. D., Allen, R. S., DeCoster, J., Aiello, A. E., & Algase, D. L. (2016). Caregiver and care recipient characteristics as predictors of psychotropic medication use in community-dwelling dementia patients. *Aging & Mental Health*, 20(12), 1297–1304. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1075960>
- Kalra, H., Kamath, P., Trivedi, J. K., & Janca, A. (2008). Caregiver burden in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(1), 70–73.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f2dfca>
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., & Ameringen, M. V. (2014). *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*.
- Loo, Y., Yan, S., & Low, L. (2022). Caregiver burden and its prevalence, measurement scales, predictive factors and impact: A review with an Asian perspective. *Singapore Medical Journal*, 63(10), 593.
<https://doi.org/10.11622/smedj.2021033>
- Moriarty, J., Maguire, A., O'Reilly, D., & McCann, M. (2015). Bereavement After Informal Caregiving: Assessing Mental Health Burden Using Linked Population Data. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1630–1637.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302597>
- OECD & European Union. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (sem data). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond*.
- Park, L. T., & Zarate, C. A. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *New England Journal of Medicine*, 380(6), 559–568. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Volpicelli Leonard, K., Robertson, C., Bhowmick, A., & Herbert, L. B. (2020). Perceived Treatment Satisfaction and Effectiveness Facilitators Among Patients With

Chronic Health Conditions: A Self-Reported Survey. *Interactive Journal of Medical Research*, 9(1), e13029. <https://doi.org/10.2196/13029>

“The authors declare that there are no conflicts of interest.”

Título completo do manuscrito: O empreendedorismo e a inovação social
– o oxigénio que as organizações sociais precisam

Título resumido do manuscrito: Empreendedorismo e organizações
sociais

Jorge Miguel Almeida de Castro

Gerontólogo Social, Residência Sénior I Fundação João Bento Raimundo – Guarda I

jorgemiguelalmeidacastro@gmail.com

Resumo

O empreendedorismo social, aliando o social ao empresarial, pode ser considerado a energia que as organizações, as pessoas e a própria sociedade precisam, não só para a resolução dos problemas sociais que vão surgindo, mas, ao mesmo tempo, para o seu desenvolvimento, disseminação e replicabilidade.

Desde 2009, ano em que foi decretado pela União Europeia (UE), o ano Europeu da criatividade e inovação, que se tem despertado para um interesse e necessidade de, cada vez mais, se apostar na inovação e no empreendedorismo de base social.

É neste enquadramento que surge o presente artigo, sendo uma revisão e ao mesmo tempo reflexão, sobre as questões em torno do empreendedorismo e da inovação social, tendo na sua base a resposta a uma questão, todas as inovações, podem ser consideradas de sociais, ou será este um cliché a que nos fomos habituando?!

Da análise desenvolvida, é possível conferir que a inovação social é uma nova maneira de intervir, dando resposta aos problemas sociais existentes, ajudando o próprio empreendedorismo social e o empreendedor a desenvolver e disseminar as suas ideias e projetos. No fundo, falamos de uma capacidade de recriação, assumindo-se cada vez mais como uma maior necessidade.

Ao mesmo tempo e perante os resultados da análise, foi possível perceber que nem todas as inovações são inovações sociais e nem todas geram valor social, podendo subsistir um lado negro, no fundo, falamos em motivos egoístas, por detrás da missão social.

Palavras-chave: empreendedorismo social; inovação social; intervenção social; valor social; organizações sociais; intervenção.

Introdução

A visão relativamente ao envelhecimento tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, quer em termos de fisiologia, quer ao nível das relações sociais e culturais. No século XXI, o envelhecimento tornou-se o fenómeno mais relevante e o que mais questões e desafios coloca.

Atualmente verifica-se uma situação complexa, onde os atuais problemas da sociedade não residem no envelhecimento, nem no aumento da esperança de vida, mas sim no facto de a sociedade não se ter adaptado ao “inverno demográfico”.

Isto mesmo passa-se em relação às organizações sociais, que com o avançar do tempo, não só se assistiu a mudanças em termos de terminologia, como é o caso dos Lares de Idosos, que hoje se designam de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS), mas de um modo global a uma mudança e importância crescente em termos do terceiro setor e da própria economia social.

Em consonância com o que se referia anteriormente, de acrescentar, com uma obrigação de reflexão no seguinte: Se o envelhecimento é um dos grandes desafios do século XXI, também as organizações sociais têm de entender que cada vez mais o modelo de atuação deverá deixar de ser centrado no assistencialismo, passando a ser numa ótica de inovação e com novas respostas e estímulos, associados, não só ao prolongar a vida, mas a proporcionar uma vida com qualidade e, sobretudo, dignidade.

O Empreendedorismo Social e a Inovação, também Social. Da Emergência há cada vez maior Urgência.

É legítimo começar por mencionar que, com o passar do tempo, temos assistido a uma relevância no papel desempenhado em termos económicos e sociais pela economia social. Mas se esta economia consegue, através dos diferentes mecanismos, gerar emprego, coesão social e atenuar os problemas sociais enraizados na sociedade, não deixa de ser necessário uma reestruturação na forma como é desenvolvida a intervenção social, não assente no assistencialismo social, mas em novos paradigmas de

atuação, como resposta aos novos desafios sociais colocados à sociedade civil (Bornstein, 2007; Carvalho e Costa, 2015). Ao mesmo tempo, esta mesma intervenção também deve caminhar no sentido de atender às diferentes necessidades dos indivíduos, ou seja, de reforçar a heterogeneidade da população, pois como refere Paugam (2003), esta não deve ser desenvolvida tendo por base num modelo único e rígido. Ou seja, centrada entre dois polos, por um lado, o contrato social (como acontece por exemplo, no RSI) e, por outro, o dever de cumprimento das normas que são estipuladas por parte dos assistidos (Paugam, 2003).

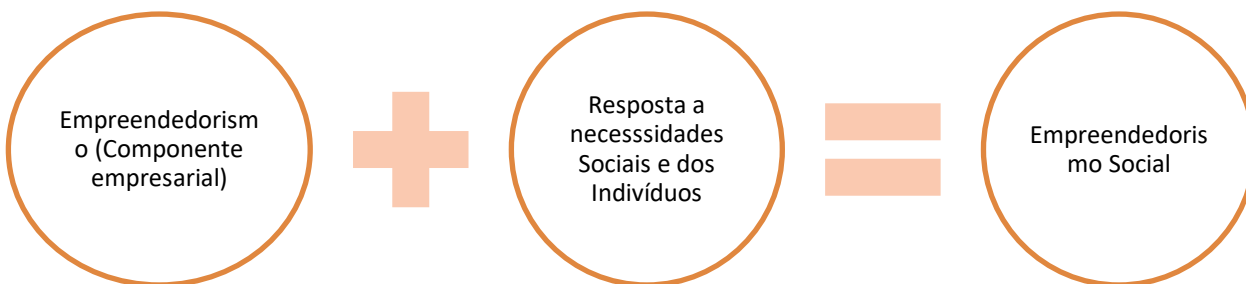
Muito mais que apoiar os indivíduos, há a necessidade destes poderem ser capacitados para que sejam cidadãos integrados socialmente. Falamos, portanto, da necessidade de um novo paradigma de atuação na área social, que se reporta precisamente ao empreendedorismo social.

Mas para se poder falar em empreendedorismo social, tem de, em primeiro lugar, ter-se uma perceção clara do que se preconiza por empreendedorismo, estando este associado claramente a uma componente privada/ empresarial. Isto mesmo vem preconizado por Tan e William (2003), clarificando que o empreendedorismo é o “processo de tentar fazer lucrar as empresas através da inovação face ao risco” (in Peredo & Mclean, 2006, p.58). Roger Martin e Sally Osberg (2007), acrescentam a esta breve referência que o empreendedorismo é a capacidade para solucionar os problemas, através de novas soluções centradas nas diferentes necessidades dos indivíduos. É de referir ainda que o lucro, o aumento de capital e o retorno financeiro são a missão principal do empreendedorismo, sendo determinante para o progresso económico e para a sobrevivência dos negócios.

Transpondo, agora, para o social este conceito, pode começar-se por evidenciar que o empreendedorismo social é uma designação resultante de dois conceitos, o primeiro já abordado anteriormente, referente à componente empresarial e o segundo relacionado com o social.

Ilustração 1

Esquematisação do conceito de Empreendedorismo Social



Fonte: Elaboração Própria

As questões do empreendedorismo social começaram a ser discutidas nas décadas de 1980 e 1990, inicialmente nos E.U.A (*social entrepreneurship*), chegando posteriormente à Europa (do Francês *entreprendre*) (Martin e Osberg, 2007; Monteiro 2017). Em Portugal, e indo ao encontro do que defende Cristina Parente (2014), este fenómeno começou a ter influência nos anos 90, encontrando a sua ideologia na caridade assistencialista presente nas misericórdias do século XV. Mas é, sobretudo, a partir do ano 2000 que começou a ganhar uma maior dimensão, num período de crise, onde o estado não conseguia dar resposta a todas as necessidades sociais, assumindo notoriedade junto da sociedade (Parente e Quintão, 2014; Quintela, 2015).

Isto mesmo é também expressado por Victoria Dumitru, Maria Alves e João Costa, relativamente ao impacto que cada vez mais este fenómeno assume, tendo revelado um “crescimento satisfatório com atividades empreendedoras e com visões muito positivas” (Dumitru, Alves e Costa, 2012, p.24).

Mas se aparentemente há uma maior aceitação em torno do empreendedorismo social, devido, sobretudo, aos resultados já alcançados, verifica-se que ainda não se gera em termos conceptuais um consenso global e rigoroso entre os diferentes investigadores, como referenciado tanto por Martin e Osberg (2007), como por Dees (1998). Isto mesmo pode em muito justificar-se através do que é defendido pelas diferentes escolas de pensamento que se debruçam sobre o estudo do empreendedorismo social.

De forma a facilitar a leitura e compreensão, foi construída a seguinte tabela, onde a mesma apresenta as principais ideias defendidas pela escola de empreendedorismo social, escola da inovação social e ainda pela escola europeia.

Tabela 6

Ideias defendidas pelas escolas de pensamento em relação ao empreendedorismo social

Escola de empreendedorismo social (Abordagem Americana)	Escola da inovação social (abordagem Americana)	Escola europeia
Ferramentas de gestão	Criação de valor social	Funcionamento interno das organizações
Desenvolvimento de atividades comerciais, enquanto via de sustentabilidade económica;	Respostas economicamente sustentáveis	Interesses sociais em detrimento dos interesses do capital.
Geração de receitas, como condição essencial que possibilita o desenvolvimento dos empreendimentos.	<i>Empowerment</i> e capacitação tanto dos indivíduos, como das comunidades	Viabilidade económica é necessária.
Empresas do setor privado com responsabilidade social.	No centro do pensamento/ atuação encontra-se o indivíduo. Ou seja um único empreendedor a desenvolver uma determinada iniciativa.	O empreendedorismo social presente nas organizações não lucrativas (objetivo social).
Organizações do setor não-lucrativo.	A inovação é o pilar essencial da atuação desta escola de pensamento.	Centrada no coletivo e não no individual.
Centrada no coletivo e não no individual.	Em termos de participação, verifica-se que esta escola defende contrariamente à escola europeia não a gestão democrática, como pilar essencial, mas sim a constituição de parcerias e redes.	Vários empreendedores preocupados com a solução para uma determinada necessidade.
Vários empreendedores preocupados com a solução para uma determinada necessidade.		Envolvimento dos diferentes <i>stakeholders</i> na tomada de decisões (“gestão democrática e participada” Monteiro, 2017, p.54).
Os fundadores é que decidem se estabelecem parcerias com outros <i>stakeholders</i> .		

Missão social comum às três escolas de pensamento.

Fonte: Elaboração própria com base em Parente (2015) e Monteiro (2017)

Salienta-se perante o que é exposto na tabela anterior que o empreendedorismo social em Portugal tem as suas raízes precisamente na escola europeia. Um aspeto que é transversal às três escolas, refere-se ao facto de todas elas defenderem que o empreendedorismo social tem presente na sua intervenção uma forte componente social (missão social).

Perante a pluralidade de conceitos apresentados, torna-se necessário serem tomadas posições concetuais. Neste sentido, associamos ao empreendedorismo social a “procura de oportunidades para gerar mudança social” (Mair & Martí, 2006, p.37). Ou ainda como salientado por Cristina Parente e Carlota Quintão, “novas formas de organização e intervenção” (Parente e Quintão, 2014, p.11).

Ao que já fora mencionado anteriormente, Martin e Osberg, (2007), no estudo que fazem em torno do empreendedorismo social, consideram-no como um processo sequencial, constituído por diferentes elementos, mais concretamente (1) identificação de um problema social, ou seja, de uma necessidade, muitas das vezes resultantes da

falta de resposta em termos políticos e financeiros; (2) deteção de uma oportunidade de intervenção para a resolução dos problemas sociais; (3) criando valor social (a base do empreendedorismo social) e, por fim; (4) gerando resultados perante as necessidades detetadas, diminuindo, por um lado, o risco social e possibilitar, por outro, uma sociedade mais igualitária.

Nesta linha de pensamento, pode afirmar-se que se está perante novas abordagens para resolver os problemas negligenciados pela sociedade e gerando ao mesmo tempo valor social. Neste tipo de empreendedorismo, o valor económico não é a principal motivação dos empreendedores ainda que sendo um meio que possibilita atingir um fim, contrariamente ao que acontece no empreendedorismo do setor empresarial, onde o valor económico é que possibilita medir a criação de valor (Dees, 1998; Mair e Martí, 2006; Martin e Osberg, 2007). É possível evidenciar perante o que já foi sendo abordado ao longo do presente ponto, que existe uma separação entre o empreendedorismo e o empreendedorismo social (c.f. tabela 2).

Tabela 7

Empreendedorismo e empreendedorismo social, pontos divergentes e convergentes

Empreendedorismo	Empreendedorismo Social
Valor monetário;	Valor Social (o valor económico não é o objetivo principal, deverá servir
Retorno financeiro;	unicamente para apoiar as iniciativas empreendedoras);
Sobrevivência dos negócios;	Contributo para ajudar a resolver as necessidades sociais dos
Aumento de capital.	indivíduos;
	Mudança Social;
	Nova forma de intervenção e resolução dos problemas sociais.
Relação entre Empreendedorismo e Empreendedorismo Social	
Desenvolvimento de soluções para os problemas que vão surgindo;	
Cooperação;	
Mudança.	

Fonte: Elaboração própria.

Mesmo existindo esta separação em termos de conceitos, não se pode deixar de evidenciar a relação que se consegue estabelecer entre o empreendedorismo privado e o social. Defendemos perante todos os elementos que caracterizam cada uma destas formas de empreendedorismo que o desenvolvimento de soluções para os problemas que vão surgindo, a cooperação entre os diferentes indivíduos envolvidos, assim como

a mudança que as soluções empreendedoras geram, são três fatores comuns aos dois tipos de empreendedorismo.

Na designação do The Canadian Oxford Dictionary, o empreendedor é considerado como uma pessoa que “inicia ou organiza uma empresa comercial, envolvendo um determinado risco financeiro” (Barber, 1998, in Peredo e Mclan, 2006, p.57). Ou ainda o que defende Schumpeter, considerando que os empreendedores são a “força necessária para impulsionar o progresso económico” e ainda “agente de mudança na economia” (Shumpeter, 1996, in Martin e Osberg, 2007, p.31). Além de o empreendedor ser visto como impulsionar de mudança, para Peter Drucker (1985) e Scott Shane (2003), este mesmo indivíduo tem assente a ideia de gerar oportunidade perante as diferentes necessidades que vão surgindo (in Monteiro, 2017).

Gregory Dees (1998), debruçando-se sobre o estudo e concetualização do empreendedorismo social, expõe que os empreendedores sociais desempenham um papel de agentes de mudança no setor social, sendo estes cruciais para servir a sua missão, através de um processo de contínua inovação, adaptação e aprendizagem, norteados sempre por um objetivo social de melhoria da qualidade de vida das pessoas, como também defendido por Peredo e Mclan, (2006); Parente e Quintão (2014).

Neste sentido, afirmamos que o empreendedor social tem que e deve desenvolver a sua missão, consoante os princípios éticos e sociais, não estando unicamente preocupado com a rentabilidade e lucro gerado, além de que, e transpondo a opinião de Alcides Monteiro este indivíduo, designado pelo próprio como um “Empresário Social”, deve combinar missão social, com arrojo económico (Monteiro, 2017, p.53). Claro que nunca se poderá gerar lucro, ele surge não como a missão central da atuação do empreendedorismo, nem do empreendedor, mas sim associado à importância da sustentabilidade e replicabilidade das diferentes iniciativas que são desenvolvidas. No empreendedorismo social o lucro não é monetário, mas sim “social”, sendo o motivo principal que faz mover a missão do empreendedor.

Por tudo isto referido, acreditamos que o empreendedor social é um líder, tendo paixão para realizar a sua missão, fruto de uma visão social diferenciadora em conjunto com outros indivíduos, assumido com o passar dos anos uma importância acrescida em diferentes áreas, seja em torno das questões sociais, seja na área da saúde ou até

mesmo nos direitos humanos e intervenção comunitária (Dees, 1998; Mair e Martí, 2006; Bornstein, 2007; Nicholls e Cho, 2006, in Lopes, Parente e Marcos, 2014).

É passível, independentemente da ideologia dos dois tipos de empreendedores, verificar um ponto de contacto na atuação de ambos. Estes indivíduos são vistos tanto por Schumpeter como por Drucker, como impulsionadores de mudança e a inovação social surge com o objetivo de melhorar a sociedade e a vida dos indivíduos, tendo ao mesmo tempo a capacidade de transformar as necessidades em oportunidades, vindo ao mesmo tempo desafios nos obstáculos (Dees, 1998; Martin e Osberg, 2007).

Enquadrados nesta perspetiva de análise em torno do empreendedorismo social, surge, como verificado a inovação social, o conceito que não se pode dissociar do primeiro, uma vez que não só Bornstein (2007), mas também Parente e Quintão (2014) e Quintela (2015) consideram o empreendedorismo social como sendo a procura e desenvolvimento de soluções inovadoras para os diversos problemas da sociedade, traduzindo-se em inovação social sempre que se criem respostas mais efetivas para as problemáticas sociais (Santos, 2012, in IES e IPAV, 2015). Perante esta associação, torna-se imperativo perceber o que é a inovação social.

A palavra inovação teve origem no latim *innovare*, referindo-se na perspetiva de Cristina Parente a uma “capacidade de recriação”, ou seja, a adoção de novos procedimentos, eliminação de práticas rotineiras, procurando, por sua vez, novos mecanismos de intervenção” (Parente, 2014, p.245). Este mesmo conceito possibilitou que Taylor e Gabor (1970), fossem os primeiros a considerar o conceito de inovação social como uma nova maneira de fazer as coisas, dando resposta aos problemas sociais existentes (in Cloutier, 2013; Pacheco e Santos, 2015).

Se cada vez mais a inovação social se assume como uma necessidade, verifica-se através daquilo que defendem diversos autores que o conceito ainda não se encontra devidamente esclarecido. Independentemente das diferentes abordagens, todas caminham na mesma direção, ou seja, na resolução de problemas existentes, através do desenvolvimento de novas atividades e serviços, processos de integração, novas competências e novas formas de colocar os indivíduos a participar (André & Abreu, 2006; NESTA, 2008; Guitérrez, 2009).

Face ao que foi mencionado, torna-se necessário ao mesmo tempo acrescentar que o empreendedor social deve ele próprio quebrar todas as rotinas, porque segundo Alcides

Monteiro “a partir do momento em que a rotina se instala, o empreendedor deixa de o ser” (Monteiro, 2017, p.48). É perante esta necessidade de quebrar a rotina que a inovação social veio acrescentar valor e arrojo ao empreendedorismo social, com novas perspectivas e metodologias de atuação perante as necessidades sociais, seja através de uma ideia inovadora construída de raiz ou de uma ideia já existente e adaptada a um contexto específico, respondendo de forma mais eficaz às diferentes necessidades, expectativas e interesses da população-alvo (Mulgan, 2006). Trata-se, segundo a OCDE, de “fornecer soluções inovadoras para problemas sociais não resolvidos” (OCDE, 2010, p.186). Defendemos, portanto, a relação que deverá sempre existir entre o empreendedorismo e a própria inovação social e acrescenta-se ainda que o empreendedor social necessitará sempre de adotar processos eficazes de inovação social para conseguir alcançar os seus objetivos (sociais).

Mesmo perante a importância atribuída à inovação social, não se pode deixar de evidenciar a dificuldade que existe em torno da clarificação deste mesmo conceito, podendo levar a uma tendência de se considerar qualquer inovação como inovação social. A Comissão Europeia alerta para este mesmo facto, referindo que “nem todas as inovações são inovações sociais” (Comissão Europeia, 2013, p.7). Perante esta afirmação, pode questionar-se: o que distingue a inovação da inovação social?

A resposta encontra-se nas quatro dimensões que analisam de forma longitudinal uma inovação social, definidas por Chambon, David e Devevey (1982), sendo elas: (1) a “forma” estando direccionada para a maneira como se desenvolvem os mecanismos; (2) o “processo criativo e implementação”, dando indicações da forma como se desenvolve a inovação social; (3) os “atores”, os principais intervenientes na inovação e, por fim; (4) as “metas de mudança”, ou seja, os resultados que a inovação gera (in Cloutier 2003, pp.9-11).

O empreendedorismo social, aliada à inovação social deve ter na sua génese uma capacidade transformadora, uma vez que como já mencionado anteriormente, o empreendedorismo social parte sempre de uma necessidade social que é detetada pelo empreendedor social e posta em prática através de um processo de inovação social, devendo gerar ao mesmo tempo *empowerment* nos indivíduos e grupos considerados de risco.

Fazer um parêntesis, para acrescentar que durante o período de vida das inovações sociais, estas têm obrigatoriamente de ir acompanhando as transformações sociais e as necessidades dos seus públicos-alvo, gerando continuamente valor social, que como defendem Cristina Parente e Carlota Quintão (2014), é o valor criado para o bem-estar social.

Este mesmo valor social pode relacionar-se não só com o próprio processo, como abordado anteriormente, mas está intrinsecamente ligado com os diferentes eixos de intervenção que o empreendedorismo contempla. Seja na esfera privada, onde se encontram as práticas de responsabilidade social das empresas, existindo cada vez mais uma necessidade de apoiar causas sociais. Isto mesmo é evidenciado por Cone *et al.*, (2003), afirmando que as empresas que “demonstram um sentido de responsabilidade social destacam-se num mundo cada vez mais diferenciado em termos de serviços” (in Peredo & Mclann, 2006, p.63). Assim como na criação, gestão e sustentabilidade das organizações da economia social, onde os métodos de negócio do empreendedorismo empresarial são aplicados no social.

Torna-se necessário fazer uma breve observação relacionada com as organizações da economia social para mencionar que o empreendedorismo e a inovação social não substituem a economia social, antes acrescentam-lhe valor, sendo uma resposta efetiva para a complexidade dos problemas que este setor, cada vez mais enfrenta. A juntar aos dois eixos referidos anteriormente, acrescentam-se, ainda, as iniciativas com fins não lucrativos na procura de estratégias alternativas de financiamento, através da criação de modelos de empreendedorismo social, assente nas perspetivas da economia solidária (Mair & Martí, 2006; Parente & Quintão, 2014).

Uma coisa é certa nem tudo é perfeito e a inovação social tem o seu lado negro, muito associado ao facto de poder existir um aproveitamento em torno da causa social ou como referem Peredo e Mclan “motivos egoístas por detrás da missão social” (Peredo & Mclan, 2006, p.59).

Estamos a falar de uma área incompatível com o egoísmo e com o desperdício de conhecimento e pessoas. Não devendo ao mesmo tempo estar assente em práticas que visam criar valor lucrativo em proveito de uma causa social. É necessário, portanto, contornar o lado negro do empreendedorismo e da inovação social.

A este lado negro, também se acrescenta um limite do empreendedorismo e da inovação social, uma vez que estes não podem ser encarados como formas de ativismo social (Martin & Osberg, 2007).

Podemos terminar por questionar se existe compatibilidade entre empreendedorismo, inovação social, economia social e terceiro setor.

As opiniões divergem bastante, há quem defenda que não existe nenhuma compatibilidade entre empreendedorismo social e a economia também ela social, como é o caso de Parente (2015), suportada por diversos autores, como Boschee e Maclurg (2003), referindo precisamente que as organizações do terceiro setor não se consideram formas de empreendedorismo social. Além destes autores, Dewandre, (2009) e Sibille (2010), defendem também eles a incompatibilidade entre estas duas áreas, expondo ao mesmo tempo que a “economia social e empreendedorismo social não são sinónimos” (Dewandre, 2009; Sibille, 2010, in Monteiro, 2017, p. 58).

Contrariamente, Alcides Monteiro defende outra posição, salientando que é possível uma compatibilidade entre empreendedorismo, inovação social e economia social. Refere mesmo que “o empreendedor social já é parte integrante das organizações da Economia Social e solidária, com responsabilidades de salvaguarda da relação entre a finalidade económica e os valores da solidariedade” (Monteiro, 2017, p.53).

Atendendo ao exposto anteriormente e perante as diferentes posições, defendemos claramente que existe compatibilidade entre o empreendedorismo social e a economia social, mas que esta ainda não foi alcançada, devido, sobretudo, ao desconhecimento que ainda hoje o empreendedorismo social provocada e de no interior das organizações sociais este fenómeno ainda não ter tido a expressão que se esperava. É exemplo disso o facto de fora das organizações serem diversas as iniciativas relacionadas com o empreendedorismo social, enquanto que no seu interior, devido a um desconhecimento concetual e prático, continua a ser usada a terminologia de economia social.

Mesmo defendendo esta compatibilidade, salientamos igualmente, que é ao mesmo tempo necessário um duplo esforço, por um lado, novas estratégias de atuação para a economia social e ainda as organizações devem, como refere Alcides Monteiro sair “fora das suas paredes” (Monteiro, 2008, p.12). Por outro lado, o empreendedorismo através de processos de inovação social deverá ser a *alavanca* que ajuda no desenvolvimento destas organizações. Não concordando com a posição de incompatibilidade salientada

por Cristina Parente, como anteriormente foi salientado, aceitamos mesmo assim o facto de a autora referir que “as organizações do terceiro setor se encontram num patamar frágil de empreendedorismo social”, indo ao encontro do que se terminou de mencionar e defender (Parente, 2015, p.83).

Conclusão

Estamos confrontados com um novo paradigma, fruto das transformações estruturais da sociedade, mais concretamente em termos políticos, económicos e sociais, onde é necessário um conjunto de sinergias eficazes para dar resposta aos riscos sociais que vão surgindo.

Neste sentido, a expressão de Jeff Skoll, juntamente com estas transformações, leva a pensar que mesmo o mundo seja considerado um lugar complicado, torna-se necessário reformular as práticas adotadas, de se poder arriscar, querer ir mais além, fazendo melhor e de maneira diferente, respondendo às necessidades tanto dos indivíduos, como das próprias organizações sociais e da sociedade.

O empreendedorismo e a inovação social, podem ser considerados a energia que as organizações, as pessoas e a própria sociedade precisam, não só para a resolução dos problemas sociais que vão surgindo, mas, ao mesmo tempo, para o seu desenvolvimento. O mesmo acontece com os projetos sociais e as práticas instituídas, que cada vez mais devem seguir na capacitação e envolvimento das pessoas, em vez de atuarem de forma meramente assistencialista.

Referências Bibliográficas

- Alves, M. L. (2012). Conceito de empreendedorismo social. In S. Félix, L. Alves & V. Sirghi (Eds.), *Manual de empreendedorismo social: uma abordagem sistémica* (13-19). Caldas da Rainha, Portugal: AIRO.
- André, L. e Abreu, A. (2006). Dimensões e espaços da inovação social. *Finisterra*, XLI (81), 121-141.
- Bornstein, D. (2007). *Como mudar o mundo: os empreendedores sociais e o poder de novas ideias*. Cruz Quebrada, Portugal: Estrelapolar.

- Cloutier, J. (2003). Qu'est-ce que l'innovation sociale? Cahier du CRISES. *Collection Études théoriques*, (ET0313). CRISES, Quebec.
- Carvalho, L. G. e Costa, T. G. (2015). *Empreendedorismo, visão global e integradora*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Dumitru, V. S., Alves, M. L. e Costa, J. E. G. (2012). Empreendedorismo Social em Portugal. In S. Félix, L. Alves e V. Sirghi (Eds.), *Manual de empreendedorismo social: uma abordagem sistémica*, (21-28). Caldas da Rainha, Portugal: AIRO.
- Dees, J. G. (1998). *O significado do empreendedorismo social*. Escola de graduação em administração – Universidade de Stanford. Recuperado de <http://www.uc.pt/feuc/ceces/ficheiros/dees>.
- Mair, J. e Marti, I. (2006). Social entrepreneurship research: a source of explanation, prediction, and delight. *Journal of world business*, 41 (1), 36-44.
- Martin, R. L. e Osberg, S. (2007). Social entrepreneurship: the case for definition. *Stanford social innovation review*, 5 (2), 28-39.
- Monteiro, A. (2017). Empreendedorismo social: fundamentos e dilemas de um movimento recente. In N. Augusto, (Ed.), *Sociedade em Debate* (45-69). Famalicão, Portugal: Himus.
- NESTA, (2008). Social innovation: new approaches to transforming public services, (18), 1-4.
- OCDE (2010), Social entrepreneurship and social innovation. Recuperado de http://ec.europa.eu/internal_market/social_business/docs/conference/oecd_en.pdf.
- Pacheco, A. S. V. e Santos, M. J. N. (2015). Inovação social: proposição de um modelo de análise. In M. J. N. Santos & F. M. Seabra (Eds.), *Inovação Social & Desenvolvimento* (7-38). Lisboa, Portugal: Editora RH.
- Paugam, S. (2003). *A desqualificação social*. Porto, Portugal: Porto Editora.
- Parente, C., (2014). Introdução. In C. Parente (Ed.), *Empreendedorismo social em Portugal* (1-10). Porto, Portugal: Universidade do Porto, Faculdade de Letras.
- Parente, C. (2015). O estado do empreendedorismo social em Portugal: reflexões a partir dos modelos de intervenção e de gestão em organizações do terceiro sector. *Revista de Economia Solidária*, (8), 82-111.

- Parente, C. e Quintão, C. (2014). Uma abordagem eclética ao empreendedorismo social. in C. Parente (Ed.), *Empreendedorismo social em Portugal* (11-74). Porto, Portugal: Universidade do Porto, Faculdade de Letras.
- Peredo, A. M. e McLean, M. (2006). Social entrepreneurship: a critical review of the concept. *Journal of world business*, 41 (1), 56-65.
- Quintela, A. (2015). Valor societal do empreendedorismo social em Portugal. *Revista de economia solidária*, 1 (8), 128-145.

“O autor declara não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: O Recurso às Tecnologias na
Reconfiguração do Centro de Dia: Desbravar Caminhos

Título resumido do manuscrito: Funcionamento de um Centro de Dia em
Contexto Pandémico

Inês Gomes

Assistente Social, Câmara Municipal de São João da Madeira | inessoaresgomes@hotmail.com

ORCID: 0009-0005-2296-418X

Hermínia Gonçalves

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento | hgoncalves@utad.pt

ORCID: 0000-0002-1051-9311

Daniela Monteiro

Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal

Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos | dmonteiro@ucp.pt

ORCID: 0000-0002-3968-1531

Resumo

Com a chegada do SARS-CoV-2 a Portugal, vários organismos e instituições sociais foram desafiados a reconfigurações nos processos de atuar no envelhecimento, cuja sistematização oferece elementos importantes para reconfigurar os serviços prestados em Centro de Dia.

Este artigo explicita dificuldades operativas enfrentadas pelos Centro de Dia durante o período pandémico; analisa condicionalismos de acesso a este tipo de serviços e práticas na resposta a vulnerabilidades geriátricas concretas, em idosos em contexto de isolamento profilático. O objetivo passa por perspetivar a reconfiguração da resposta Centro de Dia em contexto pós-pandémico, adaptando a resposta e permitindo serviços em casa, através da articulação com o Serviço de Apoio Domiciliário. A pesquisa foi orientada pela questão de investigação, terão os Assistentes Sociais conseguido utilizar

estratégias reconfiguração do centro de dia com recurso às tecnologias?

Do ponto de vista metodológico optou-se pelo estudo de caso, de natureza auto-etnográfica e qualitativa, articulando a análise documental de fontes secundárias, documentos da instituição, com a observação e registo em diário de campo, bem como, entrevistas a idosos e técnicos.

Os dados apontam que o apoio domiciliário e os contactos pontuais com idosos foram paulatinamente introduzidos em utentes de centro de dia. A reconfiguração da resposta teve o propósito de garantir o apoio domiciliário de assistência, permanecendo desafiada a uma maior monitorização domiciliária e ao reforço de atividades socio-relacionais.

Palavras-chave: Covid-19; idosos; serviços de centro de dia; estratégias de reconfiguração; envelhecimento no lugar.

Introdução

A 31 de dezembro de 2019, autoridades de saúde da República Popular da China relataram à Organização Mundial de Saúde (OMS) casos de pneumonia, mais tarde identificados vírus SARS-CoV-2, com origem em Wuhan.¹¹ Em Portugal, as medidas restritivas de confinamento e trabalho remoto tiveram consequências na vida dos cidadãos, das empresas, e, designadamente, das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS),¹² nomeadamente com a suspensão de atividades em determinados equipamentos sociais, como foi o caso da resposta social Centro de Dia. O ano de 2020 fica marcado por alterações na forma de viver das populações com destaque para as pessoas idosas consideradas um grupo de risco no que toca à mortalidade por Covid-19 (Tarazona-Santabalbina et al., 2020) e que, face a medidas de distanciamento e de isolamento profilático, viram agravadas fragilidades internas por fatores externos (Hammerschmidt & Santana, 2020). A necessidade de prevenção do contágio, no caso das pessoas idosas, traduziu-se em perdas de contacto social, com consequências no aumento de comportamentos sedentários, de redução de atividades

¹¹ O vírus difundiu-se globalmente, levando a OMS a declará-lo uma pandemia em 11 de março de 2020. A perigosidade do contágio, leva Portugal, à semelhança da orientação internacional, a 18 de março de 2020 decretar o Estado de Emergência pelo Presidente da República (Decreto-Lei n.º 14-A/2020).

¹² Decreto-Lei n.º 10-A/ 2020, 13 de março.

físicas (e.g. caminhadas ou ginástica), de perdas de mobilidade (Brooke & Jackson, 2020; Hoffman et al., 2020), agravamento de patologias como depressão, ansiedade, sofrimento psicológico e perturbações do sono resultantes do isolamento e distanciamento social (Lau et al., 2023), dimensões amplamente estudadas e descritas na literatura. Este contexto desafiou familiares e, particularmente, de instituições sociais de apoio, à utilização dos contactos telefónicos, à substituição do apoio pelos dos serviços de apoio ao domicílio e a adoção de tecnologias digitais para estimularem a sociabilidade dos idosos, impossibilitados de frequentar os equipamentos sociais ou socializar em contextos institucionais (Berg-Weger & Morley, 2020).

O artigo percorre as noções conceptuais que nos permitem situar e compreender a pesquisa (ponto 2); o esclarecimento do modelo de análise (ponto 3); a apresentação dos resultados (ponto 4); a discussão à luz da questão central (ponto 5); e a conclusão sistematizando um conjunto de estratégias para organizar o modelo de intervenção nesta resposta social (ponto 6).

Clarificação conceptual

A pandemia COVID-19 trouxe e aportou conhecimento que, pós-pandemia, levam a reforçar as reflexões sobre a importância do envelhecimento ativo, bem-sucedido e do *ageing in place*. Remonta ao final dos anos 90 do século XX a introdução do termo de envelhecimento ativo, pela OMS, cuja abordagem se baseia nos direitos humanos das pessoas idosas e nos Princípios das Nações Unidas que reforçam, para esta população, a importância de princípios como independência, participação, dignidade, cuidado e autorrealização (WHO, 2002). É uma abordagem que sublinha a participação e o envolvimento na comunidade, sendo descrito pela WHO (2002) como o processo de otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Este compartilhamento de experiências e valorização das suas habilidades/competências contribuiu para combater os efeitos do envelhecimento demográfico e os preconceitos sociais em relação às pessoas mais velhas (Ribeiro, 2012). Nesta sequência, surgem outros conceitos como o de envelhecimento bem-sucedido incorporando teorias biomédicas e psicossociais. Para Bowling & Dieppe (2005, citado por M. F. Almeida, 2007), tal conceito estrutura-se em três componentes: prevenção de doenças e incapacidades, maximização das funções

cognitivas e físicas, e envolvimento ativo e compromisso com a vida, proporcionando acesso aos direitos e atividades que reforçam o bem-estar, promovam relacionamentos interpessoais e sentimentos de utilidade social. Por seu turno, o conceito de *Ageing in Place*, associado ao envelhecimento saudável, reforça a importância de permitir, garantindo condições, que as pessoas idosas permaneçam em casa com apoio formal e informal, assegurando o seu bem-estar e qualidade de vida (Fonseca, 2021). Iecovich (2014) explora diversas dimensões desse conceito, incluindo a física (relacionada à habitação e comunidade), social (envolvendo relações interpessoais), psicológica e emocional (ligada ao sentimento de pertença) e cultural (valorizando crenças e valores pessoais) referindo, ainda, que não significa apenas envelhecer na própria habitação, mas, junto da comunidade, da família, dos vizinhos, amigos e outro tipo de estruturas que façam sentido para a pessoa idosa.

Desde as pioneiras do Serviço Social, Mary Richmond e Jane Adams (Ribeirinho, 2013), a intervenção social no envelhecimento mereceu a atenção dos assistentes sociais, implicando competências relacionais, comunicacionais, de empoderamento e de mediação. Ganham relevo no envelhecimento atividades de promoção de sentimento de segurança, autoestima, relacionamentos saudáveis e de estímulo ao senso renovado de propósito de vida (Ribeirinho, 2012). Nesse contexto o Serviço Social desempenha, um papel essencial, na salvaguarda dos princípios dos Direitos Humanos, desafiando estereótipos, evitando comportamentos idadistas que ameacem os direitos dos idosos (Ribeirinho, 2012).

O período pandémico foi altamente desafiante no que diz respeito à reconfiguração dos serviços prestados em respostas sociais, permitindo aos profissionais recolherem ensinamentos, nomeadamente, no que diz respeito à mobilização de tecnologias digitais e de contacto telefónico regular, especialmente para atender às necessidades emergenciais (Cardoso et al., 2020). Este cenário desafiador permite destacar a importância do Serviço Social na adaptação às mudanças demográficas e sociais, reeducando a sociedade e oferecendo novas oportunidades e experiências aos idosos, nomeadamente, no domínio da sua capacitação digital (Gibson et al., 2020).

Métodos

Esta investigação adotou uma abordagem metodológica fundamentada no paradigma sócio-crítico, realizada por meio de um estudo de caso organizado na modalidade de estágio, que permitiu uma compreensão holística e detalhada da situação investigada (Yin, 2001), o que permitiu uma compreensão aprofundada da dinâmica do Centro de Dia estudado, num período de transição entre o contexto pandémico e pós-pandémico. Uma vez que se procurava responder à seguinte questão de investigação: Terão os Assistentes Sociais conseguido utilizar estratégias reconfiguração do centro de dia com recurso às tecnologias?

Prosseguimos a investigação com recurso ao método qualitativo, procurando compreender reconfigurações da resposta e visões do apoio por parte de profissionais e idosos. Mobilizamos paralelamente o método auto-etnográfico que vai além da mera observação, enfatizando a abordagem consciente, emocional, reflexiva e crítica, descodificando aspetos da vida cultural e social que podem escapar às metodologias de investigação convencionais (Furtado et al., 2022).

A observação participante decorreu ao longo de um período de oito meses (1050h), realizando registo em diário de campo, que nos permitiram mais tarde esclarecer os dados. A pesquisa bibliográfica, a análise documental e a realização de entrevistas semiestruturadas foram instrumentos de recolha de dados. Entrevistamos dois técnicos e quatro idosos da Instituição em análise, respeitando todas as exigências éticas de uma investigação. A análise categorial e de discurso foi utilizada para tratamento dos dados significativos da reconfiguração, nomeadamente no que à utilização de tecnologias digitais diz respeito.

Resultados

Esta investigação focou-se na reconfiguração da resposta social Centro de Dia, explorando em particular, competências profissionais para o trabalho com os idosos, dificuldades operativas desta fase, reconfiguração, e estratégias mobilização de novas tecnologias, visões dos profissionais e dos idosos.

Visões dos profissionais

O Centro de Dia dá resposta a necessidades várias - sobrevivência, motricidade, segurança, relação social e bem-estar. A assistência e o cuidado diurno, a par com o

reforço da relação social diurna, constam do propósito dos serviços prestados e estão claramente presentes no cotidiano de funcionamento da resposta. A visão dos profissionais, destaca competências imprescindíveis ao trabalho com pessoas idosas, conforme se descreve na tabela 1.

Tabela 8

Competências profissionais para o trabalho com pessoas idosas.

Categorias	Discurso
Acadêmicas	<i>Para mim a maior competência é (...) vontade de aprender, eu acho que isso é meio caminho andado para as coisas correrem bem, (...) gostar de fazer diferente, e de fazer com que as pessoas se sintam bem e tornar esta fase do envelhecimento, uma fase mais leve (...) (E1) (...) muita motivação para trabalhar com esta faixa etária e formação acadêmica (...) há vários perfis e trazem problemas muito complexos [considerando o trabalho complexo salienta a importância do conhecimento abstrato] (E2)</i>
Empáticas e pessoais	<i>(...) é ter gosto pela área. Porque a pessoa pode não ter formação, pode não ter conhecimento, mas se tiver o gosto(...) (E1) (...) são pessoas com uma vivência muito grande, e que têm costumes, tradições, têm crenças, muito específicas. E por isso, nós temos que saber adequarmo-nos e entender... ter um bocadinho dessa sensibilidade, de empatia de nos colocarmos no lugar deles (...) (E2)</i>
Procedimentais	<i>(...) gostar de ouvir, e de conversar... porque realmente eles gostam muito de ser ouvidos, e de ouvirmos as experiências que eles têm para partilhar connosco (...) (E2) [quando a resposta está aberta] Temos cada vez mais trabalho com os processos individuais...e com a gestão das vagas, das ementas, dos processos. (E1)</i>

Fonte: Adaptado de Gomes (2022, pp. 33–34)

Destacaram competências acadêmicas e científicas face à complexidade do envelhecimento, ainda mais importantes no atual quadro de pandemia. As competências empáticas e pessoais são transversais a todo o discurso, deixando perceber que é determinante a sensibilidade dos profissionais. Destacaram ainda competências procedimentais de trabalho individual e de gestão, muito significativas com o avolumar do trabalho nesta fase, desafiada a diferentes *modus operandi* da resposta centro de dia.

A investigação permitiu destacar dificuldades, sentidas pelas profissionais em diversos momentos, quer durante a pandemia, quer aquando da reabertura da resposta social Centro de Dia. Veja-se a tabela 2.

Tabela 9

Dificuldades operativas no dia-a-dia de trabalho

Categoria	Discurso
Gestão do trabalho diário	<i>Andamos sempre a correr... [expõem sentimentos ambivalentes] eu hoje não dei muita atenção a isto... ou ainda não consegui resolver aquele problema...(E1)</i> <i>Pronto a falta de tempo realmente, para gerir algumas necessidades de utentes, necessidades da equipa, responder a algumas solicitações que temos... Também como é uma instituição, temos uma direção e a própria direção também exige de nós determinadas coisas... portanto, acabamos por jogar com aquilo que é um bocadinho mais prioritário (E2)</i> <i>Realmente, a falta de tempo... parece que passamos o dia a correr e que nunca temos tempo para nada. No fundo fazemos muita coisa, é verdade, mas achamos sempre que temos falta de tempo (E2)</i>
Gestão de vagas	<i>(...) responder a todas as solicitações de utentes para entrada no Centro de Dia. (E2)</i> <i>(...) ficámos sempre no limite dos utentes (...) vagas completamente cheias (...) não conseguimos dar resposta a todos os pedidos. E2</i> <i>Ver a aflição ...vá, de um familiar, ver a brevidade que queriam em ver aquele assunto respondido (...) (E1)</i>
Gestão de recursos humanos	<i>"Se calhar nesta área, o mais difícil às vezes é a falta de pessoal... a gestão de recursos (...) Eu acho que nesta área, e se calhar noutras também, mas a falta de recursos ou, às vezes os problemas que há com os recursos humanos [baixas médicas, gestão da rotatividade, relações inter profissionais](E1)</i>

Fonte: Adaptado de Gomes (2022, p.37)

Os profissionais manifestaram dificuldades operativas em três dimensões do trabalho. Na gestão processual do trabalho diário, os profissionais destacaram a falta de tempo para o exercício das funções. A gestão das vagas também apresenta narrativas críticas que remetem para a escassez do número de vagas. Por último, enumera-se a dificuldade na gestão de recursos humanos, percecionada como um problema da prática, muito associado à escassez dos quadros e a rotatividade das equipas.

No período pré-pandémico, a gestão de vagas foi determinante, uma vez que o Centro de Dia é uma resposta com vagas limitadas pela Segurança Social, frequentemente com taxas de ocupação completas, em que o profissional é confrontado com a gestão de critérios de acesso. No período pandémico as dificuldades operativas que ganharam relevo foram a organização e gestão processual do trabalho diário, face ao volume de trabalho exigido pelo *multitasking* e pelo funcionamento das equipas em espelho, a par com o avolumar das exigências burocráticas e logísticas, a que se somaram preocupações de transmissão do vírus, com relatos de sentimentos de culpa, e ao mesmo tempo de receio que os idosos não estivessem seguros em casa, sem o apoio da resposta Centro de Dia.

Práticas de Reconfiguração

A pandemia forçou as instituições a repensarem e reavaliarem as suas práticas, nomeadamente, dos Centros de Dia, para garantirem o apoio adequado aos idosos.

Nos discursos das técnicas foi possível constatar que a reconfiguração da resposta foi

tímida. Durante a primeira fase de encerramento, a falta preparação para responder a situações inesperadas, a escassez de recursos e a sua realocação dos funcionários a outras respostas da instituição, constam das narrativas de justificação do encerramento. Ainda assim, referem algumas estratégias de intervenção que paulatinamente foram introduzindo, à medida que a pandemia se prolongou no tempo. Veja-se a tabela 3.

Tabela 3

Reconfiguração da resposta Centro de Dia

Categorias	Discurso
Serviço de Apoio ao Domicílio em alimentação e higiene	<i>(...) alguns utentes começaram a ter serviço de apoio ao domicílio, os que precisavam de cuidado de higiene ou alimentação (...)</i> (E1) <i>(...) sabíamos que a própria instituição tinha um serviço que poderia continuar a funcionar, que era o serviço de apoio ao domicílio, que já prestava alguns cuidados a alguns dos utentes que comumente eram utentes das duas valências... outros que não eram, porque pronto, não tinha sido necessário até à data, passaram a ser.</i> (E2) <i>(...) disponibilizámos o serviço de apoio ao domicílio para os utentes que ainda não eram utentes, dessa valência e aumentamos os serviços dos utentes que já eram.</i> (E2) <i>(...) muitos só tinham refeição à noite por exemplo, ou só ao fim-de-semana e passaram a ter diariamente... alguns não tinha higiene, ou só tinham uma ao final do dia e passaram a ter duas... portanto houve este ajuste e adequação.</i> (E2)
Mobilização de cuidadores familiares e vizinhos	<i>(...) E algumas estratégias para os próprios cuidadores, para poderem diminuir o desgaste deles próprios. Pronto, e tivemos que passar algumas estratégias quer para o bem-estar do cuidador, quer do utente.</i> (E2)
Envio por email de atividades de estimulação cognitiva	<i>Chegámos a enviar algumas coisas por email para familiares que tinham facilidade no acesso, para que fossem desenvolvendo com eles (...)</i> (E2)
Acompanhamento telefónico	<i>(...) foi feito um acompanhamento assim, portanto telefónico, a alguns dos utentes e familiares (...)</i> (T2) <i>(...) acompanhar um bocadinho à distância (...)</i> (E2)
Visitas domiciliárias	<i>(...) nós próprios fazíamos visitas aos utentes em casa para saber como é que os utentes estavam e para eles também sentirem que não era por estarem aqui que deixavam de ter a nossa preocupação (...)</i> (E1)

Fonte: Adaptado de Gomes (2022, p.47)

Foi frequente a reconfiguração da resposta centro de dia no fornecimento de cuidados de alimentação e higiene através do Serviço de Apoio Domiciliário, nomeadamente quando as pessoas idosas não tinham suporte familiar. De entre as estratégias, o Serviço de Apoio ao Domicílio foi a alternativa de resposta social mais significativa. Os técnicos referem procedimentos de levantamento de necessidades junto dos utentes e familiares para determinar o tipo de apoio necessário em casa, ao nível da higiene ou alimentação. Nalguns casos houve uma revisão das necessidades de apoio para se incluírem serviços adicionais de aquisição de bens de consumo de primeira necessidade.

Percebem-se, pontualmente, estratégias de continuidade de serviços relacionais e de estimulação cognitiva com a distribuição, pelos familiares, de exercícios para serem realizados em casa. Foi frequente a suspensão do apoio relacional e comunicacional

durante o período pandémico, embora, progressivamente, se registassem contactos pontuais através das tecnologias. Paralelamente, os profissionais destacam a realização de visitas domiciliárias e de contactos telefónicos com os familiares e com os utentes, com o objetivo de monitorizar e atualizar o tipo de necessidades a que deviam dar resposta.

A relevância do contacto de proximidade, do acompanhamento e da intervenção comunicacional junto dos utentes, confirmou-se uma fragilidade durante o período pandémico, face à dificuldade de mobilizar novas tecnologias ao trabalho com idosos, veja-se a tabela 4.

Tabela 4

Novas tecnologias como possível resposta inovadora

Categorias	Discurso
Possível alternativa ao encerramento	<i>É assim podia ser... podia ter sido uma resposta (...) (E1)</i> <i>Era uma possibilidade... e agora vendo isto de uma forma mais fria, com outros olhos, e depois de já ter passado por tudo isto, era uma forte possibilidade.(E2)</i> <i>(...) De qualquer das formas, penso que poderíamos ter, pelo menos com algumas pessoas, apostado e ter insistido... Porque era uma forma de pelo menos, dinamizarmos uma sessão ou outra... mais que não seja servir só para dizer olá, e pedirem-nos alguma coisa.(E2)</i> <i>(...) se calhar eles conseguiam estar conectados connosco e teria sido melhor para eles, e para nós também que ficávamos mais descansados.(E2)</i>

Fonte: Adaptado de Gomes (2022, p. 47-48)

De uma forma geral, os discursos consideram que foi limitado o recurso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) neste contexto. Problemas de falta de rede, domínio profissional, familiar e individual na utilização desses dispositivos, estão entre os fatores evocados. Além disso, muitas das pessoas idosas demonstraram relutância em adotar e utilizar as tecnologias digitais, alegaram falta de habilidade e receio de danificar os dispositivos.

No confronto entre a prática e o questionamento da investigação os profissionais foram refletindo campos da prática que poderiam ter reforçado o trabalho de sociabilidade, conforme tabela 5.

Tabela 5

Sugestões de intervenção futuras

Categorias	Discurso
Workshops e reuniões	<i>(...) Mas se realmente, nós não formos trabalhando esta questão [forçar o uso de tecnologias],</i>

familiares	<i>nunca vão entender. Nunca vão achar familiar usar isto. Portanto, realmente era uma questão de insistir (E2)</i>
Visitas domiciliárias	<i>(...) poderíamos ter estado de forma presencial nalguns casos, no domicílio. (...) por exemplo duas vezes por semana (...) Já era bom... podíamos acompanhar, podíamos ir numa carrinha por exemplo, ou então ir à parte, para (...) assegurar, portanto, alguma atividade, algum momento, alguma partilha, alguma participação com eles. Claro, sempre de forma segura, e preservando sempre a segurança de todos. Mas poderíamos tê-lo feito! Não havia necessidade de tanto medo. (E2)</i>

Fonte: Adaptado de Gomes (2022, p. 50-51)

Visões dos idosos

Procurou-se conhecer a realidade e o dia-a-dia dos idosos que se encontravam nas suas casas, sem o acesso ao Centro de Dia. A maioria dos entrevistados referiu, *“estar em casa na companhia dos filhos”, “ocupados nas tarefas domésticas”, “por vezes só porque os filhos estão a trabalhar em casa”*. Referem que passaram o tempo *“a ver televisão”, a interagir “com animais de estimação” e “a fazer pequenas caminhadas”* (Gomes, 2022, p.53-56). Foi possível perceber alguma nostalgia no confronto com a escassez de atividades relacionais na instituição. Os idosos partilharam discursos que se centraram em sentimentos negativos, de tristeza, aborrecimento, solidão. Veja-se, *“Sentia-me muito triste e isolado, apesar de não me faltar nada! (E14)”*

Ou, discursos de resignação face à impossibilidade de socializar: *“Era necessário...tivemos que o enfrentar dessa forma [o vírus], vinha muito aqui a minha vizinha... mas nem entrava! (E13). “*

Apesar destes sentimentos negativos, são apontados sentimentos de otimismo, que demonstram claramente a importância da subjetividade na compreensão dos problemas do envelhecimento. *“Gostei muito de estar em casa juntos dos familiares (E12). “*

Ou, *“A minha família ?!... uns no trabalho outros na escola.... deram-me apoio! (E13). “*

Os discursos dos entrevistados referem o apoio familiar e de amigos como tendo sido a alternativa ao centro de dia. Não identificando com clareza contactos institucionais regulares. Esta situação crítica, teve impactos mais evidentes em idosos sem retaguarda familiar que enfrentaram maior exposição à solidão.

Discussão

Durante o período pandémico há evidências de dificuldades operacionais da resposta e de agudização das necessidades sociais de apoio associadas à velhice. Nos discursos dos profissionais foi possível constatar que a reconfiguração da resposta social foi tímida, mas desencadeou algumas estratégias de intervenção que permitiram responder a

necessidades prioritárias dos utentes do Centro de Dia no seu domicílio. Segundo Melo et al. (2020) as dificuldades sentidas pelos profissionais que trabalhavam com idosos no período pandémico agravaram-se, sobretudo as relativas à mudança de comportamentos no que diz respeito à utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) e coletiva, para evitar o contágio. Bem como as dificuldades de realização de planos de contingência, nem sempre articulados com a pretensão de implementar programas de intervenção que combatessem o isolamento. A alocação de profissionais a respostas/serviços com os quais não estão familiarizados, a imposição de turnos prolongados, foram comuns e levaram a dificuldades na gestão de recursos humanos. A investigação revelou dificuldades operativas enfrentadas pelos técnicos, e simultaneamente necessidades sociais de interação acutilantes, nos idosos, que desafiam as instituições a abordagens integradas, contextualizadas, mobilizadoras de diferentes redes de proteção social, institucional, familiar, comunitária e de vizinhança. Exige-se dos profissionais maior articulação de formas de suporte institucional, como o Apoio Domiciliário, com o suporte familiar e comunitário.

Há um conjunto de necessidades associadas ao envelhecimento, fisiológicas, psicológicas, socio-relacionais - tanto mais evidentes em períodos de isolamento social prolongado, como nos mostrou a pandemia da COVID-19. Assim sendo, as dimensões de apoio imprescindíveis devem atuar sobre os seguintes campos: saúde, alimentação, higiene, estimulação cognitiva, motora e social, que implicam o envolvimento de uma equipa de profissionais multidisciplinar, e a construção de processos de trabalho integrados, colaborativos e contextualizados. Bonfim e Saraiva (1996) destacam que o Centro de Dia visa atender às necessidades básicas dos idosos, proporcionando apoio psicossocial e relações interpessoais. Manchola (2000) sublinha a dimensão de serviço diurno e multidisciplinar, destinado a pessoas com problemas socio-assistenciais, criando condições para que os familiares possam desempenhar as suas atividades laborais. Nesta linha, Almeida e Gros (2012), observam que o Centro de Dia supre a solidão dos idosos que vivem sozinhos e complementa os cuidados familiares durante o dia, funcionando como uma substituição dos laços familiares.

Os dados evidenciam a necessidade de se repensar a abrangência desta resposta social, e o mais possível, a sua contextualização num conceito abrangente de *ageing in place*, mobilizador de diferentes sistemas de proteção social. O período pandémico permitiu

fazer ensaios ao nível da maior articulação entre redes de apoio familiar e comunitário, reveladores de funcionalidade. Esta investigação dá-nos elementos para ajustar a resposta, a partir do potencial de ensinamentos trazidos pela reconfiguração durante a pandemia. Seifert & Cotten (2023) mostram que as soluções digitais não podem ser a única solução, sobretudo quando intervimos com populações e territórios infoexcluídos, contudo, Delello & McWhorter (2017) reconhecem que a utilização das novas tecnologias com as gerações mais velhas traz vantagens, de conhecimento, de laços familiares mais estreitos e de conexão com a sociedade em geral.

Conclusão

Com esta investigação conclui-se que as dificuldades operativas sentidas pelos técnicos, são, sobretudo de conciliar atividades de sociabilidade com o trabalho gestor. A gestão de vagas, a gestão de recursos humanos, a organização diária de trabalho e a falta de tempo para estar com o utente, ouvi-lo e dar-lhe importância, estão entre os fatores mais presentes nas narrativas. O período pandémico intensificou as dificuldades enumeradas anteriormente e acrescentou novas dificuldades relacionadas com preocupações associadas ao medo da transmissão do vírus, e ao sentimento de escasso apoio. O desafio enfrentado pela instituição em análise, foi o de encontrar resposta às necessidades durante a suspensão da resposta.

O apoio domiciliário e os contactos pontuais com idosos foram paulatinamente introduzidos para utentes de centro de dia. A reconfiguração da resposta foi progressiva, e teve o propósito de garantir o apoio domiciliário de assistência. Foi possível concluir que esta reconfiguração ocorre para assegurar as necessidades básicas dos utentes.

Os dados empíricos sublinharam a importância das chamadas telefónicas periódicas, essenciais, quer para a continuidade de proximidade com o utente, quer para a identificação de necessidades ou possíveis problemas. A literatura avança com a importância das TIC para manter os utentes monitorizados ou para reforçar a relação com outras pessoas.

Referências Bibliográficas

Almeida, M. F. (2007). Envelhecimento : activo ? bem sucedido ? saudável ? possíveis coordenadas de análise.... *Forum Sociológico*, 17, 17–24.

<https://doi.org/10.4000/sociologico.1599>

- Almeida, M. S., & Gros, M. C. (2012). Viver até morrer: que modelos organizativos inventar? In M. C. Silva & A. Romão (Eds.), *VII Congresso Português de Sociologia "Sociedade, Crise e Reconfigurações"* (pp. 1–14). Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(5), 456–458. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>
- Bonfim, C., & Saraiva, M. E. (1996). *Centro de Dia: condições de localização, instalação e funcionamento*. Direção Geral da Ação Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Cardoso, J., Vilar, D., & Castilho-Martins, I. (2020). *Relatório do estudo - Desafios ao Serviço Social no contexto da COVID-19*.
- Delello, J. A., & McWhorter, R. R. (2017). Reducing the Digital Divide. *Journal of Applied Gerontology*, 36(1), 3–28. <https://doi.org/10.1177/0733464815589985>
- Fonseca, A. M. (Ed.). (2021). *Ageing in Place. Envelhecer em Casa e na Comunidade* (1ª). Fundação Calouste Gulbenkian, Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.
- Furtado, B. T., Cimpleris-Alkmim, A., Lima, F. A. dos S. O., & Ramalho-de-Oliveira, D. (2022). Autoetnografia colaborativa em tempos de pandemia: uma experiência de ensinoaprendizagem terapêutica e decolonial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 26, 1–21. <https://doi.org/10.1590/interface.210140>
- Gibson, A., Bardach, S. H., & Pope, N. D. (2020). COVID-19 and the Digital Divide: Will Social Workers Help Bridge the Gap? *Journal of Gerontological Social Work*, 63(6–7), 671–673. <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1772438>
- Gomes, I. S. (2022). *Estratégias e modalidades de funcionamento da resposta social Centro de Dia em Contexto Pandémico* [Dissertação de Mestrado em Serviço Social]. Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro.

- Hammerschmidt, K. S. de A., & Santana, R. F. (2020). Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. *Cogitare Enfermagem*, 25, e72849-19. <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>
- Hoffman, G. J., Webster, N. J., & Bynum, J. P. W. (2020). A Framework for Aging-Friendly Services and Supports in the Age of COVID-19. *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4–5), 450–459. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1771239>
- Iecovich, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21–32.
- Lau, J., Koh, W. L., Ng, J. S., Khoo, A. M. G., & Tan, K. K. (2023). Understanding the mental health impact of COVID-19 in the elderly general population: A scoping review of global literature from the first year of the pandemic. *Psychiatry Research*, 329, 115516. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2023.115516>
- Manchola, E. A. (2000). Recursos sociosanitarios: centros de día. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10(2), 115–123.
- Melo, S., Guedes, J., & Ribeiro, Ó. (2020). Combater o isolamento dos idosos em tempos de pandemia. In I. Machado & S. Melo (Eds.), *(Re)Inventar a intervenção social em contexto de pandemia* (pp. 32–41).
- Ribeirinho, C. (2012). (Re)Criar a intervenção gerontológica. In C. Moura (Ed.), *Processos e estratégias do envelhecimento: intervenção para um envelhecimento ativo* (pp. 51–64). Euedito.
- Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In M. I. Carvalho (Ed.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 177–199). Pactor.
- Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, (2), 33–52. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426539987004>
- Seifert, A., & Cotten, S. R. (2023). Digital Distance in Times of Physical Distancing: ICT Infrastructure and Use in Long-Term Care Facilities. *American Behavioral Scientist*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00027642231155361>
- Tarazona-Santabalbina, F. J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M. T., & García-Navarro, J. A. (2020). COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(4), 191–192. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.04.001>

WHO. (2002). *Active ageing: a policy framework* (p. Japanese publication also includes the title: Glob). World Health Organization.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2ª). Bookman.

“As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Os idosos enquanto cidadãos de pleno direito: Breve abordagem acerca da tutela internacional e constitucional dos Direitos dos Idosos

Título resumido do manuscrito: Os idosos enquanto cidadãos de pleno direito

Joana Oliveira da Silva Aroso Marques

Advogada e Sócia da JPAB – José Pedro Aguiar-Branco & Associados, Sociedade de Advogados, S.P.R.L |

joana.aroso@jpab.pt

ORCID: 0009-0009-8263-311

Resumo

Cientes de que a longevidade se afigura, atualmente, como um facto incontornável e como uma inegável conquista civilizacional, importa cada vez mais refletir acerca do enquadramento dos direitos dos idosos como direitos humanos, quer no plano Internacional quer no plano nacional, fazendo uma breve análise crítica das Convenções existentes e da Constituição da República Portuguesa.

Pensar juridicamente a condição dos mais velhos, enquanto cidadãos de pleno direito, livres de desenvolver a sua personalidade e de envelhecerem com dignidade, autonomia e de modo ativo e saudável, é o desafio a que nos propomos, focando os vetores essenciais da aprendizagem ao longo da vida e do paradigma residencial como aspetos fundamentais para que tal desenvolvimento ocorra.

A abordagem do tema na perspetiva do exercício da cidadania visa, numa lógica de capacitação, trazer para o espaço público, que lhes é devido, os “novos idosos” que o progresso científico e económico nos permite hoje, conhecer, e um dia vir a ser, na expectativa de que a sua e a nossa voz ativa retire da invisibilidade aqueles que, por alguma razão, se encontrem em situações de maior vulnerabilidade, fragilidade ou solidão.

Palavras-chave: direitos dos idosos; direitos humanos; cidadania; aprendizagem ao

longo da vida; capacitação

Introdução

Cientes de que a longevidade se afigura, atualmente, um facto incontornável e constitui uma inegável conquista civilizacional, importa cada vez mais refletir acerca do enquadramento dos direitos dos idosos como verdadeiros direitos humanos, quer no plano internacional, quer no plano nacional.

Na verdade, estamos profundamente convencidos de que é no debate, aberto e multidisciplinar, acerca do tema do envelhecimento e na educação para a longevidade, nas suas diversas vertentes, que podemos contribuir, de modo relevante, para o exercício da nossa cidadania, em qualquer idade.

A abordagem do tema na perspetiva do exercício da condição de cidadãos visa, numa lógica de capacitação, trazer para o espaço público, que lhes é devido, os “novos idosos” que o progresso científico e económico nos permite hoje, conhecer, e um dia vir a ser, na expectativa de que a sua - e a nossa - voz ativa retire da invisibilidade aqueles que, por alguma razão, se encontrem em situações de maior vulnerabilidade, fragilidade ou solidão.

Nesta perspetiva, pensar juridicamente a condição dos mais velhos, enquanto cidadãos de pleno direito, livres de desenvolver a sua personalidade e de envelhecerem com dignidade, autonomia e de modo ativo e saudável, é o desafio a que nos propomos neste breve excurso, por entendermos que o Direito não pode andar arredado de qualquer reflexão que incida sobre a condução da nossa vida.

Neste sentido, tivemos em consideração as orientações da Organização Mundial da Saúde (2023), nomeadamente no que se refere à definição, dada por esta organização, do que seja o “envelhecimento ativo” (enquanto processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que permite o bem-estar à medida que se envelhece), bem como o supramencionado enquadramento jurídico, traduzido na análise das mais relevantes Convenções ou instrumentos internacionais, bem como da Constituição da República Portuguesa.

Métodos

À luz das orientações e critérios fornecidos pelos que considerámos serem os mais

relevantes instrumentos jurídicos internacionais para a proteção dos direitos dos idosos, e guiados, também, pela Constituição da República Portuguesa, procurámos perceber de que modo partir da conceção dos direitos dos mais velhos como direitos humanos e como direitos fundamentais poderá ter implicações diretas, e em que domínios, na criação de oportunidades para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem.

A nossa reflexão parte da premissa de que o Direito pode ajudar a alterar aquele que ainda parece ainda ser o paradigma dominante em relação ao envelhecimento e aos mais velhos, colocando ao serviço desta mudança de paradigma aquelas que são as suas ferramentas. E que ferramentas são essas?

Numa dimensão individual, a ferramenta do reforço da perceção de que os direitos dos idosos são direitos humanos, direitos de cariz fundamental, protegidos internacionalmente e a nível nacional, o que sucederá através da capacitação e da educação para o exercício destes direitos. Numa dimensão coletiva ou de comunidade, através do contributo que o Direito pode dar na construção das políticas públicas e na sua operacionalização através dos instrumentos que lhe são próprios, nomeadamente os diplomas de cariz legislativo e regulamentar.

A final, apresentamos os desafios que esta reflexão representa, procurando apontar algumas pistas e concretizações, sempre com enfoque nos pilares da educação, da saúde, da participação e da segurança.

Resultados

Não poderíamos deixar de fazer referência, neste breve excurso, a alguns dados objetivos cujo conhecimento e análise se afigura muito relevante.

Em todo o Mundo, o número de pessoas com idade superior a 60 anos está a crescer mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária, fruto do chamado duplo envelhecimento, traduzido na redução da taxa de natalidade e no aumento da longevidade.

Entre 1950 e 2050 – a população com 60 ou mais anos passará de 14 milhões para 386 milhões a nível global, ou seja, mais de 22% da população Mundial. Portugal é, neste momento, já o 4.º país mais envelhecido do Mundo e o 2.º mais envelhecido da Europa. A baixa natalidade e o aumento da longevidade que se verificou nas últimas décadas, no

nosso País, refletem-se na chamada pirâmide etária (INE, 2023), relativa ao nosso País, em 2022, e que evidencia um estreitamento dos grupos etários da base e um alargamento nas idades mais avançadas.

De acordo com os dados do Census 2021, a percentagem da população residente em Portugal, com 65 ou mais anos, era de 23,4%. – praticamente um quarto da população Portuguesa. Em Portugal, em 2020, a esperança média de vida, à nascença, de cerca de 82,7 anos. Porém, Portugal é usualmente referido como um dos Estados-membros da União Europeia onde se vive menos tempo - deste “tempo extra” (Cavendish, 2019), que ganhámos - de forma saudável, ou seja, sem qualquer incapacidade ou limitação. A esperança de vida saudável depois dos 65 anos em Portugal ainda é inferior, em cerca de 3 anos, à média europeia, de acordo com os dados também fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (2023).

Parece evidente que estamos perante aquilo que Alexandre Kalache (2021), em diversas palestras, entrevistas e escritos, designa por a “Revolução da Longevidade”, porque efetivamente nunca a Humanidade beneficiou da possibilidade de viver vidas tão longas, o se revela extremamente desafiante.

Ora, como acima já aventámos, existem alguns instrumentos Internacionais que constituem importantes fontes normativas e interpretativas, em matéria de direitos dos idosos.

Por facilidade, mencionaremos apenas aqueles que mais diretamente se debruçam sobre o tema em análise, sem a pretensão de esgotarmos esse elenco (Aroso & Magalhães, 2021).

Na verdade, como bem destaca Gomes (2020), «Os idosos [...], vendo engrossar as suas fileiras nas últimas décadas, não têm, todavia, merecido do Direito Internacional a atenção que outros grupos de população “vulnerável” granjeiam. [...] Porventura essa ausência se deverá a uma maior dificuldade de identificar a idade, por si só, como uma condição de vulnerabilidade; mas o certo é que crescentemente se clama por uma maior assertividade do Direito Internacional neste campo.» Esta Autora salienta, aliás, a discussão existente e os esforços que têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de vir a ser adotada uma Convenção Internacional, de alcance universal, para proteção dos direitos dos idosos, à semelhança do que já existe para proteção dos direitos das crianças ou das pessoas com deficiência.

Importa desde logo considerar, por se tratar de um instrumento de cariz universal, o n.º 1 do artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), que proclama que «Todo o ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e à sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle.»

Ainda no contexto das Nações Unidas, vale a pena recordar que, em 1991, a Assembleia Geral adotou os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas (Ministério Público de Portugal, s.d.), enumerando 18 direitos das pessoas idosas relacionados com a sua independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade.¹³

O cenário muda um pouco quando avançamos para a análise de instrumentos jurídicos de cariz Regional. Nestes é frequente encontrarmos referências à proibição de discriminação em razão da idade, e, embora menos comum, uma abordagem um pouco mais focada nos direitos específicos dos idosos.

Por se tratar de um instrumento jurídico, de redação inovadora e dotada de particular sensibilidade no que ao tipo de envelhecimento desejado se refere, destacamos a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos, assinada em 2015,¹⁴ aprovada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos, merecedora de uma leitura detalhada e atenta (Ministério Público de Portugal, s.d.). Mas, fazendo um breve excursus acerca do enquadramento europeu dos direitos dos idosos, daremos aqui nota apenas dos instrumentos que se nos afiguram mais pertinentes para o tema tratado.

Começamos, assim, pela Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, adotada pelo Conselho da Europa, em 4 de novembro de

¹³ Na regulação do princípio da independência, refere-se expressamente que «4. Os idosos devem ter acesso a programas adequados de educação e formação; 5. Os idosos devem ter a possibilidade de viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e capacidades em transformação; 6. Os idosos devem ter a possibilidade de residir no seu domicílio tanto tempo quanto possível».

No contexto do princípio da Assistência, merece realce a menção de que «13. Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura; 14. Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas.»

E, no âmbito do princípio da Realização pessoal, destaca-se que «15. Os idosos devem ter a possibilidade de procurar oportunidades com vista ao pleno desenvolvimento do seu potencial. 16. Os idosos devem ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.» (sublinhados nossos).

¹⁴

1950, que entrou em vigor em 1953 e cuja “proteção” incumbe ao Tribunal Europeu dos Direitos do Homem. Apesar de muito relevante enquanto quadro geral de direitos, não contém qualquer disposição específica para a proteção dos direitos dos idosos.¹⁵

Disposições pertinentes contém, sim, a Carta Social Europeia Revista (CSE), instrumento jurídico multilateral internacional de cariz regional, aprovado também no âmbito do Conselho da Europa, em 1996, e que entrou em vigor na ordem jurídica internacional em 1999.¹⁶

A CSE, no seu artigo 23.º, consagra o direito das pessoas idosas a uma efetiva proteção social, comprometendo-se as Partes, com vista a assegurar o exercício efetivo deste direito, a permitir às pessoas idosas:

- i. permanecerem durante o maior período de tempo possível membros de pleno direito da sociedade; prevê-se expressamente que tal passará pela atribuição de recursos suficientes, que permitam aos idosos levar uma existência decente e participar ativamente na vida pública, social e cultural; e ainda pela disponibilização de informação relativa aos serviços e equipamentos ao dispor das pessoas idosas e da possibilidade de estas àqueles recorrerem;
- ii. escolherem livremente o seu modo de vida e levar uma existência independente no seu ambiente habitual, enquanto o desejarem e tal for possível, mediante a disponibilização de habitações apropriadas às suas necessidades e estado de saúde ou de ajudas adequadas com vista ao arranjo da sua habitação; a disponibilização dos cuidados de saúde e dos serviços que o seu estado exigir;
- iii. que vivam em instituições, terem a garantia de uma assistência apropriada, no respeito da sua vida privada, e a participação na determinação das condições de vida da instituição;

Como pode constatar-se, embora mais vocacionada para a perspetiva social de proteção dos idosos, a CSE é ambiciosa e detalhada. No entanto, a mesma não foi, até ao momento, ratificada pela União Europeia, não sendo as suas disposições vinculativas

¹⁵ Tal não invalida que os idosos beneficiem de todos os direitos previstos na Convenção, merecendo especial destaque os constantes do Artigo 3.º – proibição de tratamentos desumanos e degradantes; do Artigo 5.º – direito à liberdade e à segurança; do Artigo 8.º – direito ao respeito pela vida familiar e pelo domicílio; e do Artigo 14.º – proibição de discriminação; Bem assim, o Protocolo adicional à Convenção de Protecção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, assinado em Paris, em 1952, consagra, no seu Artigo 2º, o Direito à instrução, prevendo que a ninguém pode o mesmo ser negado.

¹⁶ Esta Carta foi ratificada por Portugal, vinculando o nosso país desde 2002. A versão inicial da Carta Social Europeia, de 1961, não automatizava os idosos como grupo vulnerável.

nem aplicadas diretamente pelos Tribunais. Nas palavras de Faria (2017), «A Carta Social Europeia que se mostra provavelmente mais ambiciosa e aventureira, porventura mais humana, do que a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, nesta matéria, não é aplicada directamente pelos tribunais, embora as suas normas devam ser utilizadas como critério interpretativo interpretativo e como reforço das decisões jurisprudenciais.»

Salientamos ainda o artigo 25.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia¹⁷, cuja “proteção” incumbe ao Tribunal de Justiça da União Europeia, e que alude expressamente aos “Direitos das Pessoas Idosas”, lembrando que «A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural.»

As principais críticas dirigidas a este normativo têm que ver com alguma falta de conteúdo substantivo, atento o facto de o mesmo não impor aos Estados quaisquer formas de atuação, apenas parecendo proibir políticas ou leis que afetem os direitos dos mais velhos.

Tendo agora em consideração o contexto nacional, dediquemos um olhar atento à nossa Constituição da República Portuguesa (CRP).¹⁸

O artigo 1.º, porta de entrada da CRP, refere que Portugal é uma República Soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária. Esta dignidade é a de cada pessoa em concreto, na sua vida real e quotidiana, nas suas necessidades. É, pois, a cada pessoa concreta que o Estado deve assistência e cuidado, e é a cada sujeito que são conferidos direitos e deveres. A dignidade da pessoa humana determina, como é evidente, o respeito pela liberdade e pela autonomia de cada um, e, bem assim, exige condições de vida capazes de assegurar essa liberdade e bem-estar.

Por isso mesmo, a Constituição proclama que «todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei» (artigo 13.º) e que “todos os cidadãos gozam dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição» (artigo 12.º, n.º

¹⁷ A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia foi proclamada a 7 de dezembro de 2000, sem efeito jurídico vinculativo, constituindo então apenas um compromisso político. As adaptações necessárias à Carta seriam efetuadas para que adquirisse o mesmo valor que os Tratados, o que levou a uma segunda proclamação da Carta a 12 de dezembro de 2007. O cumprimento da Carta passou a ser obrigatório para as Instituições da União, Órgãos e Agências e para os Estados-Membros quando aplicam o direito da União Europeia com a entrada em vigor do Tratado de Lisboa, a 1 de dezembro de 2009.

¹⁸ A CRP atualmente vigente foi, na sua versão originária, aprovada pelo Decreto de aprovação da Constituição de 10 de abril de 1976, publicado na I Série do Diário da República, n.º 86/1976, desse dia, e entrou em vigor no dia 25 do mesmo mês.

1).

São estes princípios englobantes que nos devem nortear – e não os podemos perder de vista – quando olhamos para a parte da CRP dedicada aos direitos sociais, e, dentro destes, aos direitos de certos grupos, como sejam os idosos.

Ora, a CRP de 1976 veio consagrar, de modo inovador, no artigo 72.º, uma política para a terceira idade em Portugal. Esta norma viria a ser alvo de nova redação, aquando da revisão constitucional de 1997, por via da qual também surge, na nossa lei fundamental, a consagração, no artigo 26.º, do direito ao desenvolvimento da personalidade.

Foi neste contexto – e cremos que não por coincidência – que o n.º 1 do artigo 72.º viu também a sua redação ser alterada, sendo ao mesmo aditada a expressão «... que respeitem a sua autonomia pessoal».

A redação conferida pela revisão constitucional de 1997 permanece atual, não tendo o artigo 72.º sido objeto de qualquer alteração nas revisões que lhe seguiram: «1. As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. 2. A política de Terceira Idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.»

Como vemos, o n.º 1 desta norma mantém a sua matriz densificadora de direitos dos cidadãos mais velhos, que nos permite configurar constitucionalmente a existência de um verdadeiro direito fundamental à terceira idade, enquadrado no capítulo dos Direitos Sociais. O n.º 2 assume o seu cariz de norma programática, aludindo genericamente às medidas que devem ser promovidas no contexto da política de Terceira Idade e aos objetivos que tal política pública deve promover.

Assim, os direitos reconhecidos às pessoas idosas visam, em primeira linha, respeitar a sua autonomia pessoal e evitar e superar o isolamento ou a marginalização social. A autonomia pessoal ganhou, deste modo, reconhecimento no texto constitucional, deixando antever a perceção de uma dimensão da velhice e dos idosos para além da velhice enfraquecida, carente social e economicamente: a dos idosos autónomos, ativos, que buscam a sua realização pessoal e que pretendem, como até então, manifestar livremente a sua personalidade e continuar a participar proactivamente na

sociedade.

Como nos dizem Canotilho & Moreira (2007), «este paradigma constitucional de pessoa idosa acolhe as ideias da aceitação, promoção e inserção dessa pessoa – cultura positiva da velhice –, visando dar-lhe um estatuto autónomo e activo (*successful ageing*), contrariamente às ideias tradicionais de reforma passiva e “desactivada” (“envelhecimento passivo”), sendo que «os direitos das pessoas idosas assumem tanto mais importância quanto é certo que os progressos nas condições de vida e nos cuidados de saúde vão prolongando a esperança média de vida, ampliando por conseguinte o tempo entre abandono da vida activa e fim da vida.».

Sem prejuízo de se reconhecer a premência da necessidade de intervenção em situações de carência, tal não afasta – nem poderá afastar – a obrigação do Estado para com os demais idosos, que reclamam a possibilidade de envelhecerem de forma saudável e se manterem ativos e válidos cívica, social e culturalmente. Tal representará, no nosso entendimento, uma realização do princípio da igualdade consagrado no artigo 13.º da CR.

Na CRP, o elenco dos direitos, liberdades e garantias começa, como não poderia deixar de ser, com o direito à vida e à integridade física e moral (cf. artigos 24.º e 25.º). Segue-se-lhes, no entanto, e de imediato, o artigo 26.º, sob a epígrafe “outros direitos pessoais”, os quais, como bem referem Miranda & Medeiros (2017), estão «também implicados no princípio geral do respeito pela dignidade e personalidade humanas.».

Ora, é este artigo 26.º que, a nosso ver, constitui uma pedra angular na interpretação e na densificação do conteúdo de outros direitos fundamentais, dado que nele residem a expressão direta do princípio da dignidade da pessoa humana – e do desenvolvimento da personalidade individual do sujeito humano – que o enformam.

Refere o artigo 26.º da CRP que “A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação.” (sublinhado nosso). Nesta medida, reforçamos a ideia – inerente ao direito de desenvolvimento da personalidade – de respeito por uma esfera de autonomia pessoal e de reconhecimento de um espaço legítimo de realização pessoal (um direito geral de liberdade), que levam alguns autores, como Pinto (1999), a afirmar um verdadeiro direito ao livre

desenvolvimento da personalidade: «A afirmação da liberdade de desenvolvimento da personalidade humana e o imperativo de promoção das condições possibilitadoras desse livre desenvolvimento constituem já *corolários* do reconhecimento da dignidade da pessoa humana como valor no qual se baseia o Estado.»¹⁹. Estamos, pois, para lá do conceito de pessoa humana e de identidade pessoal, e antes no domínio da pessoa enquanto centro autónomo de decisão e de autodeterminação e realização pessoal.

Discussão

A verdade é que o direito ao desenvolvimento da personalidade, em todas as suas dimensões, raramente é pensado e associado juridicamente aos idosos, antes se associando às crianças (enquanto pessoas em formação²⁰) e aos jovens.²¹ Porém, como vimos, o artigo 26.º proíbe expressamente qualquer discriminação, o que sempre decorreria, aliás, do princípio geral de igualdade consagrado no artigo 13.º da CRP.

Vários Autores, nomeadamente da área da psicologia, confirmam que «Esta fase do ciclo vital é um momento propício para novas conquistas e para a continuidade do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural» (Schneider & Irigaray, 2008).

No entanto, o envelhecimento ainda é encarado como uma etapa indissociavelmente ligada a um declínio físico e a perda de faculdades mentais, o que, estamos certos, corresponde a uma ideia pré-concebida e há muito enraizada.

No entanto, e por tudo o que acima vimos, o direito ao (livre) desenvolvimento da personalidade não cessa com a entrada na vida adulta. Pelo contrário: a personalidade, entendida nas suas dimensões de autonomia, individualidade e liberdade de ação, pode e deve ser desenvolvida até ao fim da vida.

E, nessa medida, julgamos imperativo e premente uma mudança do enfoque das políticas da Terceira Idade, de modo que seja possível, a todos, envelhecer de forma ativa, mantendo a sua autonomia pessoal, assim garantindo a nossa dignidade e manutenção de capacidade de intervenção social e familiar.

Com efeito, a nova postura do idoso e a nova forma de encarar a velhice, que louvavelmente se agiganta no nosso país, mesmo que tardiamente face a outros países

¹⁹ Este Autor alude, a propósito das dimensões do direito ao livre desenvolvimento da personalidade, à tutela de um «núcleo irreduzível de individualidade» e ainda da liberdade de ação na interação social (em conjugação com o direito à liberdade plasmado no artigo 27.º da CRP – ob. cit., p.200).

²⁰ Cfr. Artigo 69.º da CRP.

²¹ Cfr. Artigo 70.º da CRP.

da Europa e do Mundo, reclamam do Estado e da comunidade uma nova forma de intervir.

O idoso não deve ser encarado, sem mais, como uma pessoa vulnerável, a carecer da proteção do Estado – mesmo que o seja, ainda, em alguns casos – e, mesmo quando assim, essa proteção tem de assegurar a sua autonomia pessoal.

Os direitos das pessoas idosas reclamam, atualmente, políticas para velhice para além das meramente protecionistas, que tenham em vista um envelhecimento saudável e ativo.

Por isso mesmo, pensar juridicamente a condição dos mais velhos é um desafio, atentos os preconceitos a quebrar e a tendência para regular apenas as situações de vulnerabilidade, não resistindo à adoção de uma postura paternalista, que não contempla mecanismos de capacitação, de aceitação da diversidade e de promoção de qualidade de vida destes novos mais velhos que a demografia nos diz que já estão aí.

O primeiro grande desafio do Direito é, precisamente, o de quebrar estereótipos, nomeadamente combatendo a discriminação em razão da idade, o chamado “Idadismo”.²²

E, nessa medida, eis algumas das concretizações que propomos, com base no enquadramento dos direitos idosos como direitos humanos e como direitos fundamentais:

- i. Educar para a longevidade, incluindo as questões do envelhecimento e da longevidade na formação escolar, nos mais diversos níveis e numa ótica interdisciplinar;
- ii. Concretizar o direito à educação, à cultura e ao ensino dos idosos e a sua liberdade de aprender, facilitando a frequência do ensino regular e as efetivas oportunidades de aprendizagem ao longo da vida;
- iii. Rever e alterar o paradigma das respostas de apoio social para as pessoas idosas, explorando potencialidades que a legislação já consagra, mas também soluções inovadoras;
- iv. Repensar o modelo de planeamento urbano, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde relativamente às cidades amigas do idoso,

²² A palavra Idadismo foi, desde o dia 13.04.2023, oficialmente incluída no Novo Dicionário da Língua Portuguesa, da Academia das Ciências de Lisboa, cf. se poderá confirmar em <https://dicionario.acad-ciencias.pt/>.

- ou, como preferimos dizer, cidades amigas de todas as idades;
- v. Rever a legislação laboral, de modo a promover a criação de locais de trabalho amigos de todas as idades e a permitir a convivência entre gerações, a retenção de talento sénior e a transição suave para a reforma;

A velhice apresenta-se, atualmente, como um fenómeno heterogéneo, que reclama do Estado políticas distintas, podendo dizer-se que, «na realidade, deveria falar-se de «envelhecimentos», no plural, de múltiplos e diferentes processos nos quais a velhice é vivida (Bianchi, 2020).

Conclusão

Em conclusão, ao longo deste texto, procurámos demonstrar que a intervenção e regulação do Direito são essenciais, porque interferem diretamente com a conceção que se tem dos idosos enquanto cidadãos, o que se revela essencial para combater o idadismo.

O Direito pode e deve ser visto e usado como uma ferramenta ao serviço da preparação para a longevidade, bem como do cuidado do envelhecimento e dos mais velhos, sempre que a sua situação o requeira; Só assim, verdadeiramente, não só evitaremos soluções paternalistas, como saberemos acolher, aceitar e integrar, em todas as soluções que venhamos a consagrar, a diversidade na velhice; José Eduardo Pinto da Costa - o problema é olharmos para o idoso como alguém que já foi, e não como alguém que ainda é.

Referências bibliográficas

- Bianchi, E. (2020). *A Vida e os Dias – Sobre a Velhice*, Braga: Secretariado Nacional do Apostolado da Oração - ISBN: 9789723909111
- Aroso, J. & Magalhães, O. (2021). *O direito à terceira idade enquanto direito fundamental: o direito à educação e ao ensino dos idosos*, in *Os Novos Idosos – Envelhecimento Ativo e Direito*. Coimbra: Edições Almedina, S.A - ISBN: 9789894000334
- Canotilho J., & Moreira, V. (2007). *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Volume I, (4.ª Ed.). Coimbra: Coimbra Editora - ISBN 978-972-32-1839-8

- Cavendish, C. (2019). *Tempo Extra – 10 Lições para um mundo em envelhecimento*, Braga: 20120 Editora - ISBN 9789896689421
- Dicionário da Língua Portuguesa. (s.d.). *Dicionário da Língua Portuguesa da Academia das Ciências de Lisboa*. Recuperado em 13 de abril de 2023 de <https://dicionario.acad-ciencias.pt/>.
- Gomes, C. (2020). *Notas sobre a ausência da pessoa idosa no Direito Internacional*, in *Direito e Direitos dos Idosos*. Lisboa: AAFDL Editora - ISBN 9789726294016
- Faria, P. (2017) *A protecção social das pessoas idosas na Carta Social Europeia revista, no Código Europeu da Segurança Social e no Direito Português* In *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*. ISSN 2174-6419. Vol. 7 (2017), p.302-322, disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/22254>
- Instituto Nacional de Estatística (2023). *Alunas/os inscritas/os no ensino superior (N.º) por Sexo e Idade*. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_p_etarias [consultado em 12 de outubro de 2023].
- In *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*. Vol. 7 (2017), disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/22254>, ISSN 2174-6419
- Kalache, A. (2021). *Vivemos a Revolução da Longevidade!* Recuperado em 12 de outubro de 2023 de <https://impulsopositivo.com/vivemos-a-revolucao-da-longevidade/>
- Ministério Público de Portugal (s.d.). *Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas*. Recuperado em 12 de outubro de: <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>
- Ministério Público de Portugal (s.d.). *Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas*. Recuperado em 07 de abril de 2021 de <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/convencao-idosos.pdf>
- Miranda, J. & Medeiros, R. (2017). *Constituição Portuguesa Anotada*, Volume I., (2.ª Ed. Ver). Lisboa: Universidade Católica Editora - ISBN 9789725405413
- Mota Pinto, P. (1999), *O Direito ao Livre Desenvolvimento da Personalidade*, in *Boletim da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra*. Portugal-Brasil Ano 2000. Coimbra Editora - ISSN 0303-9773
- Organização Mundial de Saúde (2020). Recuperado em 12 de outubro de 2023 de <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/healthy-ageing->

and-functional-ability

Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). *O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais*, in *Artigos. Estud. psicol. Campinas*, 25 (4), p. 585-593, disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>

“A autora declara não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Percepção do Impacto do Coronavírus:
Evidência de Validade Questionário de Impacto do Coronavírus – versão
Curta - Validade do Coronavírus Impacts Questionnaire no Brasil

Título completo do manuscrito: Percepção do Impacto do Coronavírus:
Validade do Coronavírus Impacts Questionnaire no Brasil

Fabiana de Souza Orlandi

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | forlandi@ufscar.br
ORCID: 0000-0002-5714-6890

Amanda Moretti de Souza

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Graduação em Gerontologia. São
Carlos, SP, Brasil | amandasouza@estudante.ufscar.br
ORCID: 00-0002-6053-5096

Cleanderson Costa da Silva

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | cleanderson.costa@estudante.ufscar.br
ORCID: 0000-0002-1483-6613

Diana Gabriela Mendes dos Santos

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil | dianasantos@estudante.ufscar.br
ORCID: 0000-0003-1572-5322

Layana Giselly Silva Ferreira

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil | layana.ferreira@estudante.ufscar.br
ORCID: 0000-0002-6471-9511

Thaís Lieko de Oliveira Takimoto

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | thais.takimoto@estudante.ufscar.br

ORCID: 0000-0002-1630-5592

Marisa Silvana Zazzetta

Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil | marisam@ufscar.br

ORCID: 0000-0001-6544-767X

Agradecimentos

Agradecemos ao apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Resumo

O presente estudo tem como objetivo verificar evidências de confiabilidade e validade da versão brasileira do Questionário do Impacto do Coronavírus (QIC-Br) - Versão Curta. Trata-se de um estudo transversal e psicométrico, da versão curta do QIC-Br. Foram respondidos os instrumentos: Caracterização sociodemográfica, a versão brasileira do QIC-Br curta e a Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Participaram do estudo 134 pessoas, com idade média de 33,90 ($\pm 15,39$) anos. A versão curta do QIC-Br apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach de 0,81. Além disso, evidenciou validade de construto convergente ao ser relacionada com os domínios de ansiedade ($r=0,244$; $p=0,005$), depressão ($r=0,359$; $p=0,001$) e estresse ($r=0,239$; $p=0,005$). Também apresentou poder discriminativo segundo o nível de ansiedade, depressão e estresse. Na AFE as cargas fatoriais dos itens variaram de 0,804 a 0,898 no Fator 1, de 0,702 a 0,968 para o Fator 2 e de 0,688 a 0,967 no Fator 3. A versão brasileira do QIC-Br curta apresentou evidências de confiabilidade e validade e está disponível para uso no Brasil.

Palavras-chave: estudos de validação; coronavírus; propriedades psicométricas.

Introdução

Durante o ano de 2020, majoritariamente, vivenciou-se a pandemia do coronavírus, uma infecção respiratória aguda grave causada pelo vírus SARS-CoV-2, cujo sintomas variam de manifestações leves, como sintomas similares ao de um resfriado, até a presença de quadros mais graves, com dificuldade respiratória, hospitalização e até o óbito (Xavier *et al.*, 2020). O primeiro caso confirmado ocorreu em Wuhan, localizada na província de Hubei, na região central da China, em dezembro de 2019, logo, em janeiro do ano seguinte, pesquisadores identificaram um novo tipo de vírus, que seria o responsável pelo desenvolvimento do *Coronavírus Diseases* (COVID-19). Em abril de 2020, alguns meses após a primeira notificação do vírus, cerca de mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes por conta da infecção já haviam sido confirmadas por todo o mundo, similarmente no Brasil, estima-se que haviam aproximadamente 21 mil casos e 1.200 mortes confirmadas por COVID-19 (Werneck; Carvalho, 2020).

Estima-se que, em maio de 2020, o Brasil, um dos países onde foram registradas a maior quantidade de contaminação e óbitos por COVID-19, ocupava a quarta posição em números de casos confirmados da doença e a sexta posição em relação ao número de óbitos confirmados. Ainda, neste mesmo período, os Estados Unidos representavam a primeira posição, sendo o país com maior número de casos e óbitos registrados (Cavalcante *et al.*, 2020). Por conseguinte da grande repercussão e espalhamento do vírus por todo o globo, em janeiro do mesmo ano foi instituído estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização mundial da Saúde (Rodrigues; Cavalcante; Faerstein, 2020), que enfatizava também a preocupação com o potencial do vírus de se espalhar por países socioeconomicamente mais vulneráveis, com sistemas de saúde considerados mais frágeis, consequentemente, menos preparados para lidarem com o problema.

Em consequência disso foram adotadas intervenções não farmacológicas, tal como o distanciamento e isolamento social, utilização de álcool em gel e máscaras em lugares públicos, fechamento de serviços não essenciais e até a quarentena e o bloqueio de forma geral, chamado *lockdown*, objetivando diminuir a disseminação do vírus e, consequentemente o contágio da população (Barros *et al* 2020), uma vez que métodos preventivos ou de reabilitação, tal como as vacinas ou medicamentos, respectivamente, ainda não haviam sido desenvolvidos, em consequência da ausência de informações

sobre o vírus e eficácia científica dessas ferramentas.

Contudo, embora as medidas sanitárias apresentaram-se como ferramentas de significativa usabilidade para contenção da dispersão da doença, elas também representam mudanças bruscas e repentinas no cotidiano da população, estas que refletem em alterações sociais e de saúde. Em Romero et al (2021), foi identificado que a diminuição da renda ocorreu em quase metade das residências dos idosos, nestas 23,5% sofreram pouca diminuição, enquanto 23,6% apresentaram diminuição intensa ou ficaram sem rendimentos. Além disso, também foi observado uma piora no que diz respeito à percepção das condições de saúde em 21,9% da amostra. Similarmente, em Barros et al (2020) também foram observadas alterações na saúde da população, entre os 46.161 adultos e idosos participantes, 40,4% sentiram-se tristes ou deprimidos, 52,6% relataram que sentiram-se, frequentemente, nervosos ou ansiosos, além do que 43,5% identificaram-se com o desenvolvimento de problemas de sono ou com dificuldades agravadas (48,5%), respectivamente (Barros *et al.*, 2020).

Em função das informações supracitadas verifica-se a importância da identificação das consequências ocasionadas pela pandemia na vida das pessoas e, nessa perspectiva, a relevância de instrumentos com alto nível de confiabilidade e segurança, para que estes auxiliem na identificação das demandas entre as diferentes esferas da vida e que assim seja facilitada a criação de iniciativas assertivas a cada contexto específico. A vista disso, salienta-se o Coronavirus Impacts Questionnaire (CIQ), instrumento originalmente criado e validado por Conway, Woodard e Zubrod (2020) por intermédio da realização de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, com objetivo de mensurar os impactos causados pela pandemia do coronavírus. Este é dividido em três subescalas, sendo elas: Financeira, de Recursos e Psicológica, todas com valor de alfa $\geq 0,7$, similarmente a sua pontuação total.

Visto que o instrumento em questão possui duas versões, a versão brasileira longa do instrumento foi nomeada como “Questionário do Impacto do Coronavírus (QIC-Br)” e apresentou validade e confiabilidade satisfatórias, possibilitando portanto, disponibilizá-la para uso em futuros estudos no Brasil. Contudo, dada a importância que ambas escalas apresentem evidências de validade e confiabilidade para uso no Brasil, o presente estudo tem como objetivo verificar evidências de confiabilidade e validade da versão brasileira do Questionário do Impacto do Coronavírus (QIC-Br) - versão curta.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal e psicométrico que analisou a confiabilidade e validade da versão brasileira do Questionário do Impacto do Coronavírus (QIC-Br) - versão curta, para o contexto brasileiro. O estudo seguiu o processo proposto por Beaton *et al.* (2000).

Amostra

A amostra de conveniência foi composta por 134 participantes que preencheram os seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais e acesso à internet. Não houve critérios de exclusão.

Para esta etapa foi realizado um cálculo do tamanho amostral com a assessoria de um estatístico, no entanto, é importante informar que foi considerado no mínimo 100 participantes, para que possa ser realizado a Análise Fatorial Exploratória do instrumento como recomendado pela literatura (Terwee *et al.*, 2007).

Coleta de Dados

A coleta de dados seguiu da seguinte forma: os participantes que aceitaram participar da coleta de dados assinaram o Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido e o questionário online para avaliação da escala. A coleta foi realizada no formato online, a qual foi divulgada através das redes sociais (Instagram, Facebook WhatsApp). Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: Instrumento de Caracterização Sociodemográfica e Econômica, versão curta do QIC-Br e a Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS-21).

A caracterização sociodemográfica, econômica e condições de saúde possuía as seguintes características: nome, idade, telefone, data de nascimento, sexo, etnia, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, número de pessoas que moram no domicílio, número de doenças associadas e medicamentos em uso, uso de bebida alcoólica e uso de cigarro, atividade física, auto percepção de saúde.

O CIQ foi construído e validado por Conway, Woodard e Zubrod (2020). Ele possui duas versões, uma longa e outra curta. A versão longa apresenta nove itens, abordando três

dimensões: financeira, de recurso e psicológica. O Questionário do Impacto do Coronavírus apresenta sete opções de resposta: 1 = não é verdade para mim, 2 = majoritariamente não é verdade para mim, 3 = de certo modo não é verdade para mim, 4 = nem verdadeiro nem falso para mim, 5 = um pouco verdadeiro para mim, 6 = majoritariamente verdadeiro para mim e 7 = muito verdadeiro para mim. Há três itens em que a pontuação é invertida. Quanto maior a pontuação obtida, maior o impacto percebido pelo respondente ao coronavírus (Conway, Woodard, Zubrod, 2020).

O CIQ Curta possui 6 itens (questão 1, 2, 4, 5, 7 e 8). A interpretação da pontuação é similar a longa, quanto maior a pontuação obtida, maior o impacto percebido pelo respondente ao coronavírus (Conway, Woodard, Zubrod, 2020).

A DASS-21 é uma escala de autorrelato, com três subescalas (depressão, ansiedade e estresse), tipo Likert (Vignola, 2013). A escala foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (2004) e foi adaptada e validada para o português do Brasil por Vignola (2013). A DASS-21 tem objetivo avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse, além de possuir capacidade de medir simultaneamente e distinguir a depressão, ansiedade e o estresse (Vignola, 2013).

Cada subescala da DASS-21 possui sete itens e cada item apresenta quatro possibilidades de resposta de acordo com a severidade ou frequência ordenadas de zero a três em que o indivíduo assinala aquela que mais se aplicou a ele durante a última semana (Vignola, 2013). O escore varia entre 0-42, quanto maior a pontuação, a gravidade de depressão, ansiedade ou estresse (Vignola, 2013).

A pontuação da DASS-21 também pode ser classificada segundo níveis depressão, ansiedade e estresse. Depressão normal/leve 0-9 pontos, moderado 14-20 pontos, grave 21-27 pontos e muito grave 28 ou mais pontos; Ansiedade normal/leve 0-7 pontos, moderado 10-14 pontos, grave 15-19 pontos e muito grave 20 ou mais pontos; Estresse normal/leve 0-14 pontos, moderado 19-25, grave 26-33 e muito grave 34 ou mais (Vignola, 2013).

Análise dos dados

Os dados estatísticos foram realizados com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22. Foram realizadas análises descritivas, com elaboração de tabelas, incluindo dados de tendência central (média, mínimo e máximo)

e medidas de dispersão (desvio padrão).

Também foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach, para análise da consistência interna da versão brasileira do QIC-Br. Considerou-se valores $\geq 0,70$ como satisfatórios (Terwee et al., 2007).

O Coeficiente de Correlação de Spearman, foi utilizado para verificar a validade de construto convergente entre o escore da versão curta do QIC-Br e os escores das escalas DASS-21. Para a interpretação da magnitude das correlações foram utilizados critérios adotados por Ajzen e Fishbein (1980), que considera satisfatórios valores a partir de 0,30, sendo moderado de 0,30 a 0,50 e forte $> 0,50$ abaixo de 0,30, de pouco valor prático, mesmo que estatisticamente significativas.

O Testes de Kolmogorov-Smirnov foi verificada a ausência de normalidade dos dados, adotando-se testes estatísticos não paramétricos (Teste de Mann-Whitney para dois grupos e Teste de Kruskal-Wallis para três grupos ou mais).

Foi realizada análise fatorial confirmatória da versão brasileira do QIC-Br Curto para verificar a validade estrutural. Além disso, verificou-se CFI: Índice de Ajuste Comparativo (valor ideal $\geq 0,90$); NFI/TLI: Índice de Ajuste Normando (valor ideal $\geq 0,90$); GFI/AGI: Qualidade do ajuste (valor ideal $\geq 0,80$, $\geq 0,85$) e RMSEA: Raiz do erro Quadrático Médio de Aproximação (valor ideal $< 0,05$).

O nível de significância adotado para os testes estatísticos será de 5%, (p -valor $\leq 0,5$).

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), sob Parecer nº 4.595.946.

Resultados

Dos 134 participantes, houve prevalência do sexo feminino (74,6%), etnia branca (55,2%) e estado civil solteira (62,7%). Além disso, a média de idade foi de 33,90 anos ($\pm 15,39$), a média de escolaridade foi de 15,99 anos ($\pm 6,29$) e a renda média familiar foi de R\$ 6127,43 ($\pm 5491,06$) reais (Tabela 1).

Tabela 1

Características Sociodemográficas e Econômicas dos 134 participantes da etapa de análise da confiabilidade e validade do Questionário do Impacto do Coronavírus. São Carlos, SP, Brasil, 2023. (n=134).

Variável	Categoria	Frequência	%
Sexo	Feminino	100	74,6
	Masculino	34	25,9,0
Etnia	Branco(a)	74	55,2
	Negro(a)	15	11,2
	Pardo (a)	37	27,6
	Amarelo(a)	7	5,2
	Outro(a)	1	0,7
Estado Civil	Solteiro(a)	84	62,7
	Casado(a)	36	26,9
	União estável	7	5,2
	Divorciado(a)	4	2,2
	Viúvo(a)	4	3,0

Nota: % = porcentagem

Nota-se que na tabela abaixo (Tabela 2), o escore médio do QIC-Br curto foi de 20,1 ($\pm 8,8$), para a DASS-21 o escore médio foi de 21,9 ($\pm 14,47$). O coeficiente alfa de Cronbach do QIC-Br curta total foi de 0,81 e da DASS-21 foi de 0,963, a consistência interna dos instrumentos foi considerada satisfatória, obtendo-se valores superiores a 0,8.

Tabela 2

Descrição Completa dos Escores do QIC-Br curto e da DASS-21 e seus domínios. São Carlos, SP, Brasil, 2023. (n=134).

		Média	Desvio Padrão	Mediana	Min	Max	Alfa de Cronbach
QIC- Br curto	Total	20,1	8,8	19	6	42	0,81
	Financeiro	6,9	4,3	7	2	14	
	Recursos	4,2	3,1	2,5	2	14	
	Psicológico	9	3,9	10	2	14	
DASS-21	Total	21,9	14,47	0	60	60	0,963
	Ansiedade	6,3	5,37	0	21	21	
	Depressão	6,9	3,73	0	21	21	
	Estresse	8,7	3,37	0	21	21	

Nota: min = mínimo; max = máximo

Em relação à validade de construto convergente, verifica-se que houve correlação positiva, de moderada magnitude e com significância estatística do QIC-Br curto e com o total da DASS-21 e seus domínios, evidenciando validade construto convergente (Tabela 3).

Para o QIC-Br curto houve uma correlação positiva, de fraca magnitude, do CIQ Financeiro e os domínios de ansiedade ($r=0,162$; $p=0,062$), depressão ($r=0,209$; $p=0,015$) e estresse ($r=0,117$; $p=0,177$). Em relação ao QIC-Br Curto recurso as correlações variam de fraca a moderada magnitude com os domínios de ansiedade ($r=0,244$; $p=0,005$), depressão ($r=0,359$; $p=0,001$) e estresse ($r=0,239$; $p=0,005$). Com relação ao QIC-Br Curto psicológico, houve correlação de moderada magnitude, com significância estatística nos domínios de ansiedade ($r=0,423$; $p=0,001$), depressão ($r=0,485$; $p=0,001$) e estresse ($r=0,442$; $p=0,001$).

Tabela 3

Análise da validade de construto convergente do instrumento QIC-Br Curto por meio da DASS-21 (N=134). São Carlos, São Paulo. 2023.

			Domínios		
			Ansiedade	Depressão	Estresse
QIC-Br Curto	R	0,395	0,349	0,432	0,333
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Domínio Financeiro	R	0,171	0,162	0,209	0,177
	P	0,048	0,062	0,015	0,134
Domínio Recursos	P	0,303	0,244	0,359	0,239
	R	<0,001	0,005	<0,001	0,005
Domínio Psicológico	R	0,447	0,423	0,485	0,442
	P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Foi verificado o poder discriminativo da versão curta do QIC-Br, houve uma diferença estatística significativa segundo a presença de ansiedade, depressão e estresse. Os participantes com ansiedade, depressão e estresse, apresentaram maiores impactos, confirmando-se sua capacidade discriminativa, evidenciando-se validade de construto discriminante do QIC-Br Curta (Tabela 4).

Tabela 4

Validade de construto discriminante da versão brasileira do QIC-Br Curto em relação à ansiedade, depressão e estresse. São Carlos, São Paulo. 2023

Variável	Categorias	n	Média	p-valor*
QIC-Br Curto	Sem ansiedade	76	17,96	<0,001
	Com ansiedade	58	22,26	
	Sem depressão	94	18,18	<0,001
	Com depressão	40	25,55	
	Sem estresse	83	18,01	<0,001
	Com estresse	51	23,54	

Nota: n = número de participantes; p = nível de significância

Com relação à validade de construto estrutural, realizou-se análise fatorial confirmatória

do QIC-Br Curto. Na qual calculou-se seis parâmetros (CFI, TLI, NFI, GFI, AGFI, RMSEA) que estão dentro dos valores de referência. Todos os índices foram satisfatórios: CFI 0,984 (valor ideal $\geq 0,90$); NFI/TLI 0,968/0,960 (valor ideal $\geq 0,90$) GFI/AGFI: 0,972/0,903 (valor ideal $\geq 0,80$, $\geq 0,85$) e RMSEA 0,000 (valor ideal $< 0,05$).

As cargas fatoriais do QIC-Br Curto apresentaram-se adequados para o grupo estudado, demonstrando valores dentro do padrão de normalidade, sendo caracterizados como satisfatórios. Na AFE as cargas fatoriais dos itens variaram de 0,804 a 0,898 no Fator 1, de 0,702 a 0,968 para o Fator 2 e de 0,688 a 0,967 no Fator 3. (Tabela 5).

Tabela 5

Cargas Fatoriais da Análise Fatorial Confirmatória do QIC-Br Curto. São Carlos, SP, Brasil, 2023. (n=134).

Variável	Categorias	Fator 1 - Financeiro	Fator 2 - Recursos	Fator 3 - Psicológico
QIC-Br Curto	Item 1 - O coronavírus (COVID-19) tem me afetado negativamente do ponto de vista financeiro.	0,804		
	Item 2 - Tenho perdido renda do trabalho devido ao coronavírus (COVID-19).	0,898		
	Item 4 - Tenho tido dificuldade em conseguir os recursos necessários (comida, papel higiênico) devido ao coronavírus (COVID-19).		0,702	
	Item 5 - Tem sido difícil para mim conseguir as coisas que preciso devido ao coronavírus (COVID-19).		0,968	
	Item 7 - Tenho ficado deprimido(a) por causa do coronavírus (COVID-19).			0,967
	Item 8 - A pandemia do coronavírus (COVID-19) tem impactado negativamente minha saúde psicológica.			0,688

Discussão

A versão brasileira do Questionário do Impacto do Coronavírus, demonstrou satisfatória consistência interna e validade de construto (convergente, discriminante e estrutural). A amostra que participou da etapa de análise da confiabilidade e validade do QIC-Br Curto foi descrita quanto às características sociodemográficas. Este estudo contou com 134 participantes, em sua maioria mulheres, brancas, solteiras, com idade média de

33,90 anos ($\pm 15,39$), e a média de escolaridade foi de 15,99 anos ($\pm 6,29$) e renda familiar mensal 6.127,43 reais. Estes achados corroboram com o perfil estudado por Neves, Martins, Tavares e Aragão, em 2023, identificaram os impactos da COVID-19 na saúde mental de estudantes de pós-graduação da área da saúde de uma Universidade do Ceará, Brasil, cuja amostra foi composta por 217 estudantes de mestrado e doutorado, a maioria do sexo feminino (71%), solteiras (56,7%) com faixa etária entre 22 e 64 anos (média de idade $31,6\% \pm 7,6$) e renda familiar mensal entre 2 à 19 salários mínimos (Neves; Martins; Tavares; Aragão, 2023).

Tendo em vista o estudo de Conway, Woodard e Zubrood (2020), realizado nos Estados Unidos, no qual teve por intuito construir e validar uma bateria de instrumentos sobre a COVID-19, o valor de confiabilidade interna foi alta apresentando o alfa de Cronbach sendo de 0,8, indo em consonância com o estudo supracitado.

O estudo realizado por Vignesh, et al (2023), no norte da Índia, apresentou um contingente de 101 pacientes com Doença Granulomatosa Crônica. Durante as respostas desses pacientes por meio da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) o coeficiente de alfa de Cronbach foi de 0,83, apresentando uma consistência interna satisfatória, indo em conformidade com o presente estudo.

Mediante o estudo de Conway, Woodard e Zubrood (2020), participaram 413 participantes, sendo realizado a validade de construto e correlação de pearson entre os domínios apresentados na CEQ e os domínios descritos no CIQ versão longa. Dessa forma, dentre os domínios “experiência pessoal” e “impacto financeiro” observa-se correlação positiva de fraca magnitude ($r=0.170$ $p<0,001$) com p-valor significativo, pois é menor que 0,005. De acordo com os domínios “experiência do outro” e “impacto de recursos” nota-se correlação positiva de fraca magnitude ($r=0.063$ $p=0.204$) com p-valor não significativo por ser maior que 0,005. Tendo em vista os domínios “experiências novas” e “impacto psicológico” há uma correlação positiva de fraca magnitude ($r=0.156$ $p<0001$) com p-valor significativo, sendo menor que 0,005. As informações apresentadas no mesmo corroboram apenas com o domínio financeiro do CIQ Curto com os domínios da DASS-21, visto que os demais domínios apresentam correlação positiva de moderada magnitude.

Um estudo feito por Steil, Mendonça e Gois (2022), avaliou os sintomas de burnout, depressão e ansiedade em 63 médicos residentes brasileiros de Medicina de Emergência

durante a pandemia da COVID-19 e tiveram resultados que se relacionam com o presente estudo. Os resultados da validade de construto discriminantes com relação à “depressão” em seu estado “moderado ou grave” com 24,1%, “ansiedade” em seu estado “moderado ou grave” 53,4% e, com relação ao “burnout” em seu estado “moderado ou grave” com 53,4%. Esses achados são parecidos quando comparados ao presente estudo, mesmo que estudando “burnout” e não “estresse”, quando tivemos resultados “com ansiedade” e média 22,26, “com depressão” 22,55 e “com estresse” 23,54. Os valores em ambos os estudos são, consideravelmente altos (Steil; Mendonça; Gois, 2022).

Os resultados obtidos por intermédio das avaliações coincidem com os testes nas versões originais realizados por Conway, Woodard e Zubrod (2020), autores responsáveis pela construção e validação de uma bateria de instrumentos alusivos aos fenômenos relativos ao coronavírus na pandemia, em uma amostra residente dos Estados Unidos, onde os testes realizados manifestaram, em sua totalidade, a análise fatorial confirmatória se ajustou aos dados, segundo os resultados do CFI=0,95, TLI=0,93, RMSEA=0,10. Dessa forma, confirma-se validade de construto estrutural do presente estudo, segundo os resultados de que todos os índices foram satisfatórios: CFI 0,984 (valor ideal $\geq 0,90$); NFI/TLI 0,968/0,960 (valor ideal $\geq 0,90$) GFI/AGFI: 0,972/0,903 (valor ideal $\geq 0,80$, $\geq 0,85$) e RMSEA 0,000 (Corway; Woodard; Zubrod, 2020).

Existem algumas limitações que podem ser consideradas, uma delas é a seleção de amostra por conveniência. A segunda limitação tem-se a coleta de dados por meio de pesquisa online autorreferida e ainda indivíduos que não possuem acesso à internet.

Conclusão

Com base nos objetivos propostos e nos resultados alcançados, pode-se concluir que a versão brasileira do Questionário do Impacto do Coronavírus - versão curta apresentou evidências de confiabilidade e validade e está disponibilizado para uso no Brasil.

Referências bibliográficas

- Ajzen, I. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. *Englewood cliffs*.
- Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. D., Romero, D., ... & Gracie, R. (2020). Relato de tristeza/depressão,

- nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de saúde*, 29. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Cavalcante, J. R., Cardoso-dos-Santos, A. C., Bremm, J. M., Lobo, A. D. P., Macário, E. M., Oliveira, W. K. D., & França, G. V. A. D. (2020). COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), e2020376. doi: 10.5123/S1679-49742020000400010.
- Conway III, L. G., Woodard, S. R., & Zubrod, A. (2020). Social psychological measurements of COVID-19: Coronavirus perceived threat, government response, impacts, and experiences questionnaires.
- Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney psychology foundation.
- Neves, K. R. T., de Oliveira Martins, S., Tavares, K. C., & Aragão, G. F. (2023). Impactos da COVID-19 na saúde mental de estudantes de pós-graduação da área da saúde de uma universidade no Ceará. *Infarma-Ciências Farmacêuticas*, 35(1), 52-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.14450/2318-9312.v35.e1.a2023.pp52-63>.
- Rodrigues, I. D. A., Cavalcante, J. R., & Faerstein, E. (2020). Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 30, e300306. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300306>
- Romero, D. E., Muzy, J., Damacena, G. N., Souza, N. A. D., Almeida, W. D. S. D., Szwarcwald, C. L., ... & Silva, D. R. P. D. (2021). Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cadernos de saúde pública*, 37(3), e00216620. doi: 10.1590/0102-311X00216620.
- Steil, A., Mendonça, V. S., & Gois, A. F. T. D. (2022). Covid-19 pandemic for Emergency Medicine residents: an observational study on mental health and medical practice. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46, e065. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.2-20210230.ING>
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., ... &

- de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of clinical epidemiology*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>.
- Vignola, R. C. B. (2013). *Escala de depressão, ansiedade e estresse (DASS): adaptação e validação para o português do Brasil*.
- Vignesh, Pandiarajan et al. (2023). Impact of COVID-19 Pandemic on Clinical Care of Patients and Psychosocial Health of Affected Families with Chronic Granulomatous Disease: an Observational Study from North India. *Journal of Clinical Immunology*, p. 1-13.
- Werneck, G. L., & Carvalho, M. S. (2020). A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00068820. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.
- Xavier, A. R., Silva, J. S., Almeida, J. P. C., Conceição, J. F. F., Lacerda, G. S., & Kanaan, S. (2020). COVID-19: clinical and laboratory manifestations in novel coronavirus infection. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 56. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049>.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, também constou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processo CNPq n. 403989/2021-3 e Processo CNPq n. 305881/2020- 5) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) grant number 403989/2021-3.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Perspetivas do conceito do valor social do cuidado a pessoas idosas institucionalizadas: uma abordagem exploratória

Título completo do manuscrito: Perspetivas do conceito do valor social do

cuidado a pessoas idosas institucionalizadas

Carolina Nogueira Fonseca

Mestre em Serviço Social | UICISA:E | carolina_19fonseca@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-4384-2537

Helena Reis Amaro da Luz

Professora Faculdade Psicologia e Ciências Educação da Universidade de Coimbra-CEIS-20 | UICISA:E |

OCIS | helenareis.luz@fpce.uc.pt

ORCID: 0000-0003-1592-0953

Rosa Cândida Melo

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – UICISA:E |

rosamelo@esenfc.pt

ORCID: 0000-0002-0941-407X

Resumo

Introdução: O cuidado a pessoas idosas enquadrado em estruturas residenciais (i.e., ERPI) tem vindo a revelar-se crescente dado o avolumar de pessoas que alcançam idades cada vez mais longevas sendo estas acompanhadas de múltiplas vulnerabilidades. Ainda que a importância do cuidado seja indiscutível, o conhecimento do valor social que o mesmo representa permanece por explorar, sobretudo numa vertente não económica.

Objetivo: Este estudo pretendeu compreender qual a perspetiva dos participantes sobre o conceito de valor social do cuidado a pessoas idosas institucionalizadas.

Método: Foi realizado um estudo exploratório de natureza qualitativa através da aplicação de um questionário online a amostra não probabilística por conveniência abrangendo de 28 participantes (estudantes e profissionais da área social e da saúde). O questionário, elaborado e aplicado através da plataforma Google *forms*, e integra numa primeira parte elementos para a caracterização sociodemográfica dos participantes e numa segunda parte, uma questão aberta relativa à perspetiva sobre o conceito de valor social do cuidado em contexto residencial.

Resultados: O estudo revelou que a perspetiva do conceito de valor social do cuidado dos participantes está ligada à salvaguarda dos direitos da pessoa idosa, promoção da

qualidade de vida, forma como o cuidado é prestado, contexto organizacional e reconhecimento social.

Conclusão: Os resultados obtidos acentuam a prioridade da implementação de práticas humanizadas nas organizações que cuidam de pessoas idosas, sugerindo que aquelas são o elemento central que acresce valor social aos cuidados.

Palavras-chave: Cuidado; Humanização; Pessoas idosas institucionalizadas; Valor Social

Introdução

O mundo tem-se debatido com diversos desafios de natureza populacional, nomeadamente as alterações demográficas, que vêm marcando sobretudo as sociedades europeias. Portugal destaca-se no conjunto dos países da Europa como sendo um dos mais envelhecidos (envelhecimento da população =182,1) jovens (Pordata, 2023), sendo também referenciado como um país híper envelhecido (Luz, 2019). O envelhecimento populacional é um preditor de vulnerabilidades e da ocorrência de situações de dependência fundamentalmente para pessoas com idade avançada (Abrams, Loomer, Gandhi, & Grabowski, 2020), revertendo desafios para as políticas públicas no que concerne ao desenvolvimento de respostas institucionais adequadas à prestação de cuidados de saúde e sociais (Batista & Perista, 2018).

Face às questões mencionadas (e.g., dependência das pessoas idosas) a institucionalização tem sido cada vez mais opção de pessoas idosas, que vêm comprometida a sua independência na prestação de cuidados de vida diária e vêm a sua condição clínica marcada por patologias de cariz crónico e/ou progressivo (André, Heldal, Sjøvold, & Haugan, 2021). As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) têm, neste âmbito, evidenciado um aumento exponencial no que diz respeito à sua procura e ocupação enfrentando a par, vários desafios, designadamente nos modelos de gestão adotados, que se mostram mais centrados nas tarefas a realizar e menos focados no cuidado à pessoa idosa (UMP, 2021; American Geriatrics Society, 2016).

Atentas a esta realidade dos cuidados, organizações internacionais (e.g., American Geriatrics Society, 2016; Comissão Europeia, 2021; Organização Mundial de Saúde, 2015) têm trazido à discussão o cuidado prestado em contexto residencial e a necessidade de incluir novas práticas e abordagens mais humanizadas e centradas na

pessoa, refletindo-se em benefícios para todos os envolvidos no contexto residencial (e.g., pessoas idosas e profissionais). No entanto a mudança dos ambientes de cuidado, mais humanizados e com uma consideração da pessoa como um ser biopsicossocial e espiritual exige esforço e entendimento de todos os elementos envolvidos a estes contextos.

Deste modo, considerar e equacionar o valor social dos cuidados remete para um entendimento do cuidado que o perceciono sob o ponto de vista dos benefícios para os envolvidos (Hill & Murphy, 2019). A oportunidade e necessidade do entendimento do valor social dos cuidados, decorrem também da escassez da evidência científica sobre esta matéria e principalmente em virtude de o seu foco estar maioritariamente associado a uma perspetiva financeira (e.g., Hill & Murphy, 2019; Mandják & Durrieu, 2011). Neste sentido, Bull e sua equipa (2010) realçam que a abordagem do valor traduz algo socialmente construído e reconhecido, que envolve a compreensão de vários elementos legais, religiosos, morais, sendo movido também por forças não económicas como a motivação e o controle social. Desta forma considera-se fundamental que o conceito seja analisado para além de uma visão económica, ou seja, percecionado numa perspetiva multidimensional (Anderson, 2015). O valor social é então entendido como os benefícios sociais potenciados por diferentes atores da sociedade (e percecionados pelos indivíduos), devendo os indivíduos e as instituições assumir também uma responsabilidade social, além das ambientais e económicas (e.g., Narangajavana, Gonzalez, Simon, & Ros, 2016). A noção de valor social envolve a compreensão acerca do contributo dos vários profissionais (e.g., van Engen, Bonfrer, Ahaus, & Buljac-Samardzic, 2022; Wallace & Teisberg, 2015) na atribuição de valor ao cuidado nomeadamente através das suas práticas que se repercutem em benefícios e bem-estar (Liu, Bozic, & Teisberg, 2017).

De realçar ainda que a noção de valor social carece de ser apreendida numa perspetiva individual e decorre das relações estabelecidas entre indivíduos, traduzindo-se como uma perspetiva partilhada (valores e benefícios) dentro do mesmo grupo por referência a uma conduta/realidade/domínio de ação (Madagh & Grine, 2016). Considerando a ambiguidade e multidimensionalidade do construto de valor social do cuidados e escassez de evidencia científica sobre o fenómeno no campo do cuidado torna-se importante equacionar o conceito em níveis de análise (e.g., nível individual),

apreendendo as perspectivas que sobre o mesmo advém nestas arenas de cuidado (ERPI).

Neste enquadramento, compreender qual a perspectiva dos participantes sobre o conceito de valor social do cuidado associado a pessoas idosas institucionalizadas, constituiu o objetivo do estudo que motivou o presente artigo.

Métodos

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa assente na aplicação de um questionário *online* junto de estudantes e profissionais da área social e da saúde.

O questionário composto por uma primeira parte referente à caracterização sociodemográfica dos participantes (itens: género, idade, nível de escolaridade, área de formação, profissão e situação laboral) e por uma segunda parte integrando uma questão aberta relativa à perspectiva dos participantes sobre o conceito de valor social, foi desenvolvido e divulgado através da plataforma *Google forms*, tendo-se recorrido a um processo de amostragem não probabilística por conveniência.

A análise dos dados realizou-se através de estatística descritiva simples no que respeita aos elementos de caracterização sociodemográfica dos participantes, tendo as respostas à questão aberta sido realizada através da técnica de análise de conteúdo, a qual segundo Bardin (2016) abrange três etapas: pré-análise, que corresponde à escolha e delimitação do material a ser analisado; a segunda etapa que diz respeito à exploração do material e traduz a etapa mais longa do processo, orientada para a categorização e por fim o tratamento dos resultados que pretende atribuir sentido e interpretando os resultados com base nos marcos teóricos e no objetivo do estudo.

Para dar cumprimento aos aspetos formais e éticos, previamente à aplicação dos questionários os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, tendo concedido autorização para participação do mesmo através do consentimento informado.

Como garantia do anonimato utilizou-se a letra P, para identificação dos participantes, seguido de um número, conforme a ordem das respostas.

Resultados

Quanto à caracterização dos participantes, 75,9% eram do género feminino. com idades compreendidas entre os 18 e os 61 anos, 27,6% eram estudantes e 72,4% eram profissionais. Quanto ao nível de escolaridade 44,8% dos participantes informaram possuir o grau de licenciatura, sendo a área social a predominante com 68,6%. Dos profissionais 44,8% exerciam funções no setor privado.

No que diz respeito à análise de conteúdo das respostas dos participantes à questão relativa à perspetiva sobre o conceito de valor social do cuidado emergiram cinco categorias: Salvaguarda dos direitos da pessoa idosa; Promoção da Qualidade de vida; Forma como o cuidado é prestado; Contexto Organizacional e Reconhecimento social (Vd. Tabela 1)

Tabela 1

Categorias e subcategorias sobre a perspetiva do conceito de valor social do cuidado

Categoria	Sub-categorias
Salvaguarda dos direitos da pessoa idosa	Respeito pela dignidade Humana Individualidade Autodeterminação Reconhecimento dos seus direitos Respeito pela pessoa e/ou necessidades Valorização da pessoa
Promoção da Qualidade de vida	Bem-estar Satisfação pessoal
Forma como o cuidado é prestado	Capacitação da pessoa cuidada Abordagem humanizada Consciencialização sobre as práticas Promoção da autonomia
Contexto Organizacional	Funcionamento (normas , regras) Reconhecimento organizacional Qualidade dos cuidados/serviços Trabalho em equipa Ambiente de cuidado
Reconhecimento social	Orientação do modo de agir Sentimento de pertença

Na categoria “Salvaguarda dos direitos da pessoa idosa” foram elencadas seis subcategorias: Respeito pela dignidade Humana; Individualidade; autodeterminação; Reconhecimento dos seus direitos; Respeito pela pessoa e/ou necessidades e Valorização da pessoa.

No que concerne à subcategoria “Respeito pela dignidade humana” um dos participantes evidenciou que o *“valor social quando a pessoa idosa é reconhecida e tratada pelo nome que se identifica e que se reconhece como ser humano e foi tratada ao longo do seu percurso de vida, trazendo-lhe memórias positivas pelo reconhecimento social pelas funções desempenhadas.”* (P19)

Na subcategoria “Individualidade”, dois participantes salientaram o “Cuidado do cidadão respeitando a sua individualidade” (P13) e “Prestação de serviços adequados a cada pessoa, tendo em conta a sua individualidade.” (P25).

Na subcategoria “Autodeterminação” dois participantes referiram que o valor social decorre quando *“...se respeitam as suas vontades e particularidades”* (P18), tendo as pessoas *“o direito a serem respeitadas e a serem tratadas como seres humanos que são, e não como se já não tivessem opinião, vontades e maneira de pensar por elas próprias.”* (P10).

Na subcategoria “Reconhecimento dos seus direitos” quatro participantes referiram a salvaguarda ao nível da *“...a nível da sua integridade física, a nível de segurança, participação...”* (P2), potenciando a *“...autonomia, ao respeito pela liberdade, ao assegurar da igualdade e ao alcance de bem-estar”* (P18), promovendo o *“...bem-estar, segurança e proteção dos(as) idosos(as)...”* (P5) e a *“...capacidade evidenciada de Impactar positivamente na saúde, segurança...”* (P16).

A penúltima subcategoria “Respeito pela pessoa e/ou necessidades” os participantes mencionam *“...o respeito e a consideração pelas pessoas...”* (P4), *“...respeitando-se a sua singularidade, necessidades e expectativas.”* (P5), *“...quando se respeitam as suas vontades e particularidades”* (P19) e *“...e o gosto e interesse de cada indivíduo”* (P29). Por fim, na subcategoria “Valorização da pessoa” foi mencionado que a noção de valor social está associada à valorização da pessoa, como tal *“mantendo sempre a valorização do indivíduo em questão”* (P8).

Outra categoria que emergiu da análise de conteúdo das respostas dos participantes relativa à sua perspetiva sobre o conceito de valor social do cuidado foi a “Promoção da qualidade de vida”, na qual emergiram duas subcategorias, a saber: o bem-estar e a satisfação pessoal.

No que diz respeito à subcategoria “Bem-estar”, os participantes referiram que a noção de valor social está associada ao bem-estar da pessoa em relação ao cuidado, como

mentionado nos seguintes discursos: *“O valor social é medido pela melhoria na qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa...”* (P15), pelo *“Bem-estar físico e emocional...”* (P20); por *“...proporcionar o maior bem-estar e qualidade possível aos nossos utentes.”*(P23) e um participante referiu que o bem estar se estende também a outros elementos como *“bem-estar dos cuidadores, residentes e seus familiares...”*(P16).

Na subcategoria *“Satisfação pessoal”*, os participantes valorizam o *“desejo de viver...”* (P18); *“...satisfação pessoal...”*(P13) e *“satisfação pessoal/valorização”* (P20).

Na categoria seguinte *“Forma como o cuidado é prestado”* emergiram quatro subcategorias: Capacitação da pessoa cuidada, Abordagem humanizada, Consciencialização sobre as práticas e Promoção da autonomia.

No que diz respeito à subcategoria *“Capacitação da pessoa cuidada”*, foi referido que o valor social está associado à *“...capacitação do indivíduo para continuar a manter as suas funcionalidades ...”* (P4).

Na subcategoria *“Abordagem humanizada”* o valor social foi associado a práticas humanizadas, como referido pelos seguintes participantes: *“... quando não se presta um cuidado em surpresa ou contra a sua vontade,... Para isso é fundamental que as ERPI's sejam locais de vida e onde se deseja viver, que se sintam envolvidas na tomada das decisões, no seu projeto pessoal, promovendo a sua autonomia e independência* (P18) e *“...é a prestação de cuidados aos mesmos de forma adequada, mantendo sempre a valorização do indivíduo em questão.”* (P7)

Na subcategoria *“Consciencialização sobre as práticas”*, os discursos referem que a adequação das práticas se associa à criação de valor social, como mencionado *“...é a prestação de cuidados aos mesmos de forma adequada”* (P8), e *“encarando todas as rotinas de prestação de cuidados como um momento de partilha e aplicação de técnicas de conforto”* (P29).

A última subcategoria associada à categoria diz respeito à *“Promoção da autonomia”* e como enunciado nos discursos de dois participantes: *“promoção da autonomia e funcionalidade”* (P2) e *“promovendo a sua autonomia e independência”* (P19).

A categoria seguinte *“Contexto organizacional”* compreende as seguintes subcategorias: funcionamento, reconhecimento organizacional, qualidade dos cuidados/serviços, trabalho em equipa e ambiente de cuidado.

Na subcategoria “ Funcionamento” o valor social associa-se a regras e normas, como explicito nos discursos seguintes: *“...princípios e normas que orientam a forma como pessoas em contexto de cuidado aos idosos (Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI)) vão viver.”* (P7) *“as regras, normas e princípios existentes na ERPI que permitem que os idosos coabitem no mesmo espaço e se sintam parte do mesmo”*. (P26) e *“valor social são princípios e normas que orientam a forma como pessoas de ERPI vão viver... servem para tornar possível a vida em comunidade.”* (P27).

Na subcategoria “Reconhecimento organizacional”, o participante (P16) defende que o *“...Valor social de uma ERPI contribui para o reconhecimento da sua importância na comunidade...”*.

Na subcategoria “Qualidade dos cuidados/serviços” os discursos de três participantes mencionam *“...qualidade dos serviços indo ao encontro destas necessidades dos mais velhos”* (P2), *“ERPI's sejam promotoras de valor social não podem ser armazéns de idosos onde há regras, rotinas e tarefas a cumprir em que todos fazem as mesmas coisas, onde por vezes se sentem infantilizados nas atividades que realizam e que não se identificam”* (P19), sendo a *“ERPI um lugar de vida e de vontades...”* (P29)

Na subcategoria “Trabalho em equipa” é valorizada a importância do trabalho multidisciplinar para alcançar valor social, conforme o seguinte discurso: *“... é necessário toda uma coesão dentro da equipa multidisciplinar de uma ERPI”* (P23).

Na última subcategoria “ Ambiente de cuidado”, um participante assinala a importância da *“...alegria no ambiente em que vivem no momento.”* (P3).

Da última categoria “ Reconhecimento social” emergiram duas subcategorias: orientação do modo de agir e sentimento de pertença.

No que diz respeito à subcategoria “Orientação do modo de agir”, os discursos assinalam a importância do valor social na determinação e orientação dos comportamentos em sociedade como: *“valores sociais são princípios que guiam os comportamentos e atitudes que cada pessoa adota num grupo social, para assim, permitir tornar possível a vida em sociedade”* (P9), *“Valor social é um critério orientador sobre o modo de ser, de estar e agir em um determinado grupo social”* (P14) e no discurso *“valor social é aquele que orienta o modo de ser, estar e agir, neste caso referente as pessoas que estão numa estrutura residencial”* (P18).

Na subcategoria “Sentimento de pertença”, assinala-se a importância do valor social na criação de um sentimento de pertença, como assinalaram três participantes: *“Existindo um sentimento de pertença, de que estes também fazem parte da sociedade e são eles também que ajudam na construção de uma vida em comunidade e aquilo que ela representa e como vivemos nela.”* (P12), *“É através dos valores sociais que os indivíduos criam um sentido de coesão social e um sentimento de pertença”*(P23) e *“sentimento de pertença”*(P13).

Discussão

Da análise dos discursos dos participantes do estudo emergiram as seguintes categorias associadas ao conceito de valor social do cuidado: salvaguarda dos direitos da pessoa idosa, promoção da qualidade de vida, forma como o cuidado é prestado, contexto organizacional e reconhecimento social.

No que diz respeito à salvaguarda dos direitos da pessoa idosa estão envolvidos aspetos como o respeito pela dignidade humana, a importância da individualidade e autodeterminação, estes aspetos são fundamentais no cuidado associado às pessoas idosas e são também mencionados pelos autores, Tadd, Bayer e Dieppe (2002) que afirmam que o cuidado que promove o respeito pela dignidade humana resulta em benefícios para a saúde e para os aspetos sociais. Ainda relacionado com esta categoria, os participantes enfatizam o reconhecimento dos direitos, o respeito pela pessoa e pelas suas necessidades e a valorização da pessoa, como essenciais na garantia dos direitos da pessoa idosa. Neste âmbito, alguns estudos (e.g., Tadd, Hillman, Calnan, & Bayer, 2011; López, Rojo, Noriega, & Velasco, 2021 ; Henriques, Melo,& Martins, 2021) destacam a importância de, no reconhecimento da pessoa como um ser humano, se manter a identidade e o respeito por si e pelos seus direitos, traduzindo estes aspetos da maior centralidade.

No tocante à promoção da qualidade de vida, destaca-se o bem-estar, elemento também mencionado no estudo de Fonseca (2006) ao afirmar que o bem-estar é essencial na vida das pessoas mais velhas e que reverte também efeitos psicológicos além dos concernentes à saúde. De salientar que também o estudo de Paúl (2005), concebe o bem-estar como uma dimensão fundamental na questão do envelhecimento. Ainda no âmbito desta categoria surge referenciada a satisfação

peçoal, e como esta se configura como elementar para a promoço da qualidade de vida confluindo também para a criaço de valor social. Nesta linha de pensamento, o estudo de Neugarten e equipa (1961) classifica a satisfaço peçoal como um estado psicológico, que se associa também ao bem-estar e envolve um entendimento da perceço que a peçoal faz da sua própria vida, consoante os seus desejos e ambiçoes. No caso das peçoas idosas, a satisfaço peçoal diz respeito às relaçoes e vínculos familiares, à partilha de histórias e lembranças, e participaço em atividades significativas (e.g., Edwards, Courtney, & O'Reilly, 2003; Joia & Ruiz, 2013).

O conceito de valor social está também associado à forma como o cuidado é prestado através da capacitaço da peçoal e da promoço da sua autonomia, aspetos também corroborados nos estudos de Walker e Paliadelis (2016) e Edwards e equipa (2003) ao preconizarem a promoço da autonomia e do autocuidado, como aspetos de valorizaço das peçoas idosas. Paralelamente, o conceito de valor social também se relaciona com o contributo de abordagens humanizadas e de uma maior consciencializaço sobre as práticas, sendo estes aspetos reforçados pelo estudo de Hermer et al. (2018) que apresentam a importância de práticas centradas na peçoal, bem como, com o estudo de Henriques, Melo e Martins (2021) assinalam que práticas assentes na humanizaço, identidade, e no foco na peçoal são cruciais no cuidado à peçoal idosa.

Acerca do contexto organizacional (i.e., enquadramento residencial gerontológico), os resultados informaram que o mesmo constituiu um “elemento” preponderante, no seio do qual emerge o valor social do cuidado, associando-o ao funcionamento, à qualidade dos cuidados e serviços, ao trabalho em equipa e ao ambiente de cuidado, sendo esses aspetos fundamentais, de igual modo, para o reconhecimento organizacional. A este respeito os estudos de Jaye et al. (2015) e Gordon, Burns, Champion, Niutta, e Bennett, (2021) sublinham a importância da organizaço no delineamento dos cuidados através da organizaço das suas equipas, que se preveem multidisciplinares, para um cuidado com benefícios e que se associe a criaço de valor social.

A última categoria em análise apresenta o reconhecimento social como um elemento associado à criaço de valor social, emergindo aspetos como a orientaço do modo de agir e o sentimento de pertença como subcategorias. Estes aspetos relacionam-se com as práticas que possibilitam e consideram o modo de agir de cada peçoal cuidada, convergindo com estes resultados o estudo de Gordon, Burns, Champion, Niutta e

Bennett (2021), ao revelar que abordagens centradas na pessoa, que consideram o seu modo de ser e agir, resultam num aumento do reconhecimento e na melhoria dos cuidados. O sentimento de pertença alia-se ao reconhecimento da pessoa idosa como um ser ativo, com opinião e com contributo para a vida em sociedade, alertando também, neste sentido, o estudo de Jaye e da sua equipa (2015) para a importância dos valores da organização em promover e motivar essa contínua partilha/troca de experiências entre organização e sociedade, devendo as organizações serem “abertas para o exterior”, como preconizam Gineste e Pellissier (2008).

Em suma, o conceito de valor social do cuidado associa-se à salvaguarda dos direitos da pessoa idosa através do respeito pela dignidade, da salvaguarda da individualidade e do reconhecimento dos direitos das pessoas mais velhas, promovendo a valorização/consideração da pessoa idosa. O conceito de valor social associa-se à promoção da qualidade de vida através do bem-estar e satisfação pessoal (i.e., das pessoas idosas), relacionando-se também com abordagens humanizadas que promovem a capacitação e a autonomia da pessoa cuidada. Além dos aspetos mencionados, o conceito de valor social envolve também uma consideração organizacional, sendo o trabalho em equipa e o seu funcionamento elementos que carecem de ser ponderados para a concretização de práticas que fomentem o reconhecimento social dos cuidados.

Em estudos futuros será profícuo alcançar um maior número de participantes e estender a auscultação relativa ao entendimento sobre o conceito de valor social a pessoas idosas institucionalizadas em ERPI, tendo por base o estabelecimento de indicadores que possam refletir o seu significado.

Conclusão

A criação de valor social associa-se a uma perspetiva individual, através dos benefícios para a pessoa idosa cuidada, a uma perspetiva relacional, refletida na forma como se organizam os cuidados, que se pretendem humanizados e a uma perspetiva organizacional e social, uma vez que possibilita que a organização e os cuidados sejam reconhecidos socialmente.

Numa perspetiva individual a noção de valor social pressupõe a salvaguarda dos direitos da pessoa idosa e a promoção da sua qualidade de vida, através do respeito pela sua

dignidade, salvaguarda da sua autonomia, valorização e satisfação pessoal. Além destes aspetos a noção de valor social apresenta uma componente relacional, espelhada na forma como o cuidado é prestado, alcançado através da capacitação da pessoa, da promoção da sua autonomia decorrente da consciencialização para a adoção de práticas humanizadas. Numa perspetiva organizacional e social a criação de valor social define-se através da organização de práticas como o trabalho em equipa e o ambiente de cuidado, possibilitando assim um reconhecimento social da organização e dos cuidados.

Referências Bibliográficas

American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>

Anderson, B. (2015). The concept of value further considered. *The Quarterly Journal of Economics*, 29 (4), 674-708.

Abrams, H. R., Loomer, L., Gandhi, A., & Grabowski, D. C. (2020). Characteristics of U.S. Nursing Homes with COVID 19 Cases. *J Am Geriatr Soc*, 68(8), 1653-1656. <https://doi.org/10.1111/jgs.16661>

André, B., Heldal, F., Sjøvold, E., & Haugan, G. (2021). Will an Implementation of “Joy life in Nursing Homes” Have positive effect for the work culture? A comparison Between two Norwegian municipalities. *Frontiers in Psychology*, 11 (607943), 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.607943>

Batista, I., & Perista, P. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Portugal*. European Commission. www.ec.europa.eu

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Almedina Brasil.

Bull, M., Ridley-Duff, R., Foster, D., & Seanor, P. (2010). Conceptualising ethical capital in social enterprise. *Social Enterprise Journal*, 6 (3), 250-264. <https://doi.org/10.1108/17508611011088832>

Edwards, H., Courtney, M., & O'Reilly, M. (2003). Involving older people in research to examine quality of life in residential aged care". *Quality in Ageing and Older Adults*, 4(4), 38-44. <https://doi.org/10.1108/14717794200300027>

European Commission. (2021). Long-Term Care Report- Trends, challenges and opportunities in an ageing society. <https://op.europa.eu/pt/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

Fonseca, A. (2006). O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica (2ª ed.). Universidade Católica Editora

Gineste, Y., & Pellissier, J. (2008). Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice. Instituto Piaget.

Gordon, S., Burns, R., Champion, S., Niutta, L., & Bennett, P. (2021). Compassion and person centred care: Survey development for aged care workers. *Australasian Journal on Ageing*, 41(2), 140- 150. <https://doi.org/10.1111/ajag.13022>

Henriques, L., Melo R., & Martins, A. (2021). Metodologia de cuidado humanidade: contributo para a dignificação da pessoa nos cuidados de higiene. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*, 11(2), 8-15.

Hermer, L., Cornelison, L., Kaup, M., Poey, J., Drake, P., Stone, R. I., & Doll, G. (2018). Person-Centered Care as Facilitated by Kansas' PEAK 2.0 Medicaid Pay-for-Performance Program and Nursing Home Resident Clinical Outcomes. *Innovation in aging*, 2(3), igy033. <https://doi.org/10.1093/geroni/igy033>

Hill, T., & Murphy, L. (2019). *Valuing more than money social value the housing sector*. Institute for Public Policy Research.

Jaye, C., Tordoff, J., Butler, M., Hale, B., McKechnie, R., Robertson, L. & Simpson, J. (2016). Quality in residential care: exploring residents', family members', managers' and staff perspectives. *Quality in Ageing and Older Adults*, 17(4), 253-262. <https://doi.org/10.1108/QAOA-03-2016-0015>

Joia, L., & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a vida na percepção dos idosos. *Kairós*, 16 (6), 79-102.

López, J., Rojo, G., Noriega, C., & Velasco, C. (2021). Personal and Work-Related Factors Associated with Good Care for Institutionalized Older Adults. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 820. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020820>

Liu, T., Bozic, K., & Teisberg, E. (2017). Value-based Healthcare: Person-centered Measurement: Focusing on the Three C's. *Clinical orthopaedics and related research*, 475(2), 315–317. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-5205-5>

Luz, H. (2019). The Framework of organization capacity to deal with complex problems: Challenges for social workers involved in care services. *Proceeding of the VIII Internacional Conference of Sociology and Social Work*, 298-316. ISBN: 978-989-99775-6-3 298-326

Marshall, E., Power, M., Edgecombe, N., & Andrew, M. (2020). Above and beyond: A qualitative study of the work of nurses and care assistants in long term care. *Work (Reading, Mass.)*, 65(3), 509–516. <https://doi.org/10.3233/WOR-203105>

Mandják, T., & Durrieu, F. (2011). Understanding the non-economic value of business relationships.

Narangajavana, Y., Gonzalez, T., Simon, F., & Ros, S. (2016). Measuring social entrepreneurship and social value with leakage. Definition, analysis and policies for the hospitality industry. *Int Entrep Manag J* 12, 911–934. <https://doi.org/10.1007/s11365-016-0396-5>

Neugarten, B., Havighurst, R., & Tobin, S. (1961, August). *The measurement of life satisfaction*. [Paper presentation]. Internacional Research Seminar on the Social and Psychological Aspects of Aging, California.

Organização Mundial de Saúde. (2015). Relatório Mundial de envelhecimento e saúde". Organização Mundial de Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

Pordata (2023, março 7). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento segundo os Censos*. <https://www.pordata.pt/portugal>

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 21- 41). Lisboa: Climepsi

Tad, W., Bayer, T., & Dieppe, P. (2002). Dignity in health care: reality or rhetoric. *Reviews in Clinical Gerontology*, 12 (1). 1-4. <https://doi.org/10.1017/S095925980201211X>

Tadd, J., Hillman, A., Calnan, M., & Bayer, A. (2011). *Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts*. PANICOA.

Van Engen, V., Bonfrer, I., Ahaus, K., & Buljac-Samardzic, M. (2022). Value-Based Healthcare From the Perspective of the Healthcare Professional: A Systematic Literature

Review. *Frontiers in public health*, 9, 800702.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.800702>

Walker, H., & Paliadelis, P. (2016). Older peoples' experiences of living in a residential aged care facility in Australia. *Australasian journal on ageing*, 35(3), E6–E10.
<https://doi.org/10.1111/ajag.12325>

Wallace, S., & Teisberg, E. (2015). Measuring what matters: Connecting Excellence, Professionalism and Empathy.

“As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Presença de sintomas depressivos e o impacto na qualidade de vida da pessoa idosa residente no município de Araras/São Paulo/Brasil

Título resumido do manuscrito: Depressão e qualidade de vida da pessoa idosa

Higor Matheus de Oliveira Bueno

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | higormatheusbueno3@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8907-6508

Debora Leveghim

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | deboraleveghim@alunos.fho.edu.br

ORCID: 0009-0006-4166-768X

Isabella Regina Rubin

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | isabella.rubin@alunos.fho.edu.br

ORCID: 0009-0004-9315-3539

Vitória Alves Ramos Santos

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | vitoriaaramos@alunos.fho.edu.br

ORCID: 0000-0003-0833-5457

Vitória Da Silva Mascarenhas

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto | vitoriamascarenhas@alunos.fho.edu.br

ORCID: 0009-0003-6636-0412

Beatriz Marçal Ribeiro

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto, beatriz-marcal@fho.edu.br

ORCID: 0000-0003-1705-1771

Antonio Francisco Peripato Filho

Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto, antonioperipato@fho.edu.br

ORCID: 0000-0002-8101-6949

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos de Araras/SP/Brasil. Estudo multicêntrico, quantitativo e analítico. Realizado coleta de dados utilizando dados sociodemográficos, escalas GDS-15 para depressão e SF-36 para qualidade de vida, transcritos para o Google Formulários® e aplicadas individualmente como entrevista. Utilizou-se como critérios de inclusão: idade ≥ 60 anos, residentes do município de Araras/SP, nota de corte > 17 pontos no Mini Exame do Estado Mental. Análise de associação pelo Qui-Quadrado ($\alpha=5\%$; $p<0,05$). Obteve aprovação ética sob parecer 4.393.230. Amostra de 112 idosos, idade média de 70,2 anos, predominantemente do sexo masculino 60(53,6%). Dos participantes do sexo masculino, 52 (88,1%) tem depressão ausente, 13 (24,5%) do sexo feminino tem depressão e 92 (82,1%) da amostra tem depressão ausente. Na análise entre depressão e qualidade de vida, 90 (80,4%) possui boa qualidade de vida para aspecto emocional, 18 (16,1%) pior qualidade de vida para saúde mental e 100 (89,3%) boa qualidade de vida para dimensão saúde mental. Houve significância estatística na associação entre sintomas depressivos e domínio saúde mental ($p<0,001$) e dimensão saúde mental ($p=0,007$) do SF-36. A maioria da amostra foi classificada com depressão ausente e boa qualidade de vida, entretanto, não descarta as demandas em saúde e saúde mental, sendo necessário o rastreamento das principais causas da depressão, promoção de saúde e intervenção para melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: envelhecimento, depressão, qualidade de vida, enfermagem, saúde do idoso.

Introdução

Devido ao avanço das tecnologias em saúde, melhores condições de vida e acesso à saúde, a população brasileira expressa um aumento da expectativa de vida, logo, estima-se que em 2050 a pirâmide etária se altere, sendo constituída por mais pessoas idosas

do que jovens. Em decorrência da senescência, mudanças físicas, intelectuais, sociais e psicológicas podem acometer a pessoa idosa de forma negativa, desencadeando inúmeras patologias que podem prejudicar o envelhecimento ativo e de qualidade (Miranda *et al.*, 2011).

Com relação às mudanças percebidas no envelhecimento, além do comprometimento funcional, nota-se também uma perda da manutenção da autonomia e independência do idoso, fato que está relacionado ao declínio da capacidade cognitiva e que pode se agravar na presença de doenças mentais, como a depressão, sendo considerada pela Organização Mundial da Saúde a doença do século, acometendo aproximadamente 264 milhões de pessoas no mundo, destas, 13,2% são idosos com idade entre 60 e 64 anos (Ferreira *et al.*, 2011)

Em razão da maior vulnerabilidade enfrentada pelo idoso, fatores como as dificuldades de comunicação nas relações pessoais, isolamento e internações em instituições de longa permanência, podem contribuir no aparecimento da depressão, que consiste em uma patologia multifatorial, com distúrbio da área afetiva ou do humor, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Os sintomas predominantes, em idosos, são a perda de interesse e entusiasmo nas atividades de vida diárias, bem como o humor deprimido (Carreira *et al.*, 2011).

Os quadros de depressão nessa faixa etária são frequentes e muito preocupantes, devido ao agravamento de quadros mórbidos preexistentes e os altos índices de mortalidade. Apesar dessa doença ser prevalente, muitas vezes seu diagnóstico é complexo e o tratamento tem início tardio, pois a sintomatologia pode ser ignorada ou até mesmo confundida com manifestações de outras patologias (Souza *et al.*, 2014).

Para garantir o direito do cidadão de envelhecer de maneira ativa, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem suas diretrizes voltadas para garantir a manutenção da capacidade física e mental dos idosos (Ferreira *et al.*, 2011). Portanto, objetiva-se identificar a associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos de Araras/SP/Brasil.

Métodos

Trata-se de estudo de abordagem analítica e caráter quantitativo, realizado com indivíduos idosos residentes da cidade de Araras, São Paulo, Brasil. O presente estudo

se origina de um recorte de uma pesquisa realizada pela Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade e Saúde da Pessoa Idosa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), denominado “Vulnerabilidade e Condições Sociais e de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência: Estudo Comparativo no Brasil, Portugal e Espanha”. A coleta de dados do município de Araras, São Paulo foi iniciada em 2021 de maneira presencial e individual, em período pandêmico, sendo respeitados as delimitações sanitárias impostos pela vigilância municipal, logo, a coleta de dados segue em andamento.

A cidade de Araras, conta com uma população aproximada de 118.843 pessoas, destas 14.854 (12,5%) são idosas. A equipe de coleta de dados iniciou o trabalho a partir da busca dos participantes através dos bancos de dados das unidades de saúde de cada bairro do município, a partir daí, foram iniciadas a coleta de dados dos indivíduos que aceitaram participar da pesquisa. Os idosos foram convidados a participar de modo aleatório, bem como por indicações dos próprios participantes.

Os critérios de inclusão foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos, ser residente do município de Araras/São Paulo, resultar em pontuação igual ou superior à 17 pontos do questionário Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que avalia a função cognitiva do participante. Os critérios de exclusão são: possuir alguma incapacidade física, mental, neurológica, intelectual ou condições que afetam sua funcionalidade e possam comprometer a aplicação dos instrumentos, amputação de membros, não alcançar nota mínima no questionário proposto.

Para captação e avaliação dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos e suas pontuações respectivamente: Caderneta da Pessoa Idosa, para os dados sociodemográficos e de saúde, Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) para identificação de sintomas depressivos (10-15 pontos - depressão provavelmente presente); (6-9 pontos - possível depressão); (0-5 pontos - depressão ausente), e a versão brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) (Campolina, 2011).

O instrumento GDS-15 consiste em 15 perguntas de fácil compreensão, possui variação de resposta de sim ou não e avalia a presença ou ausência de sintomas depressivos nos indivíduos (depressão improvável ou depressão presente). O SF-36 possui questões que avaliam: capacidade funcional, aspectos físicos, emocionais e sociais, dor, estado geral de saúde, vitalidade e saúde mental, correspondendo em uma somatória de até 100

pontos. Para análise inferencial, às classificações gerais dos instrumentos foram categorizadas: (0-5 pontos - depressão improvável); (6-15 pontos - depressão presente) e o SF-36 em (0-49 pontos - pior qualidade de vida); (50-100 pontos - melhor qualidade de vida), (Pereira, 2017).

Os instrumentos de coleta de dados foram transcritos para o Google Formulários e a entrevista ocorreu individualmente de forma presencial por formulário online. Os resultados foram analisados pelo programa de software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 23.0, no qual, foi realizado análise de frequência absoluta e relativa e análise inferencial, através do teste de Qui Quadrado de Pearson para verificar o nível de associação e a probabilidade estatística ($\alpha=5\%$; $p\text{-valor}<0,05$).

O atual estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário da Fundação Hermínio Ometto (FHO) sob parecer nº 4.393.230. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma via foi disponibilizada para posse dos mesmos.

Esta pesquisa possui apoio financeiro do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIC-Sustentabilidade 2023, subsidiado pela FHO.

Resultados

O estudo resultou em 112 participantes, destes 60(53,6%) eram do sexo masculino e 52(46,34%) do sexo feminino, houve predominância de pessoas idosas de faixa etária entre 60 a 69 anos, raça/cor branca 78(69,6%) e 32(28,6%) se declararam não brancos, 86(76,8%) moram com um familiar e 24(21,4%) moram sozinhos.

No que se refere a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 43(38,4%) participantes relataram possuir uma DCNT e 38(33,9%) possuem duas ou mais DCNT, o que pôde ser observado o predomínio da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM). Em relação ao uso de medicamentos, 85(75,9%) refere fazer uso de medicações prescritas, logo, 66,1% da amostra faz uso concomitante de um a quatro medicamentos por dia e 10(8,9%) indivíduos foram considerados como polimedicados, classificado àquele que usa diariamente cinco ou mais fármacos prescritos.

Dos entrevistados, 92(82,1%) idosos não possuem sintomas depressivos, 20(17,9%) têm depressão presente, destes, 13(11,6%) são do sexo feminino e 7(6,3%) do sexo masculino, logo, há predominância de sintomas depressivos em mulheres. Quanto à

qualidade de vida,o domínio total do SF-36 expressa melhor qualidade de vida, representada por 101(90,2%) indivíduos, entretanto, apenas 11(9,8%) possuem pior qualidade de vida. Na tabela 1, foram descritas as dimensões e domínios do Questionário de Qualidade de vida SF-36.

Tabela 1

Apresentação dos domínios e dimensões Questionário de Qualidade de vida (SF-36) (n=112). Araras/SP, 2023.

Domínios SF-36	N	%
Capacidade Funcional		
Melhor qualidade de vida	89	79,5
Pior qualidade de vida	23	20,5
Aspecto Físico		
Melhor qualidade de vida	93	83,0
Pior qualidade de vida	19	17,0
Aspecto Emocional		
Melhor qualidade de vida	90	80,4
Pior qualidade de vida	22	19,6
Dor		
Melhor qualidade de vida	79	70,5
Pior qualidade de vida	33	29,5
Saúde Mental		
Melhor qualidade de vida	94	83,9
Pior qualidade de vida	18	16,1
Vitalidade		
Melhor qualidade de vida	97	86,6
Pior qualidade de vida	15	13,4
Aspecto Social		
Melhor qualidade de vida	104	92,9
Pior qualidade de vida	08	7,1
Estado Geral de Saúde		
Melhor qualidade de vida	99	88,4
Pior qualidade de vida	13	11,6
Total SF-36		
Melhor qualidade de vida	101	90,2
Pior qualidade de vida	11	9,8
Dimensões SF-36		
Saúde Física		
Melhor qualidade de vida	98	87,5
Pior Qualidade de vida	14	12,5
Saúde Mental		
Melhor qualidade de vida	100	89,9
Pior Qualidade de vida	12	10,7

TOTAL	112	100,0

Nota: n = número de participantes; % = percentagem

Ao analisar a associação da qualidade de vida (SF-36) e depressão (GDS-15), foi observado significância estatística pelo Qui Quadrado de Pearson nos domínios saúde mental ($p<0,001$); vitalidade ($p=0,001$); aspecto social ($p=0,004$); e nas dimensões saúde mental ($p=0,002$); total SF-36 ($p=0,012$), demonstrado na tabela 2. Nos demais domínios e dimensões não houve associação significativa. Notou-se que os domínios que apresentaram sintomas depressivos presentes e pior qualidade de vida foram saúde mental 11(9,8%) e dor 9(8,0%), todavia, os domínios de capacidade funcional 17(15,2%), estado geral de saúde 17(15,2%), aspecto social 15(13,4%) e aspecto físico 15(13,4%) foram aqueles que possuem sintomas depressivos mas boa qualidade de vida.

Tabela 2

Distribuição dos participantes em relação a ocorrência de sintomas depressivos (GDS-15) e a qualidade de vida (SF-36) (n=112). Araras/SP, 2023.

Qualidade de vida (SF-36)	Depressão improvável		Depressão presente		p
	N	%	n	%	valor*
Domínios					
Capacidade funcional					
Melhor qualidade de vida	72	64,3	17	15,2	0,760
Pior qualidade de vida	20	17,9	03	2,7	
Aspecto físico					
Melhor qualidade de vida	78	69,6	15	13,4	0,327
Pior qualidade de vida	14	12,5	05	4,5	
Aspecto emocional					
Melhor qualidade de vida	77	68,8	13	11,6	0,068
Pior qualidade de vida	15	13,4	07	6,3	
Dor					
Melhor qualidade de vida	68	60,7	11	9,8	0,109
Pior qualidade de vida	24	21,4	09	8,0	
Saúde mental					
Melhor qualidade de vida	85	75,9	09	08	<0,001
Pior qualidade de vida	07	6,3	11	9,8	
Vitalidade					
Melhor qualidade de vida	85	75,9	12	10,7	0,001
Pior qualidade de vida	07	6,3	08	7,1	
Aspecto social					
Melhor qualidade de vida	89	79,5	15	13,4	0,004
Pior qualidade de vida	03	2,7	05	4,5	
Estado geral de saúde					

Melhor qualidade de vida	82	73,2	17	15,2	0,699
Pior qualidade de vida	10	8,9	03	2,7	
Dimensões					
Saúde física					
Melhor qualidade de vida	83	74,1	15	13,4	0,127
Pior qualidade de vida	09	8,0	05	4,5	
Saúde mental					
Melhor qualidade de vida	86	76,8	14	12,5	0,002
Pior qualidade de vida	06	5,4	06	5,4	
Total SF-36					
Melhor qualidade de vida	86	76,8	15	13,4	0,012
Pior qualidade de vida	06	5,4	05	4,5	
Nota: n = número de participantes; % = percentagem; p = nível de significância; *Qui Quadrado					

Nota: n = número de participantes; % = porcentagem; p = nível de significância; *Qui Quadrado

Os sintomas depressivos foram mais presentes no sexo feminino 13(11,6%) se comparado com o sexo masculino 7(6,3%), entretanto, a associação entre sexo e sintomas depressivos não foi significativa ($p=0,081$), apresentado na tabela 3.

Tabela 3

Distribuição dos participantes em relação à associação entre sexo e sintomas depressivos (GDS-15). Araras/SP, 2023.

Sintomas Depressivos (GDS-15)					
Sexo	Depressão Improvável		Depressão Presente		p valor*
	N	%	n	%	(<0,05)
Masculino	52	46,4	7	6,3	-
Feminino	40	35,7	13	11,6	-
TOTAL	92	82,1	20	17,9	0,081

Nota: n = número de participantes; % = porcentagem; p = nível de significância; *Qui Quadrado

No que se refere à moradia, os participantes foram interrogados com quais pessoas moravam ou se moravam sozinhos, e 63(56,3%) pessoas relataram morar com companheiro(a) e 17(15,2%) moram sozinhos, sendo este último uma grande preocupação, visto que a solidão é um fator predisponente à depressão. Na tabela 4, foi apresentado a associação entre dados sociodemográficos (moradia) e sintomas

depressivos (GDS-15) e identificado significância estatística entre eles ($p=0,001$).

Tabela 4

Distribuição dos participantes em relação à com quem mora (Dados Sociodemográficos). Araras/SP, 2023.

	Sintomas Depressivos (GDS-15)					p valor*
	Depressão Improvável		Depressão Presente		TOTAL	
Mora com quem?	n	%	N	%	%	(<0,05)
Sozinho(a)	17	15,2	7	6,3	21,4	-
Companheiro(a)	63	56,3	5	4,5	60,7	-
Com filho	8	7,1	1	0,7	8,0	-
Com neto	1	0,9	3	2,7	3,6	-
Outro	3	2,7	4	3,6	6,3	-
Total	92	82,1	20	17,9	100	0,001

Nota: n = número de participantes; % = percentagem; p = nível de significância; *Qui Quadrado

Discussão

Este estudo apresenta idosos majoritariamente do sexo maculino, considerados jovens, de cor branca, que moram com companheiros(as) e que possuem melhor qualidade de vida, ainda assim, a predominância de sintomas depressivos foi no sexo feminino, semelhante ao observado na região rural do Sul do Brasil (Corrêa et al., 2020).

Há maior predisposição da depressão em mulheres se comparada com idosos do sexo masculino, que pode ser explicado pelo período do climatério, e a influencia hormonal (Silva et al., 2019). Uma revisão integrativa com a temática de fatores associados à depressão em idosos listou 4 artigos que obtiveram resultados semelhantes à presente pesquisa, ou seja, os sintomas depressivos foram predominantes nas mulheres idosas (Lima Júnior et al., 2023).

Ao analisar as condições de saúde dos entrevistados, foi percebido a presença de uma ou mais DCNTs em grande parcela da amostra, majoritariamente representada pela hipertensão arterial e diabetes mellitus. Pode-se afirmar que os transtornos psíquicos

como a depressão podem influenciar diretamente na suscetibilidade ao surgimento de comorbidades (Lameira *et al.*, 2018).

No Brasil, as doenças crônicas prevalentes são as mesmas encontradas nos participantes deste estudo. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), do Ministério da Saúde, o visa a prevenção de riscos para ocorrência das DCNT, promoção de saúde à população brasileira somada a redução de desigualdades em saúde, com referência à Agenda 2020-2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (Schueler, 2021).

No que diz respeito à associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida, observou-se melhor qualidade de vida em todos os domínios e dimensões do SF-36, mesmo havendo presença de sintomas depressivos, o que pode ser explicado pela subjetividade do bem estar e satisfação do viver. A subjetividade do indivíduo perpassa o termo de saúde definido VIII Conferência de Saúde de 1986, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso a serviços de saúde, uma vez que justifica a pessoa idosa auto-identificar-se feliz por haver o básico conquistado por ela (Conselho Nacional de Saúde, 1986).

Outro fator determinante à depressão é a solidão enfrentada pelos idosos que moram sozinhos em detrimento daqueles que possuem companheiros ou entes da família como moradores da mesma residência, fato este, que pode inferir que a ausência de uma pessoa adjunta e a solidão pode contribuir para o surgimento de sintomas depressivos e outras comorbidades mentais. Esta pesquisa obteve significância estatística na associação entre residir sozinho ou não e a ocorrência de sintomas depressivos, o que pode demonstrar que quanto maior solidão e menor interação social, maior é a probabilidade da pessoa idosa desenvolver sintomas depressivos, consideração semelhante a revisão integrativa realizado por estudiosos da Universidade Federal da Paraíba (Oliveira *et al.*, 2019).

Nota-se a importância de identificar e reconhecer os sintomas depressivos na pessoa idosa, que se associados aos inúmeros determinantes como, vulnerabilidade, fragilidade, DCNT, solidão e limitada interação social podem resultar na baixa qualidade de vida, portanto, torna-se imprescindível instituir planos de intervenção que possam

melhorar o bem estar social e consequentemente a qualidade de vida da pessoa idosa, uma vez que, pode ser realizada por meio de planos de cuidado voltados a saúde mental, ofertados pela Rede de Atenção à Saúde a partir do serviço especializado disponibilizado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da prevenção, promoção, proteção e tratamento dos sintomas depressivos e/ou outros transtornos mentais que a pessoa idosa possa apresentar (Rede de atenção psicossocial, 2011).

Conclusão

A maioria dos idosos investigados eram do sexo masculino, mas a maior proporção de sintomas depressivos foram identificados no sexo feminino. Os sintomas depressivos nos idosos necessitam de maior atenção por parte dos profissionais de saúde por serem de difícil identificação, para que assim, o diagnóstico e o tratamento sejam ofertados antes do agravamento e das complicações, permitindo a prevenção eficaz desta patologia, além da promoção à saúde.

De modo geral, ao se analisar a qualidade de vida pelos domínios e dimensões, pode-se dizer que os participantes possuem melhor qualidade de vida, mesmo com a presença de comorbidades, ou fatores que possam influenciar negativamente na qualidade de vida, como sintomas depressivos.

Diante disso, torna-se necessário o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde mental, que podem ser implementadas por meio de estratégias de identificação e combate a sintomas depressivos e outras condições mentais que possam afetar negativamente a qualidade de vida da pessoa idosa. Além disso, a proposta deve ser voltada a toda população, dado que, a depressão é considerada a doença do século, logo afeta milhões de pessoas mundialmente.

Referências Bibliográficas

- Campolina, A. G., Bortoluzzo, A. B., Ferraz, M. B., & Ciconelli, R. M. (2011). Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3103–3110. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232011000800010>.
- Conselho nacional de saúde (1986). Recuperado 29 de setembro de 2023, em https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.

- Corrêa, M. L., Carpena, M. X., Meucci, R. D., & Neiva-Silva, L. (2020). Depressão em idosos de uma região rural do Sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25 (6), 2083–2092. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18392018>.
- Ferreira, P.C. dos S., Tavares, D.M. dos S., & Rodrigues, R. A. P. (2011). Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paulista De Enfermagem*, 24(1), 29–35. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000100004>.
- Lameira, T., Amaral, M., De, C., Amaral, A., Silva De Lima, N., Vasconcelos Herculano, P., Rezende Do Prado, P., Torres, G., & Monteiro, R. (2018). *Ciência & Saúde Coletiva*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.22532016>.
- Lima Júnior, J. de R. M., Soares, P. F., Carvalho, W. L., Mesquita, L. L. S. de, Araújo, M. S. M., Castelo, A. V. C. D., Carmo, R. S. do, & Andrade, B. R. C. (2023). Fatores associados à ansiedade e depressão em idosos: Uma revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, 26(298), 9495–9508. <https://doi.org/10.36489/nursing.2023v26i298p9495-9508>.
- Lourenço, R. A, Veras, R. P, & Ribeiro, P. C. C (2019). Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11 (1), 7–16. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2008.11012>.
- Miranda, GMD, Mendes, ADCG, & Silva, ALAD (2016). Envelhecimento populacional no Brasil: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (3), 507–519. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
- Oliveira, L. da S. S. C. B., Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B (2019). Os efeitos da atividade física na ansiedade, depressão e qualidade de vida em idosos residentes na comunidade. *Tendências em Psiquiatria e Psicoterapia*, 41 (1), 36–42. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>.
- Oliveira, L. M. de, Abrantes, G. G. de, Ribeiro, G. da S., Cunha, N. M., Pontes, M. de L. de F., & Vasconcelos, S. C. (2019). Loneliness in senescence and its relationship with depressive symptoms: An integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22, e190241. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241>.

- Pereira, K. R (2017). Adaptação transcultural e validação da Escala de Depressão Geriátrica GDS-15. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. <http://bdtd.uftm.edu.br/handle/tede/480>.
- Rede de atenção psicossocial (Raps). (2011). Recuperado 29 de setembro de 2023, em <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/tabagismo/rede-atencao-psicossocial/>.
- Schueler, P. (2021, setembro 22). *Ministério da Saúde apresenta cenário das doenças não transmissíveis no Brasil*. Bio-Manguinhos/Fiocruz || Inovação em saúde || Vacinas, kits para diagnósticos e biofármacos. <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/2604-ministerio-da-saude-apresenta-cenario-das-doencas-nao-transmissiveis-no-brasil>.
- Silva, M. dos S., Silva, M. R. A. da ., & Peres, L. C. (2019). Fatores que influenciam a depressão no período do climatério. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 2(5), 100–114. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4320105>.
- Souza, R. A, Costa, G. D. D., Yamashita, CH, Amendola, F., Gaspar, JC, Alvarenga, MRM, Faccenda, O., & Oliveira, MADC (2014). Funcionamento familiar de idosos com sintomas depressivos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48 (3), 469–476. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000300012>.

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título Completo do Manuscrito: Qualidade de Vida Profissional e
Literacia em Demências e Cuidados Paliativos dos Ajudantes de Ação
Direta em contexto ERPI, na cidade de Vila Nova de Gaia

Título resumido do manuscrito: Qualidade de Vida Profissional e Literacia
em Demências e Cuidados Paliativos

Daniela Vieira

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | Movimento Gaia Compassiva |
es.danielavieira@gmail.com
ORCID: 0009-0001-4759-0410

Luísa Castro

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | RISE|CINTESIS - Center for Health
Technology and Services Research ORCID: 0000-0002-1312-0154

Ivone Duarte

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto | RISE|CINTESIS - Center for Health
Technology and Services Research ORCID: 0000-0002-5160-7043

Carla Serrão

Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto | INED – Centro de Investigação

Resumo

As estruturas residenciais para pessoas idosas constituem-se como uma resposta social de alojamento temporário ou definitivo, que desenvolve um conjunto serviços com vista a responder às diversas necessidades biopsicossociais das pessoas idosas. Têm como objetivo central proporcionar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas mais velhas, nomeadamente, daquelas que vivem em situação de doença prolongada, incurável e progressiva. Uma das classes profissionais que intervém no processo cuidativo desenvolvido nas estruturas residenciais, é a ajudante de ação direta que, a par de apoio instrumental, deverá contemplar transversalmente uma ação personalizada e

humanizada. Contudo, a exposição permanente ao sofrimento e as exigências de suporte emocional e físico, podem comprometer não apenas a qualidade dos cuidados, mas também a saúde geral da/o ajudante de ação direta. Neste sentido, e dada a escassez de estudos nacionais centrados, particularmente neste grupo profissional, o presente estudo teve um duplo objetivo: avaliar a qualidade de vida profissional; analisar a literacia em saúde sobre demências e cuidados paliativos de uma amostra de ajudantes que presta cuidados em Estruturas Residenciais, do concelho de Vila Nova de Gaia. Trata-se de um estudo transversal, observacional, quantitativo, de natureza analítica. Participaram 70 ajudantes (92.9% do sexo feminino; e com mediana de idades de 49 anos). Os resultados evidenciam que a maioria dos/as participantes apresenta níveis elevados de gratificação e prazer na prestação de cuidados às pessoas idosas. Pese embora apresente níveis moderados de fadiga por compaixão. Em geral a amostra evidencia atitudes positivas face à demência.

Palavras-chave: qualidade de vida profissional; ajudantes ação direta; literacia; demências; cuidados paliativos; estrutura residencial para pessoas idosas.

Introdução

Perante o envelhecimento populacional enaltecem-se uma série de desafios relativos à prestação de cuidados à pessoa idosa (OMS 1), particularmente, em processos de envelhecimento patológico. Embora envelhecer não implique, obrigatoriamente, dependência e doença, é inegável que a partir, dos 65 anos, as doenças crónicas, progressivas e/ou incapacitantes são mais prevalentes, comparativamente com outras faixas etárias (Barreto, Carreira & Marcon 2; Quadrante 3).

As doenças neurocognitivas, dada a sua elevada incidência (42%; Fernandes 4) constituem uma realidade e um desafio substancial na atual geração de pessoas idosas. São síndromes de instalação progressiva em que ocorre deterioração cognitiva e intelectual, acompanhada de progressivo declínio funcional e da perda da autonomia da pessoa (e.g., APA 5). Fica, desta forma, claro que, ao contrário do envelhecimento saudável, o envelhecimento patológico, exige uma intervenção especializada, particularmente, no âmbito dos cuidados paliativos (CP) (e.g., Pazes, Galvão, Neto & Marques 6). Ou seja, uma intervenção pautada por cuidados rigorosos e organizados que

visam, essencialmente, a prestação de cuidados humanizados centrados na pessoa doente e na sua família, quando esta enfrenta uma doença incurável e/ou grave, procurando que esta tenha disponível e acessível uma série de instrumentos que promovam alívio de sofrimento subjacente (Lei de Bases dos CP 7).

A este respeito, Pazes e colegas (6) defendem a necessidade urgente de refletir sobre a intervenção prestada, com intuito de melhorar os cuidados prestados, tornando-os mais humanizados, devendo, os seus profissionais, desenvolver “competências na área da abordagem paliativa”. O Plano Estratégico para o Desenvolvimento de CP 2021- 2022, salienta a necessidade de responder adequadamente perante uma multiplicidade de necessidades enfrentadas pelas Organizações Sociais. Neste sentido, sugere-se um modelo organizativo, onde se contemple um plano formativo adequado para a prática de abordagens paliativas em todos os contextos, assim como a importância de trabalho em rede a estabelecer entre equipas especializadas e outros ambientes, nomeadamente as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), para que possam abranger o maior número possível de pessoas (CNCP 8).

De facto, e conforme salientam vários autores (e.g., Boscart, d’Avernas, Brown & Raasok 9; Sousa & Ribeiro 10), o nível de literacia, nomeadamente no que respeita a CP e demências (Chen, et al. 11), tem influência na prestação de cuidado à pessoa idosa. A inadequada literacia em saúde, a escassez de recursos humanos e físicos e a ausência de programas de autocuidado, são apenas alguns fatores que podem pôr em risco o desenvolvimento de práticas humanizadas no contexto de ERPI. Perante a escassez, as/os Ajudantes Ação Direta (AAD) percecionam a sua atividade como bastante desgastante, o que pode levar ao surgimento de quadros de *burnout* ocupacional, o que por sua vez pode comprometer o cuidado profissionalizado prestado à pessoa (Monteiro, Queirós & Marques 12).

Da mesma forma que internacionalmente, também em contexto português se reforça a necessidade de promover a literacia em demências e da intervenção nestas patologias como um eixo prioritário (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho 14; Serrão, & Veiga 15). Além da baixa literacia sobre demências, a inadequada literacia em CP parece também ser uma importante barreira ao acesso a CP (OMS 1). Outro fator preocupante diz respeito ao grau de exaustão e fadiga profissionais encontrados em alguns estudos desenvolvidos em ERPI Portuguesas (e.g., Carvalho 16; Ferreira 17; Marques 18).

Qualidade de vida profissional

Nos últimos anos conceitos como *burnout*, desgaste emocional, qualidade de vida profissional, entre outros, têm sido objetos de grande interesse científico, dado o seu impacto direto e indireto na qualidade das Organizações. Porém, estes estudos têm-se centrado particularmente no estudo de grupos de profissionais de saúde (*e.g.*, Dias, Queirós & Carlotto 19; Vala 20; Restauri & Sheridan 21).

Um construto associado à dimensão ocupacional que tem sido objeto investigativo é o de qualidade de vida profissional (Stamm 22). Stamm (22) define-a como um conjunto de manifestações e consequências de que sofrem os profissionais como resposta à condição de envolvimento emocional e afetivo perante a exposição ao sofrimento de pessoas/pacientes. O conceito é complexo e, além de envolver o ambiente organizacional, engloba também as características pessoais dos seus profissionais e a sua exposição a traumas (Stamm 22). A autora menciona que a qualidade de vida profissional incorpora dois aspetos: um positivo e um negativo. A dimensão positiva, denomina-se de satisfação compassiva e diz respeito à gratificação e prazer sentidos na capacidade de ajudar e no apoio à pessoa que necessita de cuidados. Já a dimensão negativa, denomina-se de fadiga por compaixão e trata-se da redução da capacidade e/ou interesse em ser empático com as pacientes.

De acordo com o modelo teórico de Stamm (22), a fadiga por compaixão integra dois construtos: (1) um relacionado com a exaustão, fadiga e depressão – denominado de *burnout*; (2) o outro denominado de stress traumático secundário, diretamente associado a sentimentos negativos provenientes de medo e traumas relacionados com o trabalho.

O presente estudo teve como objetivos avaliar a qualidade de vida profissional (satisfação compassiva, *burnout* e stress traumático secundário), o grau de literacia em demências e em CP do universo de AAD que presta cuidados em ERPI, do concelho de Vila Nova de Gaia.

Métodos

O estudo teve uma abordagem quantitativa, e foi de cariz descritivo- correlacional, observacional, transversal. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Ref. n.º 10/CEFMUP/2021, a 21 de junho de 2021) e seguiu os princípios éticos consagrados na Declaração de Helsínquia (2013) e na Convenção para a Proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade do Ser Humano Face às aplicações da Biologia e da Medicina (1997).

Depois de identificadas as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) do concelho de Vila Nova de Gaia que integravam a resposta ERPI (GEP 23), foi endereçado o convite às 12 ERPI, e seis (50%) consentiram participar, após convite via email. No total, estas seis ERPI tinham um universo de 115 AAD a exercerem funções, no momento da pesquisa. O preenchimento do questionário decorreu entre os dias 12 de janeiro e 30 de março de 2022, em suporte papel, na presença do investigador.

Participantes

Do universo de 115 AAD, participaram no estudo 70 AAD (92.9%; $n = 65$ do sexo feminino e com uma mediana [$1.ºQ$; $3.ºQ$] de idades de 49 anos [38 ; 57]). Na Tabela 1 são apresentados alguns dados sociodemográficas que permitem caracterizar a amostra participante no estudo. No que se refere à formação, verifica-se que 23.1% ($n = 15$) não possui formação específica na área da geriatria. Em relação ao grau de importância atribuído à formação específica em determinadas áreas (demência, por exemplo), a maioria considerou (93.7%; $n = 59$) como muito importante (5) a formação contínua na área das demências. Além disso, convidaram-se os participantes a indicar, através de uma resposta do tipo dicotómico (Sim; Não), se consideravam que as pessoas com quadro demencial deveriam ser acompanhadas por CP. Conclui-se que 78.5% ($n = 51$) considera que as pessoas com perturbações demenciais deveriam ser acompanhadas por CP.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica AAD (n = 70)

	n	%
Estado Civil ^{a)}		
Casado/a	30	44.1
Divorciado(a)/Separado(a)/Solteiro(a)/Viúvo(a)	38	55.9
Número de filhos		
0 – 1 filhos	42	60.0
Mais de 2 filhos	28	40.0
Habilitações Literárias ^{b)}		
4.º ao 9.º ano	38	56.7
12.º ano	28	41.8
Licenciatura	1	1.5
Formação na área das demências ^{c)}		
Não	39	56.5
Sim	30	43.5
Formação em cuidados paliativos ^{c)}		
Não	63	91.3
Sim	6	8.7
Anos de trabalho na Organização		
<=3 anos	24	34.3
Entre 4 e 7 anos	20	28.6
>= 8 anos	26	37.1

Nota: n = número de participantes; % percentagem; AAD – Ajudantes Ação Direta; a) 2 omissos; b) 3 omissos; c) 1 omissos;

Instrumentos

O questionário do estudo integrou duas partes: a primeira parte, de cariz sociodemográfico (e.g., idade, género, anos de experiência, etc.). A segunda parte integrou as seguintes escalas:

A *Escala de Qualidade de Vida Profissional – Versão 5* (Professional Quality of Life [ProQOL-5], Stamm, 2009; validada para a população portuguesa por Duarte 24) visa avaliar a qualidade de vida profissional. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach foram de 0.80 para satisfação compassiva, 0.68 para *burnout* e 0.69 para stress secundário traumático.

A *Escala de Atitudes face à Demência* (Dementia Attitude Scale [DAS]- O'Connor & McFadden, 2010; validada para a população portuguesa por Marques 25) é constituída por 20 questões; a pontuação varia entre 20 e 140 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, mais positivas serão as atitudes face à demência. Integra duas dimensões: conforto social (domínio afetivo e comportamental do modelo tripartido das atitudes) e conhecimentos. No atual estudo os valores de alfa de Cronbach foram 0.79 para a dimensão de conforto social e 0.82 para a dimensão de conhecimentos.

A *Escala de conhecimentos da Doença de Alzheimer* (Alzheimer's Disease Knowledge Scale [ADKS], Carpenter et al., 2009; traduzida para a população portuguesa por

Monteiro & Coelho, 2009), é composta por 30 questões e visa avaliar conhecimentos sobre a doença de Alzheimer, abordando fatores de risco, sintomas, impacto, tratamento, avaliação e diagnóstico, cuidado e evolução da doença.

Análise de dados

Os dados foram exportados de questionários em suporte papel para uma matriz no Microsoft Excel Office 365 e todas as análises estatísticas foram realizadas usando SPSS Statistics (versão 26.0; SPSS® Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos) e Jamovi 1.1.9.0 (datalab. CC, Sydney, Austrália). A maioria das variáveis quantitativas apresentava uma distribuição assimétrica tendo por isso sido descritas pela sua mediana (med) e intervalo interquartil [1.ºQ; 3.ºQ].

Para cada dimensão da escala (satisfação compassiva, *burnout* e stress traumático secundário), considerada como variável dependente, foi estimado um modelo de regressão linear múltipla. Inicialmente foram testados modelos de regressão linear simples, para cada variável independente de interesse e cada variável dependente. Todas as variáveis significativas ao nível de $p < 0.2$ nos modelos simples foram incluídas no modelo inicial múltiplo (para cada outcome). O modelo múltiplo final, para cada variável dependente, foi obtido a partir do modelo inicial eliminando sucessivamente as variáveis independentes não significativas no modelo. Os modelos finais de regressão múltipla foram avaliados utilizando coeficiente de determinação (R^2), a estatística F do teste do modelo global e o respetivo valor de prova. Foram verificados os pressupostos dos modelos de regressão linear. Em todos os testes estatísticos valores de prova menores ou iguais a 0.05 foram considerados significativos.

Resultados

Qualidade de Vida Profissional

Como referido, para avaliar a qualidade de vida profissional da amostra de AAD, foi usada a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-5, Duarte 24). Os dados evidenciam níveis altos de satisfação compassiva (68.9%; $n = 42$), e níveis moderados de *burnout* (42.4%; $n = 25$) e de stress traumático secundário (57.8%; $n = 37$) (Tabela 2).

Tabela 2*Resultados da Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-5) (n = 70)*

	Baixo n, (%)	Médio n, (%)	Alto n, (%)
Satisfação compassiva ^{a)}	0 (0)	19 (31.1)	42 (68.9)
<i>Burnout</i> ^{b)}	33 (55.9)	25 (42.4)	1 (1.7)
Stress traumático secundário ^{c)}	27 (42.2)	37 (57.8)	0 (0)

Notas. n = número de participantes; % = percentagem; ^{a)} 9 omissos; ^{b)} 11 omissos; ^{c)} 6 omissos

Atitudes face à Demência

Os resultados obtidos são indicativos da presença de atitudes globais positivas relativamente a este tipo de perturbações neurológicas. A pontuação mediana [1.º Q; 3.º Q] geral de atitudes face à demência foi de 115 [104,5; 125,5]. Em relação às atitudes dos AAD no domínio de conforto social, a mediana obtida foi de 56 [46; 62,5] e no que respeita ao domínio dos conhecimentos de 59 [54; 64].

Escala de conhecimentos da doença de Alzheimer

Quanto aos resultados obtidos neste estudo, podemos concluir que nenhum inquirido respondeu com sucesso a todas as questões formuladas (30 no total). Além disso, verificou-se que as questões com maior número de respostas erradas eram as relativas aos fatores de risco: itens 18 e 26. Por sua vez, o item 21 foi aquele que obteve maior número de acertos, relativo ao construto “avaliação e diagnóstico”. Ressaltam-se os resultados referentes à “evolução da doença” em que assistimos a elevadas taxas de conhecimentos. Por outro lado, ressaltam, negativamente, os resultados obtidos nos itens 6 “Quando as pessoas com Doença de Alzheimer começam a ter dificuldades e cuidar de si próprias, os cuidadores devem assumir imediatamente estas responsabilidades” e 16 “Assim que as pessoas têm Doença de Alzheimer, deixam de ser capazes de tomar decisões informadas sobre os seus próprios cuidados”, inseridos no construto “cuidados”. Construto este que, face a todos os presentes na escala, pode-se considerar aquele mais diretamente ligado à prática profissional dos AAD. Estes itens abordam especificamente práticas que promovem a autonomia de pessoas com demência. Mais de 80% dos participantes sabe que as pessoas com “Doença de Alzheimer respondem melhor a instruções simples” (item 5), cerca de 65% dos participantes sabe que “Dificuldades em lidar com o dinheiro ou em pagar as contas é um sintoma inicial comum da Doença de Alzheimer” (item 22) e mais de 80% que “A

maioria das pessoas com Alzheimer recorda mais facilmente acontecimentos recentes do que as coisas que aconteceram no passado” (item 30). Estes aspetos parecem muito relevantes, uma vez que podem ser elementos facilitadores na abordagem e prática profissional no dia-a-dia dos/as AAD. Além disso, mais de 76% dos participantes sabe que “Quando uma pessoa com Doença de Alzheimer fica agitada, exames médicos podem revelar outros problemas de saúde como causa da agitação” (item 4), podendo este elemento facilitar na comunicação com equipa de saúde e, consecutivamente, na sua avaliação, diagnóstico e intervenção o mais precocemente possível.

Análise multivariada resultados ProQOL-5

Tendo como objetivo avaliar o contributo das variáveis sociodemográficas (*e.g.*, estado civil, filhos/as, tempo de formação, formação) e das variáveis atitudes face à demência e conhecimentos da demência de Alzheimer, na satisfação compassiva, no *burnout* e stress traumático secundário dos/as AAD, foram utilizados modelos de regressão linear múltipla. Os resultados evidenciam que nenhuma das variáveis sociodemográficas (*e.g.*, idade, estado civil, ter filhos) e profissionais (tempo de profissão e formação em geriatria), é determinante da satisfação compassiva e da fadiga por compaixão (stress traumático secundário e *burnout*). DAS conforto e conhecimento têm uma associação significativa com a satisfação compassiva. O aumento de 1 ponto na escala DAS conforto e conhecimento está associado ao aumento em médio de 0.25 e 0.22 ($p = 0.001$ e $p = 0.017$), respetivamente no construto satisfação compassiva. No modelo de regressão múltipla a DAS conhecimento deixa de estar significativamente associada à *outcome* na presença da DAS conforto. DAS conforto tem uma associação significativa com o *burnout* e stress traumático secundário. O aumento de 1 ponto na escala DAS conforto está associado a uma redução de 0.17 em média nas dimensões *burnout* e stress traumático secundário ($p = 0.035$ e $p = 0.046$, respetivamente).

Discussão

O estudo que aqui se apresenta teve como objetivos avaliar a qualidade de vida profissional e analisar a literacia em saúde sobre demências e cuidados paliativos, de uma amostra de AAD que presta cuidados em ERPI, do concelho de Vila Nova de Gaia. No que se refere ao perfil do grupo de AAD a desenvolverem a sua atividade em contexto

de ERPI, os resultados são concordantes com outros estudos (*e.g.*, Almeida; Marques; Ferreira & Carvalho), onde se verifica que maioria de cuidadores/as são do sexo feminino. Conclui-se que quase a totalidade de participantes detém, pelo menos, a qualificação mínima para o exercício profissional, prevista pelo Decreto-Lei nº414/99, de 15 de outubro (27).

Embora não seja exigida formação específica na área da gerontologia/geriatria (Decreto-Lei n.º 414/99, de 15 de outubro 27) para o exercício desta atividade em contexto de ERPI, cerca de 2/3 tem formação nesta área.

Quanto à qualidade de vida profissional, no presente estudo, conclui-se que a amostra evidencia níveis elevados de satisfação compassiva (~69%), níveis moderados de stress traumático secundário (~58%) e baixos níveis de *burnout* (~56%).

Embora, em geral, os resultados sejam positivos, há a salientar a prevalência de níveis moderado e elevado *burnout* em cerca de 42%, resultado que é substancialmente superior ao encontrado no estudo de Marques (18), em que apenas 15% das AAD apresentava exaustão. É de salvaguardar, contudo, que este estudo usou um instrumento diferenciado e neste sentido os resultados deverão ser analisados de forma cautelosa.

Outro elemento que merece destaque é o facto de mais de 80% percecionar elevado ou moderado stress associado ao exercício profissional. A intensidade das exigências físicas e emocionais, a falta de recursos de apoio, assim como a exposição frequente ao sofrimento, podem ser apenas algumas das variáveis que podem condicionar esta percepção.

Cerca de 70% apresentou elevada satisfação compassiva, ou seja, evidenciou prazer e um sentimento de satisfação que advém do desejo de ajudar os outros e de aliviar as dificuldades que apresentam. Se a este dado acrescentarmos o facto de quase a totalidade de amostra indicar que trabalha na área do envelhecimento por gosto, isto pode significar que embora a percepção de stress seja elevada, estes fatores - satisfação compassiva e gosto pela profissão - parecem estar a funcionar como amortecedores ao *burnout*.

No que se refere às atitudes perante situações de saúde mental, foi interessante notar que a atitude do grupo em relação às demências foi, em geral, positiva. Conclui-se que o domínio afetivo-comportamental (conforto social) e o domínio cognitivo

(conhecimentos) se correlacionaram positivamente com a satisfação compassiva, o que indica que uma atitude mais positiva relativamente às demências potenciava uma maior satisfação na relação e no apoio à pessoa. Concluiu-se também que as atitudes em relação à demência se correlacionavam negativamente, quer com o stress traumático secundário, quer com o *burnout*, o que indica que quanto mais elevados forem os resultados dos construtos da stress traumático secundário, menos positivas são as atitudes face à pessoa com demência.

No que se refere a necessidades de formação, os CP foram a temática mais predominante indicada (64.3%), podendo este dado justificar-se pelo facto de quase a totalidade de informantes indicar não ter qualquer formação neste domínio. Apesar do pouco conhecimento que indicam ter sobre CP, a maioria (73%; $n = 51$) considera importante a existência de acompanhamento dos residentes com quadros demenciais, por parte das equipas de CP. Assim, e pese embora a nula ou baixa referenciação existente (*e.g.*, Abreu 28; Santos 29), estes profissionais parecem compreender os benefícios que o processo paliativo poderá trazer para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas idosas com demência, que vivem em contexto das ERPI.

Verifica-se também que a temática dos CP não tem feito parte do plano formativo oferecido pelas ERPI, uma vez que apenas seis AAD indicam ter tido formação nesta área. Talvez por essa razão, as necessidades formativas identificadas pelo grupo se concentram, substancialmente, na área dos CP, sofrimento e luto. Outras necessidades formativas identificadas foram as demências ($n = 34$), os cuidados em fim de vida ($n = 25$) e a gestão de comportamentos desadequados/agressivos ($n = 23$). A necessidade de formação contínua na área é efetiva, uma vez que temos pessoas com formação, mas uma elevada percentagem já exerce funções há mais de 4 anos ($n = 46$).

A necessidade de melhorar os cuidados prestados nas Organizações, nomeadamente ao nível de abordagens paliativas é fulcral (Pazes, Galvão, Neto & Marques 6; CNCP 8), pois a par de potenciar o conforto e a qualidade de vida das pessoas, diminui os tempos de internamento e o recurso ao serviço de urgência (Abreu 28).

Neto (30) reforça a importância de quantificar o número efetivo de pessoas residentes em ERPI com necessidades paliativas, nomeadamente, daquelas que padecem de doenças neurodegenerativas. No entanto, parece continuar a subestimar-se “a necessidade de as pessoas com demência usufruírem de cuidados paliativos” (Abreu

25, p. 6). A referenciação nas demências deverá ser uma estratégia privilegiada para assegurar cuidados necessários e adequados (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho 14).

Urge o desenvolvimento de um estudo criterioso do estado de saúde das pessoas idosas residentes em ERPI, a fim de se proporcionar uma intervenção adequada, dirigida e centrada nas reais necessidades da pessoa. Uma melhor articulação entre as ERPI e equipas hospitalares especializadas de Psiquiatria e Neurologia, poderia melhorar a resposta às necessidades (Despacho n.º 5899/2018, de 19 de junho 14), tanto das pessoas que se encontram em processo patológico de envelhecimento, como para os profissionais que diariamente têm de responder aos desafios dos processos cuidativos. Outra questão ligada aos conhecimentos e à adequada abordagem paliativa, prende-se com o princípio bioético da “Autonomia”, não podendo o cuidado, de acordo com este princípio “ultrapassar o limite da dignidade do ser humano e as suas escolhas” (Neto 31 p. 252). Neste sentido, este princípio pode ser salvaguardado mediante existência de Diretiva Antecipada de Vontade (DAV), direito previsto no Decreto-Lei n.º 25, de 16 de julho de 2012 (32).

A procura efetiva de respostas sociais prevê-se como cada vez mais premente, quer pelas novas dinâmicas familiares (Figueiredo 33), quer pelos desafios e exigências múltiplas que a progressão da doença traz para o próprio e para a sua rede social (Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho 14).

Por último, face a todos os elementos apresentados, é importante evidenciar que os resultados obtidos indicam níveis baixos a moderados de fadiga por compaixão e elevados de satisfação compassiva, assim como baixa literacia ao nível de demências e CP. Estes aspetos justificam a necessidade de desenvolver estratégias de promoção de saúde, bem-estar e autocuidado, assim como mecanismos de capacitação destes profissionais que têm um papel fundamental e imprescindível na prestação de cuidado direto a pessoas idosas institucionalizadas em ERPI.

Conclusões

O presente estudo permitiu caracterizar globalmente as ERPI participantes, caracterizar o perfil sociodemográfico do grupo profissional de AAD, o seu grau de satisfação compassiva, *burnout* e stress traumático secundário, as suas atitudes perante processos

demenciais e o seu grau de literacia em matéria de demência de Alzheimer. Por fim, enaltece-se ainda a pertinência deste estudo na constatação de várias necessidades, nomeadamente, no que se refere: (1) à determinação do número de pessoas residentes que apresentam dependência; (2) à identificação do número efetivo de pessoas com diagnóstico de perturbações neurocognitivas; e (3) a uma adequada articulação entre os serviços sociais e da saúde, nomeadamente no que concerne à colaboração com as equipas especializadas de CP.

Em suma, a falta de formação especializada, a escassez de recursos humanos e físicos, e a ausência de programas de autocuidado dirigidos a estas equipas, são apenas alguns fatores que podem pôr em risco o desenvolvimento de práticas humanizadas, assim como o próprio bem-estar físico e emocional destes/as profissionais. Desta forma, é, cada vez mais importante motivar, enaltecer, capacitar e valorizar os profissionais AAD que diariamente prestam cuidados a pessoas idosas, que se encontram, muitas vezes, em situação de grande fragilidade e vulnerabilidade.

Referências Bibliográficas

- Abreu, W. C. (2016). Cuidados Paliativos para utentes com demência avançada: reflexões sobre a sua implementação. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* nº16, 6-10. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0151>
- Almeida, A. R. (2013). *A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados* (Dissertação Mestrado em Gerontologia) Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.6/1649>
- American Psychiatric Association, APA (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5*. Artmed.
- Barreto, M. D., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 325-339. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i1p325-339>
- Boscart, V. M., d'Avernas, J., Brown, P. & Raasok. M. (2017). Changing the Impact of Nursing Assistants' Education in Seniors' Care: the Living Classroom in Long-Term Care. *Canadian Geriatrics Journal*, vol. 20, nº1, 15-21.

<https://doi.org/10.5770/cgj.20.238>

- Carvalho, B. (2020). *Burnout, Qualidade de vida e Satisfação com o trabalho no Cuidador formal: Um estudo exploratório sobre fatores individuais e contextuais* (Mestrado em Psicologia da Social e da Saúde). ISCTE, Lisboa.
<http://hdl.handle.net/10071/22193>
- Chen, I.-H., Lin, K.-Y., Hu, S. H., Chuang, Y.-H., Long, C. O., Chang, C.-C., & Liu, M. F. (2017). Palliative care for advanced dementia: Knowledge and attitudes of long-term care staff. *Wiley-Journal of Clinical Nursing*, Vol. 27, Ed. 3-4, 848-858.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14132>
- Comissão Nacional Cuidados Paliativos, CNCP (2021). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Portugal. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Decreto-Lei 25/2012, de 16 de julho. *Diário da República nº136, Série I*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-Lei 414/99, de 15 de outubro. *Diário da República nº241, Série I-A*. Lisboa: Ministério do Trabalho e da Solidariedade.
- Despacho nº 5988/2018, de 19 de junho. *Diário da República, nº 116 Série II*. Lisboa: Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde de investimento na literacia em saúde para. In C. Vaz de Almeida & I. Fragoeiro (Coord.), *Manual Literacia em Saúde – Princípios e Práticas* (pp.113-120). Lisboa: FCA PACTOR Editores, Lda.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de *burnout* e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Duarte, J. (2017). Qualidade de vida profissional em enfermeiros: Contribuição para a validação em português da Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica*, 4, (XXXV), 529-542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>
Autónoma de Ciências da Saúde. DCM e UA – Dissertações de mestrado.
<http://hdl.handle.net/10773/9215>
- Fernandes, A. C. (2020). Uma Perspectiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2019”. *Perspetiva, Acta Med Port*, 33(1), 4-6.
- Ferreira, F. (2018). *O burnout em Cuidadores Formais de idosos: um estudo de caso numa*

- IPSS do Porto (Mestrado em Gerontologia Social)*. ISSSP - Dissertações de mestrado em Gerontologia Social. <http://hdl.handle.net/10400.26/25426>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 9789727962761
- Gabinete de Estratégia e Planeamento, GEP (2021b). Carta Social. Consultado em fevereiro 2021. <https://www.cartasocial.pt/iniciohttps://doi.org/10.20344/amp.13251>
- Lei nº52/2012, de 05 de setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. *Diário da República nº172 Série I*. Lisboa: Assembleia da República
- Marques, C. (2013). *O Burnout nos Ajudantes de Ação Direta que trabalham em Lares Residenciais para Idosos no distrito de Viseu* (Mestrado em Serviço Social). UCP - R e DEGCS - Dissertações de Mestrado / Master Dissertations. <http://hdl.handle.net/10400.14/13585>
- Monteiro, B., Queirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e engagement como preditores de *Burnout* em cuidadores formais de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), 2-12. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36231157002>
- Neto, A. D. (2013). Ética nas decisões sobre o fim da vida – a importância dos cuidados paliativos. *Nascer e Crescer - revista de pediatria do Centro Hospitalar do Porto*, vol XXII, nº4, 252-256
- Neto, I. G. (2020). *Cuidados Paliativos - Conheça-os melhor*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- OMS (2015). *Resumo - Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Publicações OMS. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=4B35DB3599E0640A721A929E22CEFB00?sequence=6
- Pazes, C., Galvão, C., Neto, I. G., & Marques, L. (2020). *Acções Paliativas em ERPIs: uma aposta imprescindível*. Consultado em 09 de setembro 2020- Disponível em <https://ordemdosmedicos.pt/accoes-paliativas-em-erpis-uma-aposta-imprescindivel/>
- Quadrante, A. C. (2021). *Doenças crónicas e o envelhecimento*. Consultado em 10 de junho 2021- Disponível em

- <http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/artieop/Geral/artigo250.ht>
- Restauri, N., & Sheridan, A. D. (2020). *Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. Journal of the American College of Radiology, Vol 17 (7), 921-926.* <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>
- Santos, E. A. (2018). Barreiras associadas aos cuidados na demência: uma revisão da literatura. *Geriatr Gerontol Aging 12 (2), 105-112.* Doi: 10.5327/Z2447-211520181800014.
- Serrão, C. (Coord.). (2014). *Literacia em Saúde: um desafio na e para a terceira idade.* Projeto Literacia em Saúde.
- Sousa, L., & Ribeiro, A. P. (2013). Prestar cuidados de enfermagem a pessoas idosas: experiências e impactos. *SciELO Brasil, 22 (3).* <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000300019>
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual 2nd Ed.* Pocatello, ID: Proqol.org.
- Vala, J. (Coord.). (2017). *Burnout na Classe Médica em Portugal: Perspetivas Psicológicas e Psicossociológicas.* Instituto de Ciências Sociais; Universidade de Lisboa. Disponível em https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/09/ESTUDO-BURNOUT_OM.pdf

Financiamento

A última autora é apoiada através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P. (Ref. UIDP/05198/2020; Centro de Investigação e Inovação em Educação, inED).

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Rastreio da Síndrome de Burnout em profissionais que atuam em estruturas residenciais para pessoas idosas

Título resumido do manuscrito: Rastreio de Burnout em profissionais de
ERPI

Rita de Cássia Azevedo Constantino

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano | Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Nefrologia | rcconstantino06@gmail.com
ORCID: 0000-0002-5210-726X

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | ana.elza.mendonca@ufrn.br
ORCID: 0000-0001-9015-211X

Zamir Vidal de Negreiros Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano | zamirvnf@gmail.com
ORCID: 0009-0003-1067-8421

Allyne Costa Siqueira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano | allynecosta1995@gmail.com
ORCID: 0009-0009-7475-3797

Angelo Maximo Soares de Araujo Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano | angelomaximojunior@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-1742-2205

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | mayaraaraujonutri@gmail.com
ORCID: 0000-0002-0611-2949

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi- FACISA | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | thaiza.nobre@ufrn.br
ORCID: 0000-0002-8673-0009

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) de Lisboa | Universidade Federal do Rio Grande do Norte | renatagalvaodiniz@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4963-3653.

Ana Tania Lopes Sampaio

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | LAPICS/UFRN | Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa (CABSIN) | anatsampaio@hotmail.com
ORCID: 0000-0003-4851-7511

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento Humano | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | vilani.nunes@ufrn.br
ORCID: 0000-0002-9547-0093.

Resumo

A Síndrome de Burnout (SB) ou esgotamento profissional é um fenômeno que afeta profissionais de diversos segmentos, sendo mais vulneráveis os que atuam diretamente no

cuidado. A propensão dos profissionais de saúde à SB ocorre principalmente nos que trabalham em ambientes complexos como os hospitais e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPis), devido à intensidade das atividades assistenciais. O estresse emocional apresentado pode ser evidenciado diante da exaustão física e emocional e pela diminuição da realização profissional. Este estudo teve como objetivo rastrear entre os profissionais que atuam na assistência à saúde nas ERPis a possibilidade do desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Trata-se de um estudo descritivo, realizado durante oficina de formação para profissionais de saúde integrantes das ERPis dos municípios de Natal e região metropolitana do RN, em outubro de 2022. Participaram profissionais de diferentes categorias. O instrumento utilizado no rastreio foi a Escala de Identificação Preliminar de Burnout, adaptado de Maslach Burnout Inventory. Identificou-se que a síndrome de esgotamento profissional atinge em maior domínio os prestadores de cuidados assistenciais, na maioria mulheres a partir dos 30 anos, havendo 63,2% dos participantes em estágio inicial do Burnout e 23,9% com possibilidade de desenvolvê-la. Dentre as causas, pode-se citar o ambiente, déficit no autocuidado, longas jornadas de trabalho e desvalorização profissional. Foi identificada a necessidade de realização de rastreios nessas instituições na perspectiva de possibilitar melhorias no âmbito profissional e mental desses profissionais.

Palavras-chave: pessoas idosas; burnout; estruturas residenciais para pessoas idosas.

Introdução

O contexto mundial do envelhecimento humano e a procura por meios de manter a qualidade de vida da pessoa idosa são um desafio. Concomitantemente ao aumento da expectativa de vida surge a necessidade de maior auxílio por aqueles que são acometidos pelas síndromes geriátricas (Santos, 2021; Vasconcelos *et al.*, 2022). Uma alternativa a prestação de cuidados e garantia de assistência de qualidade aos idosos que não possuem aparato familiar e estão fora do contexto hospitalar são as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPis) (Santos, 2021).

No Brasil, as ERPI são denominadas como Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) que possuem regulamentação federal a partir da Resolução da Direção Colegiada (RDC) nº 502, de 27 de maio de 2021, classificando-as como residências coletivas para pessoas idosas a partir de 60 anos de idade, com ou sem vínculo familiar, que não consigam garantir sua subsistência (Brasil, 2021).

A legislação que rege essas residências prevê o quantitativo de um cuidador formal para cada vinte pessoas idosas pouco dependentes (Brasil, 2021). No entanto, o que se constata na rotina dos profissionais das ILPIs públicas e filantrópicas brasileiras é uma sobrecarga pela falta de recursos humanos disponíveis devido à inexistência de custeio por parte do poder público ou ao baixo financiamento. Além disso, a maioria das Instituições lidam diariamente com a equipe multiprofissional desfalcada e a superlotação de residentes na faixa etária de 60 anos e mais (Guimarães *et al.*, 2023).

Devido a alta demanda de trabalho na qual convivem, esses profissionais são expostos a uma zona de risco para o desenvolvimento de doenças ocupacionais relacionadas ao estresse. A propensão ao esgotamento profissional ocorre principalmente nos que trabalham em ambientes complexos como os hospitais e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs), devido à intensidade das atividades assistenciais (Perniciotti *et al.*, 2020).

A Síndrome de Burnout (SB) ou esgotamento profissional é um fenômeno que afeta profissionais de diversos segmentos, sendo mais vulneráveis os que atuam diretamente no cuidado pela necessidade de lidar com a interpessoalidade (Carvalhais *et al.*, 2015; Pegô & Pegô, 2016). É caracterizada principalmente pelo estresse emocional apresentado, evidenciado diante da exaustão física e emocional, despersonalização e pela diminuição da realização profissional (Pegô & Pegô, 2016).

Em pesquisa realizada por Prado *et al.*, (2017) dentro de uma ILPI brasileira, relacionou-se a maior incidência da SB em cuidadores formais quando comparados aos cuidadores familiares, com o agravante de tempo de serviço e carga horária podendo levar esses cuidadores a repercussões crônicas mesmo após a aposentadoria.

Diante disso, tendo em vista o cenário de vulnerabilidade presente no cenário referente à

SB dentro das ERPIs e a repercussão na assistência que sua ocorrência pode causar, o objetivo do estudo foi rastrear entre os profissionais que atuam na assistência à saúde nesses estabelecimentos a possibilidade do desenvolvimento da Síndrome de Burnout.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado durante a realização de uma oficina de formação para profissionais integrantes de Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPIs), ocorrida em outubro de 2022. Participaram do estudo seis instituições do município de Natal e região metropolitana do estado do Rio Grande do Norte, Brasil.

A oficina de formação na qual foi sediada a pesquisa tratava-se sobre a implementação da cultura de segurança do paciente no ambiente institucional. Dentre os participantes existiam diferentes categorias profissionais, identificadas predominantemente como técnicos de enfermagem e cuidadores formais de pessoas idosas. Além disso, também estiveram presentes os responsáveis técnicos pelas ERPIs, enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos, entre outros.

Para iniciar o rastreio durante a oficina, primeiramente foi introduzida a temática da Síndrome de Burnout para os participantes e explicado sobre os fatores de risco para o seu desenvolvimento dentro do contexto de trabalho em que estão inseridos. Após isso, foi reservado um tempo para que todos os profissionais que se disponibilizaram a participar preenchessem o instrumento de avaliação e assinassem o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) (Apêndice I). A participação na pesquisa se deu de forma voluntária e sigilosa entre os participantes.

O instrumento utilizado para aplicação foi a Escala de Identificação Preliminar de Burnout, adaptado por Chafic Jbeili a partir do Maslach Burnout Inventory (MBI) (Anexo I). A escala classifica a pessoa avaliada a partir de 20 perguntas sobre a frequência em que se sente em situação de cansaço ou esgotamento, em diferentes circunstâncias relacionadas ao trabalho. Os pontos são distribuídos de acordo com a constância de cada ocorrência: se nunca, 1 ponto; anualmente, 2 pontos; mensalmente, 4 pontos e, se diariamente, 5 pontos. A pessoa que soma de 0 a 20 pontos, não apresenta indícios de Burnout, de 21 a 40 pontos está em possibilidade de desenvolver, 41 a 60 pontos em fase inicial, 61 a 80 o Burnout está

se instalando, e por fim, 81 a 100 pontos, SB instalado em estágio considerável (Maslach, Jackson & Leiter, 1996; Maslach & Jackson, 1986).

A análise das respostas foi feita por meio de tabelas de Excel e *software* estatístico SPSS, para formação de gráficos e posterior devolutiva às ERPIs quanto à incidência do esgotamento profissional em cada instituição. Nos resultados, como forma de proteger os dados das ERPIs e participantes, suas identificações foram enumeradas de 1 a 6 conforme quadro abaixo.

Quadro 1

Relação de participantes por ERPI, Natal/RN/Brasil, 2023.

Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI)	Quantidade de participantes na pesquisa	Quantidade de respostas excluídas
ERPI 1	19	2
ERPI 2	3	0
ERPI 3	10	0
ERPI 4	4	0
ERPI 5	2	0
ERPI 6	2	0
Total analisado		38

Fonte: Constantino et al., 2023.

Os critérios para seleção da amostra foram: ser profissional de saúde, trabalhar em ERPI e assinar o RCLE. Dos 62 presentes na oficina, 53 preencheram o formulário de avaliação, sendo 11 excluídos por não trabalharem em ERPIs e 2 por não assinarem o RCLE, totalizando 38 formulários analisados.

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Brasil, e aprovada sob parecer nº 78891717.7.0000.5292, sendo respeitados os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/2012.

Resultados

Identificou-se que a síndrome de esgotamento profissional atinge em maior domínios prestadores de cuidados diretos, como técnicos de enfermagem e cuidadores profissionais, em sua maioria mulheres. A média de idade apresentada pelos profissionais foi de 41 anos completos e 7 anos de serviço em ERPIs. A quantidade de respostas recebidas em cada categoria de avaliação pelas ERPIs participantes (Quadro 2).

Quadro 2

Quantidade de respostas recebidas de cada ERPIs por categoria de avaliação, Natal/RN/Brasil, 2023.

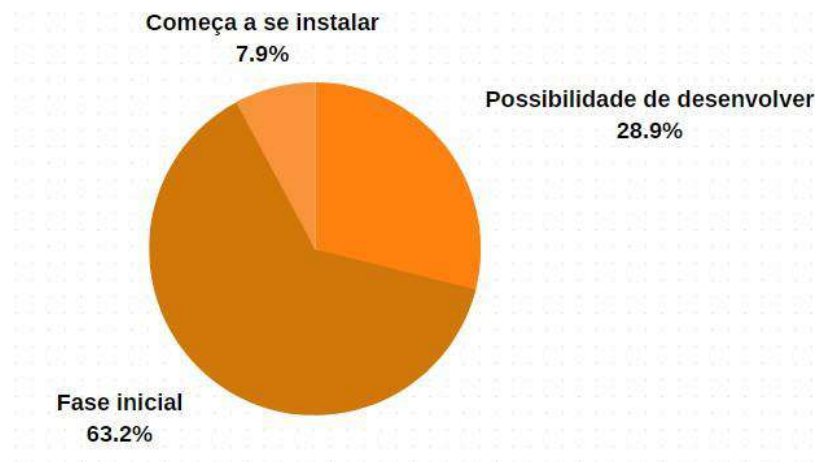
Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs)	Possibilidade de desenvolver	Fase inicial	Começa a se instalar
ERPI 1	5	10	2
ERPI 2	0	3	0
ERPI 3	1	8	1
ERPI 4	3	1	0
ERPI 5	1	1	0
ERPI 6	1	1	0
TOTAL	11	24	3

Fonte: Constantino et al., 2023.

De entre as ERPIs que participaram do estudo, a ERPI 1 apresentou uma maior quantidade de profissionais identificados como em fase inicial da SB, além de também possuir maior somatória dos itens, com 73 pontos. Acredita-se que deva a grande demanda dos cuidadores, visto que é a instituição com a maior quantidade de pessoas idosas residentes. Outrossim, também foi a ERPI com mais profissionais presentes na oficina e participantes no estudo. A quantidade de respostas recebidas e representadas pela classificação de cada categoria em porcentagem está presente no Gráfico 1.

Gráfico 1

Relação de porcentagem de respostas recebidas por classificação, Natal/RN/Brasil, 2023



Fonte: Constantino *et al.*, 2023.

Dentre os 38 formulários avaliados, nenhum profissional foi classificado como sem indícios de burnout, pois todos obtiveram soma maior que 20 pontos, o mínimo obtido foram 28 pontos e a média foi de 46 pontos. A classificação com maior quantidade de respostas foi a de Fase Inicial, com 24, que indica que o avaliado já está com a síndrome e precisa procurar ajuda profissional para intervir no quadro.

Discussão

O rastreamento da síndrome de burnout obteve resultados preocupantes entre os profissionais participantes. As profissões que prestam assistência contínua são um grupo que precisa de atenção para os sintomas de SB, tendo em vista que sua manifestação afeta a qualidade do serviço prestado e pode resultar em absenteísmo (Carvalhais *et al.*, 2015).

Em relação ao gênero prevalente na pesquisa, tal resultado pode ser atribuído pela quantidade de mulheres participantes ser consideravelmente maior no estudo do que a de homens, contando com apenas 4. Além disso, os cargos de cuidado são funções que socialmente têm predominância feminina (Perniciotti *et al.*, 2020). Ainda, segundo os autores Carraro *et al.*, (2019), o perfil dos cuidadores de idosos são mulheres com idade até 50 anos.

Pela mesma razão, como citado por Jarruche & Mucci (2021), a categoria da enfermagem

é predominantemente feminina e tem grande representação nas amostras utilizadas em estudos sobre o Burnout, principalmente em ambiente hospitalar. A fala dos autores também ressalta a dupla jornada feminina e a cultura de desvalorização como impacto no adoecimento das profissionais e acometimento da saúde mental.

Percebe-se a alta incidência de profissionais em fase inicial, representando 63,2% profissionais e 28,9% com possibilidade de desenvolver. A partir disso, percebe-se a necessidade de intervenção precoce para que essas pessoas não evoluam para os níveis mais agudos da Burnout.

Conforme estudo realizado por Bakof *et al.*, (2019), os cuidadores formais são um grupo muito vulnerável ao aparecimento da SB. Os autores afirmam que a rotina exaustiva e repetitiva, principalmente quando a assistência é prestada a idosos com demência, aumenta o desgaste físico e emocional, que proporcionalmente diminui a vida social e as atividades de lazer. Ademais, ressalta-se que o nível de dependência da pessoa idosa e o tempo em que está no quadro clínico estão diretamente relacionados à ocorrência do esgotamento profissional.

Uma das consequências ao aparecimento da SB é o processo de despersonalização (Pêgo & Pêgo, 2016). Na perspectiva da qualidade do cuidado prestado, verifica-se que a frieza relacionada ao avanço da síndrome pode predispor a prestação de uma assistência abusiva e negligente com a pessoa idosa (Bakof *et al.*, 2019).

De forma geral, dentre as causas para os resultados encontrados, pode-se citar o ambiente estressante, déficit no autocuidado, longas jornadas de trabalho e desvalorização profissional. É comprovado que profissionais de saúde estão mais expostos a SB devido ao estresse laboral diário, seja pela alta carga quantitativa de trabalho, como pela cobrança exercida pelo meio externo. A junção de todos esses fatores causa ao trabalhador uma sobrecarga emocional, que se vê responsável pela vida de outra pessoa e sem tempo hábil de descanso para manutenção de sua saúde mental (Perniciotti *et al.*, 2020; Tomaz *et al.*, 2020).

Conclusão

Identificou-se que a síndrome de esgotamento profissional é uma realidade dentro das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIs). No Brasil, apesar das ERPIs não serem consideradas como serviços de saúde, os profissionais que exercem suas funções no ambiente estão expostos ao desenvolvimento da síndrome de Burnout devido a prestação de assistência direta e contínua às pessoas idosas.

Levando em consideração a escassez de estudos voltados a esse público, foi constatada a necessidade de realização de rastreios dentro do ambiente institucional, a fim de atingir uma maior quantidade de pessoas na perspectiva de possibilitar melhorias no âmbito profissional e mental desses profissionais. Visto que, a qualidade do cuidado prestado é diretamente interferida pela saúde mental daquele que assiste o residente. Por fim, ressalta-se a importância de métodos de prevenção dentro do ambiente de trabalho, na perspectiva de que o profissional ao se sentir sobrecarregado saiba identificar seus sintomas e possa agir precocemente na causa.

Referências Bibliográficas

- Bakof, K. K., Schuch, N. J., & Boeck, C. R. (2019). Síndrome de Burnout em cuidadores de idosos com demência. *Disciplinarum Scientia*, 20(2), 591-602.
<https://doi.org/10.37777/2940>
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]. (2021). Resolução RDC nº 502, de 27 de maio de 2021: Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 110 Recuperado de: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>
- Carraro, P. F. H., Magalhães, C. M. C., & Carvalho, P. D. P. (2019). Riscos Psicossociais e Estresse de Cuidadores de Idosos Institucionalizados. *Psicologia Revista*, 28(1), 79–101. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2019v28i1p79-101>.
- Carvalhais, F. R., Moreira, A. M., Mendonça, R. L., Ottano, C. (2015). Frequência da síndrome de burnout em uma unidade de terapia intensiva: uma perspectiva multiprofissional. *Revista Prevenção de Infecção e Saúde*. 4(1), 83-90.

<https://doi.org/10.26694/repis.v1i4>.

- Guimarães, M. R. C., Giacomini, K. C., Ferreira, R. C., & Vargas, A. M. D. (2023b). Avaliação das instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(7), 2035–2050. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.15792022>
- Jarruche, L. T., & Mucci, S. (2021). Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. *Revista Bioética*, 29(1), 162-173. <https://doi.org/10.1590/198380422021291456>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986) (2nd ed). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press
- Maslach, C., S.E., Jackson & Leiter, M. P. (1996, 3rd ed.). The Maslach Burnout Inventory — Test manual Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press
- Pêgo, F. P. L. e., & Pêgo, D. R. (2016). Síndrome de Burnout. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 14(2), 171–176. <https://doi.org/10.5327/z1679-443520162215>.
- Perniciotti, Patrícia, Serrano Júnior, Carlos Vicente, Guarita, Regina Vidigal, Morales, Rosana Junqueira, & Romano, Bellkiss Wilma. (2020). Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. *Revista da SBPH*, 23(1), 35-52. Recuperado em 03 de setembro de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100005&lng=pt&tlng=pt
- Prado, A. dos S., Carvalho, S. M. R. de, Carvalho, T. R. de, Lopes, F. da S., Nobre, T. A. O., & Lopes, B. S. (2017). Relação entre esgotamento profissional, qualidade de vida e tempo de serviço em cuidadores de idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 20(3), 179–189. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p179-189>
- Santos, T. F. dos. (2021). Institucionalização de idosos: principais motivos que aumentam a demanda. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 7(9), 502–512. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i9.2232>
- Tomaz, H. C., Tajra, F. S., Lima, A. C. G., & Santos, M. M. d. (2020). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Interface* -

Comunicação, Saúde, Educação, 24(supl 1).
<https://doi.org/10.1590/interface.190634>.

Vasconcelos, C. L. B. de ., Bastos, G. C. F. C., Sousa, I. F. de ., & Almeida, R. J. de. (2022).
Qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa.
Revista Brasileira Militar de Ciências, 8(20).
<https://doi.org/10.36414/rbmc.v8i20.133>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

**Título completo do manuscrito: Religiosidade, Espiritualidade e Bem-Estar
em Idosos**

Título resumido do manuscrito: Religiosidade e Bem-Estar

Luísa Grácio

Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Portugal | CIEP-UE - Centro
de Investigação em Educação e Psicologia - Universidade de Évora, Portugal | mlg@uevora.pt
ORCID: 0000-0001-9805-3378

Joana Canhoto

Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Portugal |
joana.canhoto20@gmail.com

Heldemerina Pires

Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Portugal
CIEP-UE - Centro de Investigação em Educação e Psicologia - Universidade de Évora, Portugal |
hsp@uevora.pt
ORCID:0000-0001-8371-3062

Maria João Carapeto

Universidade de Évora, Escola de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Portugal | CHRC –
Comprehensive Health Research Center, University of Évora, Portugal | mjcarapeto@uevora.pt
ORCID: 0000-0001-8912-9916

Resumo

A espiritualidade e a religiosidade têm vindo a ser consideradas importantes fatores protetores da saúde física e mental e de um envelhecimento saudável. O objetivo do presente estudo foi compreender o seu papel no bem-estar de idosos/as viúvos/as que continuam a viver na sua residência, segundo o seu próprio ponto de vista. Participaram no estudo 20 pessoas idosas viúvas de ambos os sexos, com idade superior a 70 anos e baixo

nível de escolaridade. Os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas e analisados qualitativa e quantitativamente. A maioria dos participantes considera-se religioso/espiritual atribuindo-o à presença de fé, e percebe a sua religiosidade/espiritualidade como não tendo sofrido alterações com o envelhecimento. Em geral, consideram que a religiosidade/espiritualidade aumenta a satisfação com a vida e funciona como estratégia de confronto perante as adversidades. As práticas religiosas mencionadas reportam-se a formas institucionalizadas e a experiências intrapessoais de aproximação ao transcendente. Mais estudos são necessários para uma melhor compreensão do papel da religiosidade/espiritualidade no bem-estar dos idosos.

Palavras-chave: psicogerontologia, envelhecimento, qualidade de vida, religião, bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico.

Introdução

Nas sociedades ocidentais ditas desenvolvidas, a experiência religiosa tem sido frequentemente entendida como irracional, ultrapassada, fonte de dependência, alienação e até de instabilidade emocional (Ellis, 1980; Freud, 1927). Só recentemente, no final do séc. XX e início do séc. XXI, a religiosidade começou a ser abordada como possível fonte de bem-estar e saúde (Koenig et al., 2012; Zimmer et al., 2016).

Religião, religiosidade e espiritualidade são conceitos em boa parte sobrepostos, embora todos eles remetendo para uma certa relação com o divino, sagrado ou transcendente (Koenig et al., 2012). Num esforço para os diferenciar, a religião pode ser definida como “um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos orientados para auxiliar o acesso ao sagrado ou transcendente” (Pais-Ribeiro, 2022, p. 123), enquanto a religiosidade seria um conceito mais focado na experiência da pessoa podendo concetualizar-se como o “quanto a pessoa acredita, segue e pratica, uma determinada religião” (Pais-Ribeiro, 2022, p. 123). Embora religiosidade e espiritualidade remetam ambos para uma certa experiência (intra)peçoal de aproximação ao transcendente, a espiritualidade pode distinguir-se por ser um “estado mental vivenciado pela maioria das pessoas, acessível e positivo, e que se refere à busca pessoal de compreensão das grandes questões existenciais como seja o fim

e o sentido da vida, as relações com o sagrado e/ou transcendente” (Pais-Ribeiro, 2022, p. 123), mesmo que fora dos parâmetros de uma religião instituída. Assim, o conceito de religiosidade estaria sobretudo associado a tal experiência pessoal quando contextualizada por uma instituição religiosa e a espiritualidade respeitaria a uma experiência mais ampla que pode incluir a religiosidade mas vai além dela.

A investigação tem vindo a sugerir que a religiosidade/espiritualidade, como experiência pessoal de contacto com o transcendente, seja ela enquadrada ou não por uma religião instituída, tende a aumentar ao longo da vida (Ferreira & Neto, 2012) e tem um efeito multidimensional na saúde e bem-estar das pessoas idosas (e.g., nos domínios físico, relacional e psicológico; Lucchetti et al., 2011; Vitorino et al., 2018; Zimmer et al., 2016). Estes efeitos são mediados, por exemplo, pelas interações e apoio social que os espaços religiosos (e.g., igrejas) propiciam, adoção de estilos de vida mais saudáveis prescritos por religiões/práticas espirituais (e.g., não consumir álcool, prática de meditação, sentido de autocontrolo), ou o incentivo a diversas características pessoais de natureza psicossocial que têm sido relacionadas com o bem-estar e saúde mental (e.g., perdão, gratidão, compaixão, sentido de pertença, autotranscendência, relações de intimidade; Zimmer et al., 2016). Outro mecanismo que explica esta relação positiva é que a espiritualidade/religiosidade pode funcionar como uma importante estratégia de *coping* face a acontecimentos stressantes (Galicioli et al., 2012; Zimmer et al., 2016), definindo-se o *coping* religioso como a forma como a pessoa utiliza as suas crenças religiosas para enfrentar os problemas com que se depara (Pocinho et al., 2016). Neste sentido, pode também considerar-se que a espiritualidade/religiosidade dos idosos envolve processos psicossociais relacionados com a adaptação, satisfação, sentido e propósito de vida. Os idosos vivem um período do ciclo de vida em que as mudanças desenvolvimentais em curso requerem frequentemente a adaptação a perdas reais, iminentes ou imaginadas (ao nível da saúde ou das relações próximas, entre outros) (Baltes et al., 2006; Grácio et al., in press). Essas mudanças “apresentam desafios existenciais em relação à identidade, esperança, significado, objetivo na vida e autonomia ou ligação - questões que muitos consideram de natureza espiritual” (Peteet et al., 2019, p. 32). Com o envelhecimento e a percepção da

proximidade da própria morte, também surgem novos desafios à adaptação que podem beneficiar de *coping* religioso. Peteet e colegas (2019) incluem entre esses desafios o perdão e questões sobre a existência de vida após a morte ou sobre a existência de Deus e seu papel no final da vida terrena. Parece, pois, que a religiosidade pode facilitar a construção de sentido e esperança (Peteet et al., 2019) e promover a qualidade de vida (Sharif et al., 2021) quando a pessoa chega a etapas mais avançadas da sua existência.

Entre as mudanças consideradas mais desafiantes para os idosos estão o enviuvar e deixar de viver na sua própria casa. Perder o cônjuge, independentemente da faixa etária, é uma experiência bastante stressante e que em muitos casos potencia problemas físicos e emocionais (Blanner et al., 2021). Por outro lado, envelhecer na casa onde costumava viver ou viver no local da sua escolha (“aging in place”) tem sido associado a melhor qualidade de vida nos idosos (Vanleerberghe et al., 2017). Outra investigação sugere, no entanto, que, para alguns idosos, permanecer na sua casa potencia sentimentos de melancolia e solidão, assim afetando negativamente o bem-estar (Iwarsson, et al., 2007). Dada a escassa investigação sobre o tema, especialmente estudos qualitativos sobre o ponto de vista dos próprios idosos (Oz et al., 2021), o principal objetivo do presente trabalho foi o de caracterizar o papel da religiosidade/espiritualidade no bem-estar (Diener et al., 2018; Ryff, 2014) de idosos/as viúvos/as que continuam a viver na sua residência.

Métodos

Participantes

Os participantes no estudo foram 20 idosos (10 do sexo feminino, 10 do sexo masculino), com idades compreendidas entre os 71 e os 92 anos (média 79 anos), viúvos/ viúvas, residentes em casa própria numa pequena localidade do Sul de Portugal (13 258 habitantes, em 2021; PORDATA, s.d.). Oitenta por cento concluíram o ensino primário (4 anos equivalentes ao atual 1ºciclo do Ensino Básico e os restantes não aprenderam a ler e escrever. Em relação ao tempo de viuvez, apenas uma participante ficou viúva há menos de um ano (10%), sete (35%) ficaram viúvas de um a quatro anos, três (15%) de 5 a 8 anos (15%) dois participantes há nove a 12 anos (10%) e seis (30%) há mais de 13 anos. Todos os

participantes possuem pensão de reforma própria e doze (60%) também recebem pensão do cônjuge. A maioria dos participantes tem filhos (N=19; 95%) e netos (N=17; 85%) e mantém contato regular com amigos e vizinhos (N=12; 60%). Metade deles (50%) sai para fazer compras, ou para ir ao jardim, café, por exemplo.

Instrumentos

Foram utilizados dois instrumentos para a recolha de dados, nomeadamente um questionário sociodemográfico e uma entrevista semi-estruturada. O guião da entrevista semiestruturada foi propositadamente elaborado para este estudo resultando a sua versão definitiva da análise prévia de entrevistas exploratórias. O guião final foi organizado em quatro temas relacionados com dimensões específicas do envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar. A parte do estudo aqui apresentada reporta-se a dois temas. Os dados sobre o primeiro tema, designado “autoperceção da religiosidade/espiritualidade e envelhecimento”, foram recolhidos através de questões como “Considera-se uma pessoa religiosa ou espiritual? Porquê? À medida que envelheceu sentiu que a sua religiosidade/espiritualidade, aumentou ou não? Porquê?”. As questões sobre o segundo tema, relativo à relação entre religiosidade/espiritualidade e *coping* e bem-estar (Diener et al., 2018; Ryff, 2014), foram “Acha que ser religioso ou espiritual o/a ajuda a sentir-se menos preocupado/a ou a lidar melhor com as preocupações? Porquê? Acha que ser religioso/a ou espiritual o/a tem ajudado a enfrentar alguns acontecimentos da sua vida? Porquê?”

Procedimentos de recolha de dados

Foram seguidos cinco critérios de inclusão dos/as participantes: residir em casa própria e na mesma cidade alentejana, ter baixa escolaridade (desde inexistente até equivalente ao 1º ciclo do Ensino Básico) ser viúvo/a e ter mais de 70 anos.

A recolha de dados iniciou-se com o contato com os/as idoso/as e a obtenção do consentimento informado para participar do estudo. A entrevista foi realizada num momento único, previamente combinado, e ocorreu na residência de cada participante. A

duração da entrevista variou entre 25 e 80 minutos. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra.

Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados baseou-se numa análise qualitativa e quantitativa das respostas dos/as participantes às questões colocadas durante a entrevista (Bardin, 2016).

A análise de conteúdo conduziu à elaboração de categorias que foram criadas agrupando e impondo organização aos dados, seguindo as regras de exclusão mútua, exaustividade, homogeneidade, relevância, objetividade e fidelidade e produtividade (Bardin, 2016; Mendes & Miskulin, 2017). A análise de conteúdo foi realizada por dois juízes independentes e, quando encontradas divergências, o consenso foi alcançado por meio de discussão.

A análise quantitativa consistiu no cálculo de frequências de todas as unidades de registo em cada categoria, quer seguindo o critério do número de verbalizações distintas enunciadas por cada participante quer do número de participantes.

Resultados

Autopercepção de Religiosidade/Espiritualidade e Envelhecimento

As Tabelas 1 e 2 indicam as categorias que emergiram das respostas dos participantes à questões sobre a autopercepção da religiosidade e da sua eventual modificação com o envelhecimento. A Tabela 1 mostra que a grande maioria dos participantes se considera religioso.

Tabela 1

Autopercepção de religiosidade/espiritualidade: frequência dos participantes por categoria

Categorias		N	%
1-	Considera-se religioso	18	90.00
2-	Existência de dúvidas	1	5.00

3- Não se considera religioso	1	5.00
Total	20	100.00

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

A Tabela 2 revela que com o envelhecimento a religiosidade/espiritualidade é percebida maioritariamente como não tendo sofrido alterações: “Ah... manteve-se igual. Porque sempre foi o que vi toda a minha vida”, P17. No entanto, o aumento da religiosidade/espiritualidade é referido por cinco dos participantes: “Sim! A espiritualidade aumentou. Aumentou porque eu tenho muito mais tempo disponível para ler e para me dedicar a coisas que eu gosto. E geralmente é ir procurar mais... além”, P11. Só dois participantes referem a sua diminuição considerando-a uma de várias perdas em geral (“Não, menos. Fui perdendo muita coisa ao longo dos anos e isto foi uma delas”, P19) ou atribuindo-a especificamente à morte da esposa (“Fui perdendo. Porque quem me puxava muito para isso era a minha esposa e depois dela falecer levou com ela essa minha parte”, P16).

Tabela 2

Autoperceção de modificação da religiosidade/espiritualidade com a idade: frequência dos participantes por categoria

Categorias	N	%
1- Sem alterações	13	65.00
2- Aumento	5	25.00
3- Diminuição	2	10.00
Total	20	100.00

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

Religiosidade/Espiritualidade, Coping e Bem-Estar

A maior parte dos participantes (N= 17; 85%) considera que ser religioso/espiritual ou ter fé aumenta a sua satisfação com a vida, referindo-se às suas práticas religiosas e espirituais e aos seus efeitos. Só três participantes (15%) não se referem a aumentos de satisfação com a vida como efeito da sua religiosidade/espiritualidade, por não se definirem como religiosos (“Nada, nada. A religião foi tudo uma história manhosa que arranjam aí. A Igreja e os padres é tudo aldrabices”, P19) ou ter deixado as práticas religiosas após a viuvez.

A Tabela 3 indica as categorias relacionadas com práticas religiosas mencionadas pelos

participantes, salientando-se um aspeto mais intrapessoal, i.e., a existência de fé (“A gente anda sempre com aquela fé”, P18) e outro com mais institucional, i.e., a ida à igreja (“é o ir à igreja quando tem vontade”, P1). Foram também mencionados, como práticas religiosas que contribuem para o bem-estar, o pedido de proteção (“Pedir pelos nossos, encomendá-los”, P13) e rezar (“Muitas vezes passo aqui os dias sozinha desde que o meu marido faleceu e eu começo a rezar”, P3).

Tabela 3

Práticas religiosas associadas a melhor satisfação com a vida: frequência das verbalizações

	Categorias	N	%
1-	Ter fé	12	37.50
2-	Assistir à missa/ir à igreja	10	31.25
3-	Pedir proteção	4	12.50
4-	Rezar	4	12.50
5-	Desabafar com Deus	2	6.25
	Total	32	100.00

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

Destacam-se ainda os efeitos positivos decorrentes das práticas religiosas/espirituais (Tabela 4). As categorias mais mencionadas foram as de sentimentos de bem-estar e ânimo (“parece-me que me entra uma alma nova e então me sinto bem”, P3), refúgio/proteção (“Ora, porque quando não temos mais ninguém, temos sempre Deus que está lá para nós”, P20), obtenção de ajuda em geral (“Deus me ajuda e sinto-me mais (...) e sempre amei Deus Nosso Senhor que nos tem ajudado e foi quem nos criou”, P4) e de convívio (“não sei se é pelo convívio que a gente tem à saída da igreja, pessoas que às vezes se leva semanas sem se ver e encontra-se lá”, P6).

Tabela 4

Efeitos das práticas religiosas relacionados com melhoria da satisfação com a vida: frequência das verbalizações

	Categorias	N	%
1-	Sentimentos de bem-estar / ausência de mal-estar	8	36.40
2-	Refúgio/Proteção	5	22.73
3-	Ajuda	3	13.64
4-	Convívio	3	13.64
5-	Paz/tranquilidade	2	9.10

6- Aceitação da vida	1	4.55
Total	22	100.00

Nota: N = número de participantes; % = percentagem

Por fim, a maioria dos participantes (N=14, 70%) reconhece a religiosidade/espiritualidade como estratégia de *coping*, isto é, que ajuda a lidar com preocupações e acontecimentos adversos: “*Sim. Porque peço ajuda! Como eu costumo dizer ao meu amigo ‘ajuda-me, vá lá, eu preciso de um empurrãozinho’*, P11). No entanto, alguns participantes referem que não ajuda (N=4, 20%), enquanto outro/a diz não ter preocupações (N=1, 5%) e outro/a ainda que não sabe se ajuda ou não (N=1, 5%).

Discussão

Este estudo pretendeu caraterizar o ponto de vista de idosos viúvos/as, pouco ou nada alfabetizados, e que continuam a viver nas suas casas numa pequena cidade rural, sobre a sua religiosidade/espiritualidade e a relação que percebem desta com o seu bem-estar.

Em primeiro lugar, foi possível verificar que a maioria dos participantes se considera religioso ou espiritual e que perceciona a sua religiosidade/espiritualidade como não tendo sofrido alterações com o envelhecimento. Embora este resultado contradiga estudos que afirmam que a religiosidade/espiritualidade tende a aumentar ao longo da vida (e.g., Ferreira & Neto, 2012), tal pode decorrer do facto destes participantes pertencerem a uma geração e tempo em que a religião tinha um importante valor e peso que se instalou e permaneceu ao longo do seu processo de envelhecimento (Zimmer et al, 2016). Também o estudo quantitativo de Margaça et al. (2021) encontrou níveis semelhantes de religiosidade em idosos portugueses mais velhos e mais novos.

Segundo, a maioria dos idosos considera que a religiosidade/espiritualidade contribui para a sua satisfação com a vida, uma importante componente do bem-estar (Diener et al., 2018). Este resultado está em linha com outros estudos que mostram uma relação entre espiritualidade/religiosidade e saúde (física e mental), incluindo bem-estar e a satisfação com a vida (Oz et al., 2021; Sharif et al., 2021; Zimmer et al., 2016). Outros estudos evidenciam também efeitos positivos nos domínios da ansiedade e depressão, optimismo e felicidade (e.g., Lucchetti et al., 2011; Vitorino et al., 2018).

Terceiro, os idosos do presente estudo ilustram esta relação entre religiosidade/espiritualidade e bem-estar descrevendo as suas práticas e os efeitos benéficos destas. As suas práticas religiosas reportam-se a formas institucionalizadas, como ir à missa ou rezar, e a experiências (intra)personais de aproximação ao transcendente, estas traduzidas na presença de fé e na comunicação com Deus. Efetivamente, rezar e participar em cerimónias religiosas têm sido relacionados com melhores resultados de saúde e bem-estar (e.g., Oz et al., 2021; Zimmer et al., 2016). No entanto, ao contrário, Margaça e colegas (2021) não encontram relação entre bem-estar e saúde mental, por um lado, e os atos de rezar ou participar em cerimónias religiosas, por outro.

Em geral, neste estudo identificam-se dois tipos de efeitos das práticas religiosas que contribuem para o bem-estar destes idosos: uns, referidos residualmente, remetem para o proporcionar de interações sociais (convívio); outros, bastante mais referidos, são de natureza intrapessoal tais como a obtenção de sentimentos positivos e de satisfação com a vida e de refúgio/proteção. Foram também indicados outros efeitos intrapessoais como a sensação de ter obtido ajuda, paz, aceitação da vida e aumento de ânimo. Efeitos semelhantes foram referidos noutros estudos (e.g., Oz et al., 2021) reforçando-se ainda a hipótese da multidimensionalidade dos efeitos da religiosidade/espiritualidade na saúde e bem-estar dos idosos, tal como advogado por Zimmer et al. (2016).

Por fim, a maior parte dos participantes afirma o papel importante das suas crenças e práticas religiosas para enfrentar preocupações ou dificuldades da sua vida quotidiana (Galicioli et al., 2012; Zimmer et al., 2016), dando assim testemunho de *coping* religioso. É possível que, na presença de adversidades (incluindo perdas reais ou imaginadas associadas ao envelhecimento; Grácio et al., in press), crenças e práticas como a fé em Deus ou ir à missa, por exemplo, fortaleçam a esperança e o sentimento de não se estar só, e proporcionem encontros (apoios) sociais e/ou distração das preocupações. Efetivamente, estes têm sido alguns dos mecanismos propostos para explicar os efeitos benéficos da religiosidade/espiritualidade no bem-estar e saúde (Sharif et al., 2021; Zimmer et al., 2016). Este estudo contou com algumas limitações, desde logo as inerentes a estudos qualitativos. Outra limitação, tal como noutras investigações referidas por Zimmer et al. (2016), prende-

se com o facto de termos considerado a religiosidade/espiritualidade de forma conjunta, opção que tomámos, neste estudo exploratório, devido à sua difícil distinção teórica, mas sobretudo devido à dificuldade dos participantes em os destringar. Estudos com maiores amostras e de maior diversidade etária, de contexto de vida, de pertença religiosa/espiritual permitiriam consolidar o conhecimento sobre o papel da religiosidade/espiritualidade nas diversas dimensões do bem-estar. Seria também pertinente investigar as concepções existentes sobre religião, religiosidade e espiritualidade em diferentes do ciclo de vida.

Conclusão

As vivências religiosas/espirituais e o seu papel na vida de cada idoso são diferentes de indivíduo para indivíduo, não obstante ser possível identificar alguns padrões. Em geral, os idosos entendem que a religiosidade/espiritualidade contribui para o seu bem-estar, o que é consonante com resultados de diversas investigações, e, num discurso em que emergem descrições das suas práticas religiosas/espirituais e seus efeitos, indicam mecanismos explicativos consonantes com alguma literatura existente.

O presente estudo junta-se a outros que sugerem a importância de considerar a religiosidade/espiritualidade como um recurso na construção da saúde e bem-estar dos idosos (e.g., Peteet et al., 2019). Neste sentido, parece de enorme importância a sensibilização da comunidade e das instituições, bem como a formação dos diversos profissionais, para que a religiosidade/espiritualidade possa ser adequadamente integrada nos cuidados aos idosos, possibilitando, por um lado, o desfrutar dos seus benefícios e, por outro lado, evitando efeitos potencialmente negativos (e.g., *coping* religiosos negativo e raiva em relação a Deus, imagens negativas e punitivas de Deus) que a literatura também tem mencionado (Weber & Pargament, 2014).

Referências Bibliográficas

Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol.1*

- Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 569-664). Wiley
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (4a ed). Edições 70.
- Blanner, C., Elliott, A., Hjorth, P., Søndergaard, J., Mattisson, C., & Andersen, K. (2021). Experiences of becoming widowed in old age—a cross-countries study with qualitative interviews from Denmark and quantitative measures of association in a Swedish sample. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1871181. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1871181>
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (Eds.). (2018). *Handbook of well-being*. DEF Publishers. DOI: nobascholar.com
- Ellis, A. (1980). Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. Bergin's "Psychotherapy and religious values." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(5), 635–639. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.48.5.635>
- Ferreira, A. V., & Neto, F. (2012). Influência da religiosidade no bem-estar subjetivo dos portugueses dos 12 aos 90. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 373-381.
- Freud, S. (1927). *The future of an illusion: Religion is the universal neurosis*. Penguin.
- Galicioli, T. G. P., de Lima Lopes, E. S., & Rabelo, D. F. (2012). Superando a viuvez na velhice: o uso de estratégias de enfrentamento. *Revista Kairós-Gerontologia*, 15, 225- 237.
- Grácio, L., Canhoto, J., Pires, H. & Carapeto, M. J. (in press). Old Adults Perspectives on Aging Related Changes, Gains and Losses. *Journal of Bionet*.
- Iwarsson, S., Wahl, H. W., Nygren, C., Oswald, F., Sixsmith, A., Sixsmith, J., ... & Tomsone, S. (2007). Importance of the home environment for healthy aging: Conceptual and methodological background of the European ENABLE-AGE Project. *The Gerontologist*, 47(1), 78-84.
- Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd Ed.). Oxford.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. G. L., Badan-Neto, A. M., Peres, P. T., Peres, M. F., Moreira-Almeida, A., et al. (2011). Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *Journal of Re- habilitation Medicine*, 43, 316–322.

- Margaça, C., & Rodrigues, D. (2021). Religiosidade e funcionamento mental em idosos portugueses: Uma perspetiva sociopsicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e37219. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37219>
- Mendes, R. M., & Miskulin, R. G. S. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, 47, 1044-1066. <https://doi.org/10.1590/198053143988>
- Oz, Y. C., Duran, S., & Dogan, K. (2022). The meaning and role of spirituality for older adults: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, 61(2), 1490-1504. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01258-x>
- Pais-Ribeiro, J. (2022). Espiritualidade e experiência de fim de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 23(1), 120-130. <https://doi.org/10.15309/22psd230112>
- Peteet, J. R., Al Zaben, F., & Koenig, H. G. (2019). Integrating spirituality into the care of older adults. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 31-38. doi:10.1017/S1041610218000716
- Pocinho, R., Belo, P., Antunes, A., & Rodrigues, J. (2016). Importância da Religiosidade e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados. *ARC Journal of Public Health and Community Medicine*, 1 (1), 22-30.
- PORDATA (s.d.). *Statistics about Portugal and Europe. 2021 Census*. Available in <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-moura-640> (acedido em 20 de julho de 2023)
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Sharif, S. P., Amiri, M., Allen, K. A., Sharif, H. N., Fomani, F. K., Matbue, Y. H., ... & Waheed, H. (2021). Attachment: the mediating role of hope, religiosity, and life satisfaction in older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01695-y>
- Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., Schalock, R. L., & Verté, D. (2017). The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26, 2899-2907. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1651-0>
- Vitorino, L. M., Lucchetti, G., Leão, F. C., Vallada, H., & Peres, M. F. P. (2018). The association

between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific reports*, 8(1), 17233.

Weber, S. R., & Pargament, K. I. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*, 27(5), 358-363.

Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM - Population Health*, 2, 373-381. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Satisfação com a vida: a percepção dos
idosos algarvios

Título completo do manuscrito: Satisfação com a vida em idosos

Cláudia Cristina Guerreiro Luísa

Universidade do Algarve | cluisa@ualg.pt

ORCID ID: 0000-0002-7250-4406

Resumo

A população portuguesa encontra-se cada vez mais envelhecida, dados comprovados pelos Censos de 2021, que referem que a população idosa, em 2021 foi de 2.423.639. O aumento da esperança média de vida é um ganho e ao mesmo tempo um desafio, pois todos desejamos viver com satisfação e qualidade de vida. A satisfação com a vida engloba vários fatores, desde o percurso escolar, profissional, familiar, atividades de lazer, vivências na reforma, estados de saúde e/ou doença, entre muitos outros fatores.

O objetivo geral do estudo visava conhecer as perceções das pessoas com mais de 60 anos sobre a satisfação de vida na velhice.

A metodologia utilizada foi de carácter qualitativo, descritivo e exploratório, com recurso a uma entrevista semiestruturada. A amostra foi composta por 15 pessoas com mais de 60 anos, residentes no Algarve.

Os resultados permitiram compreender os vários fatores que influenciam positivamente a satisfação com a vida na velhice, onde se destacaram dois aspetos: o ter saúde e as relações familiares positivas.

Concluimos que o processo de envelhecimento é individual e que a satisfação com a vida na velhice é um *continuum* de uma determinada trajetória de vida. Envelhecer com satisfação deve ser um processo desenvolvido à medida que o tempo avança, sendo para tal importante uma intervenção holística da sociedade.

Palavras-chave: satisfação com a vida; pessoas idosas; percepções; algarve.

Introdução

“Envelhecer com sucesso implica ser competente e empenhado na vida” (Paúl et al., 2005, p.76). Uma das primeiras definições do conceito de satisfação com a vida (SV) refere-se a uma apreciação cognitiva, através de um juízo subjetivo, de acordo com o padrão estabelecido pelo sujeito (Diener, 1984). A satisfação com a vida é definida como uma avaliação subjetiva global sobre a satisfação e/ou felicidade com a vida pessoal que cada indivíduo faz sobre si (Dinner, Oishi & Lucas, 2003; Cheung & Lucas 2015). Dinner, Oishi e Lucas (2003) acrescentam que a presença de aspetos positivos e aspetos negativos também influenciam a satisfação com a vida. Assim como Joia et al. (2013) referem a satisfação com a vida é um fenómeno complexo e difícil de medir, dada a sua subjetividade.

A satisfação com a vida encontra-se relacionada com a percepção que o indivíduo tem sobre si mesmo, como encara as mudanças que cada etapa da vida lhe oferece quer seja a nível psicológico, emocional, social, físico ou pessoal (Rodrigues & Henriques, 2022). É um tema de elevada importância no âmbito do envelhecimento, visto que a população idosa está a aumentar no mundo. Estima-se que em Portugal, até ao ano 2050, existam três vezes mais pessoas idosas que jovens. Estas projeções apresentam um aumento de 2,2 milhões para 3 milhões de pessoas idosas (Figueira, 2021). O índice de envelhecimento em Portugal, em 2022, foi de 183,5%, tendo havido um aumento de 156% desde 1961 (PORDATA, 2023).

Segundo Moreira (2020), os portugueses envelhecem com características específicas, a destacar que, as atuais gerações de pessoas com 65 e mais anos têm predominantemente uma escolaridade baixa, vivem principalmente de reformas, um número elevado de indivíduos recebem pensões inferiores ao salário mínimo nacional, mais de metade dos idosos vive sozinho ou em companhia de pessoas da mesma faixa etária, maioritariamente mulheres viúvas, que vivem sozinhas devido à maior esperança de vida.

Como tal, e atendendo as características supramencionadas, é necessário garantir às pessoas mais velhas maiores níveis de qualidade de vida, felicidade e satisfação pessoal, para que de facto haja satisfação nas suas vidas. Apesar de existirem diversos estudos sobre

o tema, não existe um conceito consensual, dada a sua subjetividade. Alguns autores defendem que a satisfação com a vida é uma avaliação que cada um faz sobre o seu percurso de vida, o seu passado, e que envolve todas as experiências vividas até ao momento (Diener et al., 2003, citado em Fragoso, 2020).

A satisfação com a vida é considerada um construto dinâmico porque está totalmente dependente do impacto de diversos fatores, que vão ser diferentes de pessoa para pessoa. É preciso compreender ainda que o processo de envelhecimento não relaciona o viver mais com o viver melhor. A satisfação com a vida é assim subjetiva e tem como base uma avaliação sobre a própria vida, incluindo a felicidade, o bem-estar, a saúde, a habitação, os recursos, etc. As relações familiares e de amizade constituem um pilar fundamental numa análise positiva da vida e quando estes falham, principalmente quando um dos conjugues morre, as prioridades e os níveis de satisfação com a vida vão sofrer alterações, e os momentos positivos dão lugar a conjunturas negativas (Joia & Ruiz, 2013).

A satisfação com a vida também está relacionada com um bom desempenho motor, ou seja, o aumento da aptidão funcional terá como consequência melhorias significativas nas pessoas idosas em relação ao domínio do bem-estar físico (Figueira, 2021). A satisfação com a vida é um construto que corresponde a um desejo em qualquer fase da vida, incluindo na velhice, sendo influenciado por diversas variáveis pessoais, sociais e psicológicas. Numa perspetiva de envelhecimento ao longo da vida, onde a qualidade de vida assume uma importância vital, a satisfação e o bem-estar psicológico estão associados ao envelhecimento bem-sucedido (Teixeira, 2010, p.31). *"O envelhecimento bem-sucedido, com satisfação de vida pode ser visto como uma competência adaptativa, ou seja, uma capacidade generalizada para responder com resiliência aos obstáculos impostos."* (Alves 2008, citado em Martins, Santos, & Andrade, 2015, p.111).

Assim como Rodrigues e Rusalleda (2009) afirmam, a *"satisfação com a vida é uma percepção subjetiva que está relacionada com várias dimensões da vida, tais como: saúde, trabalho, condições de moradia, relações sociais, etc., que incluem experiências positivas, mas também experiências negativas"* (p.1).

A família é o base de cada ser humano, é o alicerce do passado, que se mantém no presente

e que o acompanha no futuro. É uma estrutura dinâmica com a qual o ser humano se define e se identifica (Dias, 2011). No entanto, sabemos que a mesma sofreu alterações, pois "*A evolução social determinou a evolução do conceito de família fazendo surgir novos tipos de organização familiar, onde variam a estrutura, a dinâmica, a cultura, as relações e funções tornando a sua compreensão mais complexa, global e por isso mais difícil de analisar*" (Dias 2011, p.154).

"A convivência familiar é estabelecida por trocas socioafetivas em que a interação e o processo de comunicação são elementos estruturantes de tais trocas que possibilitarão o conviver, buscar apoio e participar da vida familiar" (Santos et. al., 2018, p. 1658), importantes para a satisfação com a vida.

Na opinião de (Paúl et al., 2005), a existência de suporte social é um dos elementos fundamentais para um envelhecimento bem-sucedido e para a satisfação de vida, quer seja por parte de familiares ou de amigos, as interações sociais, são uma mais valia para envelhecer de forma positiva.

No estudo de Martins, et al. (2015) sobre satisfação com a vida em idosos: prevalência e determinantes, os resultados revelaram que a amostra era majoritariamente feminina, com idades acima de 70 anos e casada. O nível de escolaridade predominante era o ensino primário, sendo a sua situação atual reformados. No estudo foi demonstrado que 36,3% se encontra muito satisfeita com a vida, 45,5% pouco satisfeita e 18,2% moderadamente satisfeita.

Na investigação de Félix (2021), sobre satisfação com a vida e o processo de institucionalização do idoso, é referido que a amostra é majoritariamente feminina, 68,18% de mulheres face aos 31,82% de homens, casada, com a 4ª classe e já reformados. Quando questionados sobre se estavam satisfeitos com a sua vida, 68,18% dos idosos referiram estar satisfeitos, 6,06% não têm opinião e 25,76% não estavam satisfeitos.

No estudo de Joia e Ruiz (2013) sobre a satisfação com a vida na percepção dos idosos, os resultados mais relevantes apresentados foram: "*As Relações de Afeto e Cumplicidade com a Família, Amigos e Lazer; Encontrando a Felicidade na Vida, como a Construiu;*

Compreendendo as Condições de Saúde e as Necessidades da sua Prevenção como seus Determinantes". (p.1)

Num outro estudo de Portela et al. (2017), sobre felicidade e satisfação com a vida: voz de mulheres adultas e idosas, a uma amostra de 22 mulheres, a maioria refere estar satisfeita com a vida e sente-se feliz. *"Consideram a família, a presença de Deus, a saúde e a paz como principais fontes de satisfação com a vida e os principais elementos geradores da felicidade". (p.93)*

Como objetivos gerais pretendemos perceber as diferentes perceções que existem acerca da satisfação com a vida, assim como conhecer o processo de envelhecimento de alguns indivíduos com mais de 60 anos.

Métodos

Trata-se de uma investigação qualitativa, de carácter descritivo e exploratório que utilizou como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada (Quivy & Champenhout, 1998).

Para realização deste estudo optámos por uma amostra de 15 pessoas, por conveniência a sujeitos residentes no Algarve, com mais de 60 anos e sem comprometimento intelectual. Com este trabalho pretendemos perceber as diferentes perceções que existem acerca da satisfação com a vida, assim como conhecer o processo de envelhecimento de alguns indivíduos. O tratamento dos dados foi realizado através da técnica de análise de conteúdo. Ao longo de toda a investigação também foi tido em consideração o anonimato da identidade dos entrevistados.

Resultados

Relativamente a caracterização dos participantes, foram entrevistados 15 idosos de ambos os sexos, nove mulheres e seis homens, com idades compreendidas entre os 63 e os 90 anos ($M = 74,53$), todos reformados (100%), nove casados (60%), três viúvos (20%), dois (13,3%) divorciados e um (6,6%) solteiro. No que concerne a escolaridade, a maioria, sete pessoas tinha a 4ª classe, um a 3ª classe, um bacharelato, uma licenciatura e as outras quatro pessoas tinham entre o 5º ano e 10º ano de escolaridade, não tenho concluído o ensino

secundário. 14 dos participantes tem filhos e uma não tem. Quem tem filhos varia entre um filho e seis filhos.

Quanto à abordagem da percepção sobre a satisfação com a vida, e após uma entrevista com diversas categorias, que incluíam questões sobre o percurso escolar, o percurso profissional, a reforma, as interações sociais, a família, o estado de saúde, as atividades ocupacionais, a felicidade e a satisfação com vida na velhice, optámos por apresentar somente os resultados referentes a categoria satisfação com a vida na velhice, dado que sistematizada os aspetos mencionados nas outras categorias.

Quando questionados se estavam satisfeitos com a sua vida, dez pessoas referiram que sim, três estavam mais ou menos e duas não estavam nada satisfeitos.

De forma a perceber os fatores que influenciam a SV foi colocada a questão "Diga-nos o que é para si estar satisfeito/a com a vida?". Oito pessoas destacam que estar satisfeito com a vida passa por ter saúde e estar próximo da família e das amizades. "*É Ter saúde, ver a minha família feliz e realizada*" (E3); "*É ter saúde e ser feliz com a família por perto*" (E4, E5; E7; E8; E9; E10; E15). Por outro lado, a satisfação com a vida passa por estar satisfeito com o que a vida proporcionou e o que cada pessoa conseguiu alcançar ao longo do seu percurso, ou seja "*É ter feito tudo o que se queria da vida e estar bem consigo mesmo*" (E1); "*O que é estar satisfeito com a vida (suspiro) Ora vamos lá ver...ora estou satisfeito com a vida porque a vida deu-me aquilo que eu tenho agora*" (E2); "*Oh cristo! Estar satisfeita com a vida é aceitar aquilo que ela me dá. Não sei se é essa a resposta certa?*" (E13).

No domínio subjetivo alguns entrevistados referiram que a SV "*É estar tranquila. Chegar à noite e ouvir um bocadinho de música se apetecer ou não, escrever se apetecer, mas estar bem..., estar sem muitas confusões*" (E6); "*É isto mesmo. É viver este amor, a resposta que eu dei anteriormente. Eu não sei expressar por palavras*" (E11); "*Estar satisfeita com a vida para mim é não ter passado por ela sem a viver. É ter aproveitado o que ela me deu sem questionar muito, é ter usufruído de pequenos prazeres da vida porque tive oportunidades que muitos outros não tiveram, e por isso agradeço todos os dias. Sofri muito, mas também vivi muito*" (E14); "*É ser como eu sou!*" (E15).

Em síntese estar satisfeito com a vida para os entrevistados releva diferentes perspetivas, que foram categorizadas por saúde, família e vivências subjetivas, que se interligam nas

respostas dadas pelos indivíduos.

Discussão

Os resultados alcançados comprovam a dimensão subjetiva da satisfação com a vida, ou seja, os entrevistados fizeram uma reflexão cognitiva sobre o seu percurso de vida e sobre o seu momento presente.

A caracterização demográfica apresenta resultados corroborados pelos estudos de Félix (2021), de Martins, et al. (2015) e de Moreira (2020), dado que a amostra é maioritariamente do género feminino, com baixas habilitações literárias (4ª classe) e reformada.

Apesar da satisfação com a vida ser um construto subjetivo, a verdade é que, atendendo as perceções das pessoas mais velhas existem diversos fatores que contribuem para a sua permanência. Embora seja uma competência adaptativa, fatores como a saúde, trabalho, condições de vida, relações sociais, atividades de lazer que incluem experiências positivas, contribuem para o bem-estar e para a satisfação de vida na velhice (Rodrigues & Ruscalleda 2009, p.1).

Os resultados encontrados na partilha dos entrevistados destacam que a maioria se encontra satisfeita com a sua vida, tal como os dados apresentados nos estudos de Portela et al. (2017) e de Félix (2021).

Premissas destacadas para ter satisfação de vida na velhice foram a saúde e as relações familiares positivas, dados corroborados por Portela et al. (2017), por Joia e Ruiz (2013) e por Paúl et al. (2005).

Por outro lado, a satisfação com a vida também foi referida como sendo um estado de bem-estar, de paz, de missão cumprida e da presença de Deus, dados corroborados nos estudos de Joia e Ruiz. (2013) e de Portela et al. (2017).

Conclusão

Envelhecer é uma conquista recente dos países desenvolvidos, mas mais do que somar anos na escala cronológica é envelhecer com qualidade e satisfação. Sabemos que para tal, contribuem diversos fatores, quer sejam de caráter individual ou grupal, que holisticamente

são vistos e sentidos pelos mais velhos como determinantes para ter satisfação e bem-estar na velhice.

Como principal resultado deste estudo qualitativo, constatámos que os idosos entrevistados se encontram satisfeitos com a sua vida. No entanto, destacam a saúde e os laços familiares positivos como os aspetos mais importantes para estarem bem no seu dia-a-dia.

Apesar da satisfação com a vida ser um construto dinâmico, ainda é visto como subjetivo. Nesse sentido, sugerem-se futuras investigações sobre a temática na perspetiva do ciclo de vida e em diferentes contextos.

Referências Bibliográficas

- Cheung, F., & Lucas, R. E. (2015). When Does Money Matter most? Examining the Association Between Income and Life Satisfaction Over the Life Course. *Psychology and Aging*, 30(1), 120-135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4686135/>
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica – o processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão E Desenvolvimento*, (19), 139-156. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.140>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual review of psychology*, 54(1), 403-425. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Félix, I. (2021). *Satisfação com a vida e o processo de institucionalização do idoso*. (Dissertação de Mestrado Gerontologia, especialização em Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Portalegre). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39170>
- Figueira, E. (2021). *A Funcionalidade e a Satisfação com a Vida em Idosos Institucionalizados*

- de Meios Diferenciados, Instituto Politécnico de Castelo Branco.
<https://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/7626>
- Fragoso, M. (2020). *Satisfação com a vida, autoestima e solidão no idoso: Um estudo em Vila Nova de Santo André (Ser e EnvelheSer)* [Escola Superior de Educação de Coimbra]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34533>
- Joia, L. C., & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. *Revista Kairós-Gerontologia*, 16(4), 79–102. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i4p79-102>
- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em idosos: prevalência e determinantes. *Gestão E Desenvolvimento*, (23), 107-123. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2015.274>
- Moreira, M. (2020). *Como Envelhecem os Portugueses - envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/documentos/7030/como-envelhecem-os-portugueses-envelhecimento-saude-idadismo-pdf>
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Martín, I. & Amado, J. (AAVV, (2005). “*Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses*” In, C. Paúl e A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 76-95). Climepsi.
- Portella, M. R., Scortegagna, H. de M., Pichler, N. A., & Graeff, D. B. (2017). Felicidade e satisfação com a vida: voz de mulheres adultas e idosas. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 14(1). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v14i1.5960>
- PORDATA. (2023). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indica+ores+de+envelhecimento-526>
- Quivy, R., & Champenhout, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva.
- Rodrigues, N., & Henriques, R. (2022). Satisfação com a vida no envelhecimento humano: uma revisão narrativa da literatura. *Plataforma Espaço Digital*, 1-12. <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/77181>

- Rodrigues, I.G., & Ruscalleda, R.M.I. (2009). Satisfação com a vida e senso de autoeficácia para quedas em idosos. *Rev Bras Clin Méd.* 7:413-7. <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n6/a012.pdf>
- Santos, G., et al. (2018). Comunicação entre idoso e família em grupos de convivência. *Rev enferm UFPE on line., Recife*, 12(6):1657-64. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230844p157-1664-2018>.
- Teixeira, L. M. F. (2010). *Solidão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação: Piloto de um programa de intervenção* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/26>

“A autora declara não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Satisfação com a vida e aptidão física em adultos 50+

Título resumido do manuscrito: Satisfação com a vida e aptidão física

Diogo Costa*

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto; Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto,
Portugal | diogoamaralcosta@gmail.com

Simão Pedro-Costa

Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL) - Faculdade de Desporto; Universidade
do Porto, Portugal | by.scosta@gmail.com

Irma Andrade de Sousa

Junta de Freguesia do Bonfim, Porto, Portugal | irma.sousa@jfbonfim.pt

José Pedro Guimarães

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto; Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto,
Portugal | p4708@ulusofona.pt

Carlos Portugal-Nunes

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto; Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto,
Portugal | carlos.portugal@ulusofona.pt
ORCID: 0000-0001-8398-1366

Inês Marques-Aleixo

Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto; Universidade Lusófona – Centro Universitário do Porto,
Portugal | Centro de Estudos Interdisciplinares em Educação e Desenvolvimento (CeIED), Universidade
Lusófona, Portugal | ines.aleixo@ulusofona.pt
ORCID: 0000-0003-3438-0868

Agradecimentos

Freguesia do Bonfim, Porto

Resumo

Este deteve como objetivo caracterizar a aptidão física em adultos 50+ de acordo com a satisfação de vida. Trata-se de um estudo transversal com amostra de conveniência constituída por 79 adultos com mais de 50 anos (média de idade: $71,60 \pm 7,26$ anos; mulheres: 77,2%). A satisfação de vida, medida através da Escala de Satisfação com a Vida, foi dicotomizada em alta (≥ 17 pontos; N:32) ou baixa (< 17 pontos; N:47). A aptidão física foi medida através do *teste Senior Fitness Test* (força de membros superiores e inferiores, aptidão cardiorrespiratória, flexibilidade de membros superiores e inferiores e agilidade/equilíbrio). A comparação entre grupos de satisfação de vida foi realizada através do teste- t, qui-quadrado ou testes não-paramétricos, de acordo com a normalidade da distribuição das variáveis. A mediana da satisfação de vida foi de 17 pontos [amplitude interquartil: 14 – 19]. Indivíduos com alta satisfação de vida, comparativamente aos com baixa, apresentaram maior força dos membros inferiores ($20,44 \pm 2,23$ *versus* $15,13 \pm 3,96$ repetições, respetivamente; $p < 0,001$) e melhor agilidade/equilíbrio ($5,16$ [4,82 - 6,21] segundos *versus* $5,19$ segundos [4,83 - 6,22], respetivamente; $p = 0,004$). Programas de exercício físico com o objetivo de desenvolver e ou preservar a aptidão física a partir dos 50 anos devem ser implementados para assegurar melhores indicadores de saúde mental.

Palavras-chave: atividade física; aptidão física; satisfação de vida

Introdução

A satisfação com a vida é a percepção que os indivíduos têm em relação à sua posição na vida em termos culturais e ao sistema de valores no qual estão inseridos (Organization, 2002). Diz respeito ao entendimento das pessoas sobre a sua satisfação geral com a vida ou quão felizes elas se sentem relativamente às suas vidas (Ulloa L. et al., 2013). Chida e Steptoe (2008) referem que a satisfação com a vida está relacionada com a redução da mortalidade na população saudável (Chida & Steptoe, 2008).

A satisfação de vida é influenciada por fatores como a saúde cognitiva e física, assim como pelas interações e relações sociais dos indivíduos (Chida & Steptoe, 2008), não sendo constante ao longo da vida (Steptoe A et al., 2012). Durante o envelhecimento, a aptidão física representa um determinante importante da satisfação de vida (Parra-Rizo & Sanchis-Soler, 2020). A aptidão física é definida como a capacidade dos indivíduos realizarem as atividades do dia-a-dia em segurança, com pouco ou nenhum cansaço (Caspersen et al., 1985). Quando relacionada com a saúde, a aptidão física é constituída por diferentes componentes, incluindo a força muscular, aptidão cardiorrespiratória, flexibilidade, coordenação e equilíbrio dinâmico (Caspersen et al., 1985). Quanto mais elevados forem estes indicadores, maior será a capacidade dos idosos em realizar as diferentes atividades de vida diária com facilidade (Wickramarachchi et al., 2023). Níveis adequados de aptidão física promovem a independência física, a autonomia e a qualidade de vida, sendo, portanto, de extrema relevância para a população idosa (Parra-Rizo & Sanchis-Soler, 2020). Uma elevada aptidão funcional permite um maior número de interações sociais, como produto da independência, contribuindo, potencialmente, para um aumento da satisfação de vida (Jones et al., 2019). Contudo, a evidência científica relativamente associação entre a aptidão física (e os seus componentes) e a satisfação de vida entre os mais velhos é escassa. Posto isso, o presente estudo tem como objetivo caracterizar a satisfação de vida e a aptidão física de adultos 50+ e a comparar indicadores de aptidão física de acordo com a satisfação de vida.

Métodos

Desenho do Estudo

O desenho deste estudo é transversal observacional com uma amostra de conveniência. Inicialmente foram contactados 100 indivíduos com 50 anos ou mais a pertencentes a dois programas de extensão comunitária localizados nos distritos de Aveiro e Porto, Portugal. Aceitaram participar no estudo 82 indivíduos (82%). Foram excluídos do estudo, pessoas com incapacidade para realização de atividade física e presença de diagnóstico médico de demência ($n=3$; 3,7%). A amostra final foi constituída por 79 indivíduos (média de idade: $71,60 \pm 7,26$ anos; mulheres: 77,2%) com idades de 50 anos ou mais.

O estudo foi aprovado pela comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica da Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto da Universidade Lusófona, Centro Universitário do Porto (Ata nº. 16, 2021). Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a Declaração de Helsínquia e os participantes assinaram um consentimento informado antes do início do estudo.

Instrumentos

A recolha de dados decorreu presencialmente entre os meses de julho a outubro de 2022. A informação sociodemográfica (sexo, estado marital, idade, profissão, escolaridade, distrito de residência) foi recolhida sob forma de entrevista.

Antropometria

O peso (kg) foi determinado através da balança TANITA modelo BC-418 (Tóquio, Japão), e a estatura (cm) através de um estadiómetro SECA 217 (Hamburgo, Alemanha). Os participantes estavam descalços e vestidos com roupas leves. Com base nos resultados de peso e estatura, foi calculado o índice de massa corporal (IMC; kg/m^2) e categorizado de acordo com os pontos de corte da Organização Mundial de Saúde (Weir & Jan, 2023). O perímetro de cintura foi medido de cintura com uma fita métrica SECA 203 (Hamburgo, Alemanha). A avaliação antropométrica foi realizada de acordo com as recomendações internacionais (Marfell-Jones et al., 2006).

Aptidão Física

Para avaliação da aptidão física, foi usado a bateria de testes *Senior Fitness Test* (Rikli & Jones, 2001). Os procedimentos decorreram de acordo com as respectivas recomendações e foram obtidos indicadores de força de membros inferiores (teste sentar e levantar), força de membros superiores (teste flexão do cotovelo), flexibilidade dos membros inferiores e superiores, aptidão cardiorrespiratória (teste de marcha dos 6 minutos) agilidade e equilíbrio dinâmico (*time up & go*). A realização do protocolo teve uma duração aproximada de 30-40 minutos. Antes do início da bateria de testes, os participantes realizaram um aquecimento de 10 minutos. O intervalo de recuperação entre os testes foi no mínimo 2 minutos.

Satisfação de Vida

A satisfação de vida foi avaliada através da versão portuguesa da *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) (Diener et al., 1985; Simões, 1992). A SWLS é um instrumento de fácil compreensão e aplicação, sendo a sua utilização viável para adultos de diversos níveis culturais (Rikli & Jones, 2001).

A SWLS foi utilizada para avaliar a percepção individual acerca da qualidade de vida (de forma positiva ou negativa), sendo constituída por cinco frases, com uma escala de resposta do tipo Lickert. A pontuação final resulta da soma dos pontos obtidos nas cinco frases. Valores mais altos correspondem a níveis mais altos de satisfação com a vida.

Procedimentos Estatísticos

Dado que o primeiro objetivo deste trabalho é explorar as diferenças na aptidão física entre grupos com Alta e Baixa satisfação de vida, o tamanho da amostra foi calculado utilizando o GPower (versão 3.1.9.7, programa desenvolvido por Franz Faul, Universität Kiel, Alemanha) para a diferença entre duas médias independentes, considerando um tamanho de efeito médio ($d = 0.65$), potência = 0.8, $\alpha = 0.05$ e razão de alocação grupo Alta satisfação de vida: Baixa satisfação de vida de =1:1.

Os procedimentos estatísticos decorreram através da utilização do programa IBM Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS, USA) e o nível de significância foi estabelecido em

95%.

A verificação da normalidade das variáveis foi observada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Estão apresentados valores de média e desvio padrão para as variáveis com distribuição normal. Para as variáveis cuja distribuição não foi normal, as medidas de tendência central apresentadas são a mediana e amplitude interquartil. A amostra foi dividida em Alta satisfação de vida (pontuação ≥ 17 ; $N=32$) e Baixa satisfação de vida ($N= 47$) de acordo com o percentil 50 dos valores contínuos da escala. A comparação entre grupos de Alta e Baixa satisfação de vida foi realizada através do teste- t (variáveis contínuas com distribuição normal), qui-quadrado (variáveis categóricas) e testes não-paramétricos (U de Mann-Whitney para variáveis com distribuição não normal).

Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados da estatística descritiva para a totalidade da amostra. No que diz respeito à aptidão física, os participantes, em média, estavam acima do percentil 25 para a população portuguesa de acordo com a idade e sexo (Marques et al., 2014). De forma mais detalhada, os participantes realizaram $17,34 \pm 4,25$ repetições no teste sentar e levantar (i.e., 94,9% dos participantes encontravam-se acima do percentil 25); 17 [16,00 – 20,00] repetições no teste de flexão do antebraço (i.e., 96,2% dos indivíduos encontravam-se acima do percentil 25); $-5,53 \pm 16,02$ cm de flexibilidade de membros superiores (i.e., 86,1% encontravam-se a cima do percentil 25); $-6,26 \pm 14,17$ cm de flexibilidade de membros inferiores (i.e., 72,2% dos participantes encontravam-se a cima do percentil 25); 480,00 [420,00 – 575,00] metros no teste de marcha dos 6 minutos (i.e., 94,9% dos participantes encontravam-se a cima do percentil 25).

Tabela 1

Estatística Descritiva

	Amostra Total (N = 79)
<u>Variáveis Sociodemográficas</u>	
Idade (anos)	71,60 ± 7,26
Sexo	
Feminino (N, %)	61 (77,2%)
Masculino (N, %)	18 (22,8%)
Estado marital	
Casado/União de Facto (N, %)	36 (45,6%)
Separado/ Divorciado (N, %)	16(20,3%)
Solteiro (N, %)	5 (6,3%)
Viúvo (N, %)	21(26,6%)
Escolaridade	
Menos de 6 anos (N, %)	28 (35,4%)
6 a 12 anos (N, %)	36 (45,6%)
Mais de 12 anos (N, %)	14 (17,7%)
<u>Composição Corporal</u>	
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	27,05 ± 4,13
Classificação do Índice de Massa Corporal	
Normoponderal (N, %)	23 (29,1%)
Excesso de Peso (N, %)	40 (50,6%)
Obesidade (N, %)	14 (17,7%)
Perímetro de Cintura (cm)	92,27 ± 7,26
<u>Satisfação de Vida</u>	
Mediana [Percentil 25 – Percentil 75]	17[14 – 19]
Baixa (N, %)	47 (59,5%)
Alta (N, %)	32 (40,5%)
<u>Aptidão Física</u>	
Força dos Membros Inferiores (Repetições)	17,34 ± 4,25
Força de Membros Superiores (Repetições)	17 [16,00 – 20,00]
Flexibilidade dos Membros Superiores (cm)	-5,53 ± 16,02
Flexibilidade dos Membros Inferiores (cm)	-6,26 ± 14,17
Aptidão cardiorrespiratória (m)	480,00 [420,00 - 575,00]
Agilidade e Equilíbrio Dinâmico (seg)	5,16 [4,81 - 6,04]

Nota: n = número de participantes

A Tabela 2 apresenta a comparação das variáveis sociodemográficas, antropometria e de aptidão física de acordo com as categorias de satisfação de vida. Os grupos não apresentam diferenças significativas relativamente à idade, ao estado marital, escolaridade e variáveis antropométricas.

Os indivíduos do grupo Baixa satisfação de vida apresentam valores significativamente mais

reduzidos de força de membros inferiores ($15,13 \pm 3,96$ repetições) quando comparados ao grupo de Alta satisfação de vida ($20,44 \pm 2,23$ repetições; $p < 0,001$). O mesmo se verifica no resultado de agilidade e equilíbrio dinâmico (Baixa satisfação de vida: $5,19$ [4,83- 6,22] segundos; Alta satisfação de vida: $5,16$ [4,82 - 6,2]; $p = 0,004$). Para as demais variáveis da aptidão física, não mostram diferenças estatisticamente diferentes entre grupos ($p > 0,050$) (Tabela 2).

Tabela 2

Comparação das variáveis sociodemográficas, composição corporal e aptidão física entre os grupos de Baixa e Alta Satisfação de vida

	Baixa Satisfação de Vida (N = 47)	Alta Satisfação de Vida (N=32)	Inferência Estatística
Variáveis Sociodemográficas			
Idade, anos	$72,87 \pm 7,88$	$69,72 \pm 5,87$	$t_{(77)} = 1,928$ ($p = 0,058$)
Mulheres, N (%)	39 (82,9%)	22 (68,8%)	$\chi^2_{(1)} = 2,191$ ($p = 0,139$)
Homens, N (%)	8 (17,01%)	10 (31,3%)	
Estado marital			$\chi^2_{(1)} = 1,635$ ($p = 0,201$)
Solteiro/ Viúvo /Separado, N (%)	22 (46,8%)	20 (62,5%)	
Casado/União de Facto, N (%)	24 (51,1%)	12 (37,5%)	
Escolaridade			$\chi^2_{(2)} = 1,898$ ($p = 0,387$)
< 6 anos, N (%)	18 (39,1%)	10 (41%)	
6 - 12 anos, N (%)	22 (47,8%)	14 (44%)	
> 12 anos, N (%)	6 (13,0%)	8 (38,0%)	
Antropometria			
IMC, kg/m ²	$27,44 \pm 4,49$	$26,51 \pm 3,56$	$t_{(75)} = -0,975$ ($p = 0,333$)
PC, cm	$93,78 \pm 12,51$	$90,15 \pm 11,23$	$t_{(75)} = 1,31$ ($p = 0,194$)
Aptidão Física			
Força MS, rep	$16,58 \pm 3,82$	$19,19 \pm 3,60$	$t_{(34)} = 1,20$ ($p = 0,640$)
Força MI, rep	$15,13 \pm 3,96$	$20,44 \pm 2,23$	$t_{(75)} = -6,833$ ($p < 0,001$)
Flexibilidade MS, cm	$-3,93 \pm 16,47$	$-7,78 \pm 15,36$	$t_{(75)} = 1,39$ ($p = 0,302$)
Flexibilidade MI, cm	$-6,24 \pm 15,89$	$-6,28 \pm 11,59$	$t_{(75)} = 0,011$ ($p = 0,991$)
Marcha 6 minutos, m	480,00 [420,0-583,75]	480,00 [420,00-585,00]	$U_{(1)} = 0,218$ ($p = 0,270$)
Time up & go, seg	5,19 [4,83- 6,22]	5,16 [4,82 - 6,21]	$U_{(1)} = 8,470$ ($p = 0,004$)

Nota: IMC: índice de massa corporal; PC: perímetro de cintura; MS: membros superiores; MI: membros inferiores; rep: repetições; seg: segundos; n = número de participantes

Discussão

O objetivo do estudo consistiu em caracterizar a aptidão física e a satisfação de vida de adultos 50+ e comparar os indicadores de aptidão física de acordo com os níveis de satisfação de vida. Os resultados principais mostraram que a agilidade/equilíbrio dinâmico e a força de membros inferiores são mais baixos entre os participantes com Baixa satisfação de vida comparativamente aos valores apresentados pelo grupo Alta satisfação de vida. Os resultados também indicaram que os grupos Alta ou Baixa satisfação de vida não são diferentes para as variáveis sociodemográficas e antropométricas.

A satisfação de vida é uma medida de autorrelato subjetiva e baseada na experiência pessoal de cada indivíduo (Organization, 2002) e parece oscilar ao longo do processo de envelhecimento. An e colaboradores (An et al., 2020), em um estudo transversal com 2345 participantes adultos de Taiwan (média de idades 51,6 anos), verificaram que a idade é um preditor da satisfação de vida, indicando que quanto mais velhas as pessoas, maior é a satisfação com a vida. Karwetzky e colaboradores (Karwetzky et al., 2022) identificaram diferenças entre sexos na relação entre a satisfação com a vida estudo com 1597 participantes com idades compreendidas entre os 12–94 anos. De acordo com os autores, os homens exibiram uma tendência da satisfação de vida em forma de U, atingindo o ponto mais baixo entre as idades de 30 e 49. Relativamente às mulheres, parece haver dois pontos no tempo em que a percepção de satisfação de vida é maior (entre 30-49 anos e 70 anos ou mais). Os resultados do nosso estudo não demonstraram uma diferença significativa na idade entre os grupos de Baixa e Alta satisfação de vida. O facto da nossa amostra ser constituída por indivíduos de uma faixa etária mais restrita pode explicar este resultado. Fatores como uma boa saúde subjetiva, a religiosidade e a ausência de preocupações financeiras parecem estar fortemente relacionadas com a satisfação com a vida independentemente do grupo etário (Karwetzky et al., 2022).

Entre outros determinantes da satisfação de vida, o suporte social parece ser fundamental. Fastame (2021), através da avaliação de 115 indivíduos com idades compreendidas entre os 75 e os 101 anos concluiu que uma boa relação familiar aumenta a satisfação de vida (Fastame, 2021). No nosso estudo, a satisfação de vida não foi diferente entre indivíduos casados ou que vivem em união de facto *versus* indivíduos solteiros ou viúvos. Importa

referir que o suporte social não depende exclusivamente da presença de um/a companheiro/a, mas sim da existência de relacionamentos significativos (isto é, das afinidades) estabelecidos com amigos, colegas e demais membros familiares (Pedro-Costa S. et al., 2022). No presente estudo, as afinidades não foram avaliadas.

Níveis elevados de aptidão física parecem contribuir para uma melhor satisfação de vida entre os mais velhos (Syue et al., 2022). Um dos motivos que podem explicar a associação entre satisfação de vida e aptidão física é que esta última está inversamente relacionada com síndromes geriátricas (Meier & Lee, 2020). A este propósito, Papalia e colaboradores, através de uma meta-análise, mostraram que a participação em programas de exercício é benéfica para indivíduos com mais de 65 anos em termos de equilíbrio dinâmico e estático, medo de cair, confiança no equilíbrio, qualidade de vida e aptidão física (Papalia et al., 2020). Os resultados aqui apresentados indicam que os indivíduos com maior satisfação de vida mostraram níveis mais elevados nas componentes da aptidão física agilidade/equilíbrio dinâmico e força de membros inferiores. Tem sido reportado que os idosos que possuem uma melhor agilidade/equilíbrio dinâmico têm também mais oportunidades para prática de atividade física, maior autonomia e maior interação social, o que pode ser importante para a satisfação de vida. A agilidade/equilíbrio dinâmico está inversamente associada ao risco de quedas (Lee et al., 2022) sendo este um dos principais problemas geriátricos que aumentam o risco de mortalidade (Hua et al., 2022). Adicionalmente, tem sido reportado que reduzidos níveis de confiança no equilíbrio estão associados com um menor envolvimento social, menores redes sociais e menores níveis de atividade física (Achour et al., 2011; Kendrick et al., 2014).

Também observamos maiores níveis de força de membros inferiores entre os sujeitos com mais elevada satisfação de vida. Uma possível explicação para este resultado pode residir no facto de que a força dos membros inferiores é crucial para realização de tarefas diárias com maior grau de autonomia, minimizando o risco de quedas e o medo de cair, aumento a possibilidade de interações sociais e, consequentemente, a satisfação com a vida. Previamente, um estudo realizado com uma amostra de idosos com doença neurodegenerativa demonstrou que a força de membros inferiores estava

significativamente associada à capacidade funcional e à qualidade de vida (Sampaio et al., 2020).

Contrariamente ao expectável, não encontramos diferenças significativas entre os grupos Alta e Baixa satisfação de vida para a aptidão cardiorrespiratória. Estudos anteriores levantavam a plausibilidade de uma associação entre satisfação e vida e aptidão cardiorrespiratória. Por exemplo, Bondarev e colegas encontraram uma associação positiva entre a distância percorrida no teste de marcha 6 minutos e a pontuação obtida na SWLS (Bondarev et al., 2021). De acordo com os resultados de Achour e colaboradores, a aptidão cardiorrespiratória é um preditor da satisfação com a vida após os 70 anos (Achour et al., 2011). Embora os resultados apresentados aqui não estejam em concordância com a literatura científica, é importante observar que as diferenças nas características das amostras podem, em parte, explicar a incongruência dos achados, destacando a necessidade de conduzir estudos adicionais.

O presente estudo apresenta limitações. A amostra é reduzida e recrutada de programas de exercício comunitários, não sendo, por isso, representativa da população. O desenho do estudo é transversal não permitindo a observação de causa-efeito. Não foram avaliados os níveis de atividade física habitual e de tempo sedentário, que são ambos determinantes da aptidão física, para além de outras variáveis que podem influenciar a satisfação de vida.

Conclusão

Índices elevados de força muscular de membros inferiores e agilidade e equilíbrio dinâmico são observados entre idosos com percepção mais elevada de satisfação de vida. A implementação de programas de exercício para pessoas a partir dos 50 anos, para preservar e aprimorar a aptidão física dos mais velhos, é importante, uma vez que pode influenciar uma melhor percepção de satisfação de vida.

Referências Bibliográficas

Achour, E. C., Barthelemy, J. C., Lionard, K. C., Trombert, B., Lacour, J. R., Thomas-Anterion, C., Gonthier, R., Garet, M., & Roche, F. (2011). Level of physical activity at the age of

- 65 predicts successful aging seven years later: the PROOF study. *Rejuvenation Res*, 14(2), 215-221. <https://doi.org/10.1089/rej.2010.1101>
- An, H. Y., Chen, W., Wang, C. W., Yang, H. F., Huang, W. T., & Fan, S. Y. (2020). The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*, 17(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph17134817>
- Bondarev, D., Sipilä, S., Finni, T., Kujala, U. M., Aukee, P., Kovanen, V., Laakkonen, E. K., & Kokko, K. (2021). Associations of physical performance and physical activity with mental well-being in middle-aged women. *BMC Public Health*, 21(1), 1448. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11485-2>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100(2), 126-131.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med*, 70(7), 741-756. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Fastame, M. C. (2021). Life satisfaction in late adult span: the contribution of family relationships, health self-perception and physical activity. *Aging Clin Exp Res*, 33(6), 1693-1698. <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01658-1>
- Hua, J., Ning, P., Cheng, P., Rao, Z., He, J., Xiao, W., Li, L., Fu, Y., Li, R., Li, J., Wang, W., Schwebel, D. C., & Hu, G. (2022). Coding quality of deaths and its impact on elderly unintentional fall mortality data from 1990 to 2019: a retrospective analysis of the WHO Mortality Database. *BMC Geriatr*, 22(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02744-3>
- Jones, C. A., Siever, J., Knuff, K., Van Bergen, C., Mick, P., Little, J., Jones, G., Murphy, M. A., Kurtz, D., & Miller, H. (2019). Walk, Talk and Listen: a pilot randomised controlled

- trial targeting functional fitness and loneliness in older adults with hearing loss. *BMJ Open*, 9(4), e026169. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026169>
- Karwetzky, C., Michaelsen, M. M., Werdecker, L., & Esch, T. (2022). The U-Curve of Happiness Revisited: Correlations and Differences in Life Satisfaction Over the Span of Life-An Empirical Evaluation Based on Data From 1,597 Individuals Aged 12-94 in Germany. *Front Psychol*, 13, 837638. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.837638>
- Kendrick, D., Kumar, A., Carpenter, H., Zijlstra, G. A., Skelton, D. A., Cook, J. R., Stevens, Z., Belcher, C. M., Haworth, D., Gawler, S. J., Gage, H., Masud, T., Bowling, A., Pearl, M., Morris, R. W., Iliffe, S., & Delbaere, K. (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(11), Cd009848. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009848.pub2>
- Lee, Y. C., Chang, S. F., Kao, C. Y., & Tsai, H. C. (2022). Muscle Strength, Physical Fitness, Balance, and Walking Ability at Risk of Fall for Pre frail Older People. *Biomed Res Int*, 2022, 4581126. <https://doi.org/10.1155/2022/4581126>
- Marfell-Jones, M., Olds, T., Stewart, A., & Carter, L. (2006). *ISAK accreditation handbook*.
- Marques, E. A., Baptista, F., Santos, R., Vale, S., Santos, D. A., Silva, A. M., Mota, J., & Sardinha, L. B. (2014). Normative functional fitness standards and trends of Portuguese older adults: cross-cultural comparisons. *J Aging Phys Act*, 22(1), 126-137. <https://doi.org/10.1123/japa.2012-0203>
- Meier, N. F., & Lee, D. C. (2020). Physical activity and sarcopenia in older adults. *Aging Clin Exp Res*, 32(9), 1675-1687. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01371-8>
- World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.
- Papalia, G. F., Papalia, R., Diaz Balzani, L. A., Torre, G., Zampogna, B., Vasta, S., Fossati, C., Alifano, A. M., & Denaro, V. (2020). The Effects of Physical Exercise on Balance and Prevention of Falls in Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*, 9(8). <https://doi.org/10.3390/jcm9082595>
- Parra-Rizo, M. A., & Sanchis-Soler, G. (2020). Satisfaction with Life, Subjective Well-Being and Functional Skills in Active Older Adults Based on Their Level of Physical Activity

- Practice. *Int J Environ Res Public Health*, 17(4).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17041299>
- Pedro-Costa S, Hiney A, S. A., Guimarães JP, Bohn L, & I., M.-A. (2022). Caracterização da atividade física e aptidão física de acordo com os níveis de solidão em adultos 50+. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*, 27, 1-7.
- Rikli, R. E., & Jones, C. J. (2001). *Senior fitness test manual*. Human Kinetics.
- Sampaio, A., Marques-Aleixo, I., Seabra, A., Mota, J., Marques, E., & Carvalho, J. (2020). Physical fitness in institutionalized older adults with dementia: association with cognition, functional capacity and quality of life. *Aging Clin Exp Res*, 32(11), 2329-2338. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01445-7>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia ANO XXVI*, 3, 503-515.
- Stephoe A., Demakakos P, & C., d. O. (2012). O bem-estar psicológico, saúde e funcionamento de idosos na Inglaterra. *A dinâmica do envelhecimento*, 98-183.
- Syue, S. H., Yang, H. F., Wang, C. W., Hung, S. Y., Lee, P. H., & Fan, S. Y. (2022). The Associations between Physical Activity, Functional Fitness, and Life Satisfaction among Community-Dwelling Older Adults. *Int J Environ Res Public Health*, 19(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph19138043>
- Ulloa L., B. F., Møller, V., & Sousa-Poza, A. (2013). How Does Subjective Well-Being Evolve with Age? A Literature Review. *Population Ageing*, 6, 227–246.
- Weir, C. B., & Jan, A. (2023). BMI Classification Percentile And Cut Off Points. In *StatPearls*. StatPearls Publishing Copyright© 2023, StatPearls Publishing LLC.
- Wickramarachchi, B., Torabi, M. R., & Perera, B. (2023). Effects of Physical Activity on Physical Fitness and Functional Ability in Older Adults. *Gerontol Geriatr Med*, 9, 23337214231158476. <https://doi.org/10.1177/23337214231158476>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Saúde bucal e uso de prótese por pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência

Título resumido do manuscrito: Próteses em pessoas idosas institucionalizadas

Allyne Costa Siqueira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento

Humano | allynecosta1995@gmail.com

ORCID: 0009-0009-7475-3797

Zamir Vidal de Negreiros Filho

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento

Humano | zamirvnf@gmail.com

ORCID: 0009-0003-1067-8421

Angelo Maximo Soares de Araujo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento

Humano | angelomaximojunior@hotmail.com

ORCID: 0000-0002-1742-2205

Rita de Cássia Azevedo Constantino

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento

Humano | Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Nefrologia | rcconstantino06@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5210-726X

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento

Humano | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do

Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | mayaraaraujonutri@gmail.com

ORCID: 0000-0002-0611-2949

Maria Eduarda

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento

Humano | maria.nascimento.016@ufrn.edu.br

ORCID: 0000-0001-55785413

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) de Lisboa | renatagalvaodiniz@gmail.com

ORCID: 0000-0003-4963-3653

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Rede Internacional de Pesquisa sobre
Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do Idoso: Brasil, Portugal e Espanha |

ana.elza.mendonca@ufrn.br

ORCID: 0000-0001-9015-211X

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Grupo Longeviver - Observatório do Envelhecimento
Humano | Rede Internacional de Pesquisa sobre Vulnerabilidade, Saúde, Segurança e Qualidade de Vida do

Idoso: Brasil, Portugal e Espanha | vilani.nunes@ufrn.br

ORCID: 0000-0002-9547-0093

Resumo

Apesar dos avanços na Política Nacional de Saúde Bucal, a população idosa no Brasil ainda apresenta alta prevalência de edentulismo, sendo a situação de saúde bucal especialmente crítica naqueles que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Este estudo pretendeu analisar os desfechos do edentulismo quanto ao uso e necessidade de prótese dentária em pessoas idosas institucionalizadas. Trata-se de um estudo descritivo realizado em oito ILPIs do município de Natal e região metropolitana. A coleta de dados se deu por meio do preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, que possibilita a identificação das necessidades de saúde individuais. Foi realizado exame clínico para avaliação da condição de saúde bucal quanto ao uso e necessidade de substituição de prótese. Das 272 pessoas idosas, 250 foram examinadas, 18 recusaram e 04 foram excluídas por estarem hospitalizadas. Predominaram

mulheres entre 80 a 108 anos, com 1 a 8 anos de estudo. Na avaliação da saúde bucal, predominaram pessoas idosas com perdas dentárias e que não utilizavam prótese dentária (61,6%), seguido daqueles que utilizavam prótese dentária com necessidade de troca por não estarem adequadas (27,6%), além de 10 idosos que utilizam prótese e não necessitavam de troca. Os resultados evidenciam a necessidade de reabilitação protética dos idosos institucionalizados, atendimento odontológico periódico e de políticas públicas voltadas à população residente em ILPI, ressaltando a carência de investimentos nessa área.

Palavras-chave: saúde bucal; pessoa idosa institucionalizada; caderneta da pessoa idosa; perda dentária; prótese dentária.

Introdução

A população mundial presencia uma crescente transição demográfica levando ao aumento das populações de pessoas adultas e em especial o das pessoas idosas, incluindo o Brasil, com a redução da taxa de natalidade e de mortalidade (Cardoso, Dietrich & Souza, 2021). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), pessoas idosas são todas as pessoas com 60 anos ou mais. No mundo, essa população representa 13,9% da população e no Brasil há mais de 28 milhões de pessoas nessa faixa etária, número que representa 13% da população do país com tendência a dobrar nas próximas décadas (Moreira, 2011; Silva, 2021).

Para um olhar amplo ao cuidado da pessoa idosa, o Ministério da saúde no Brasil introduziu a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) visando assegurar cuidados abrangentes e integrais para população, tendo esse um conteúdo investigativos, avaliativo e informativo, além de auxiliar no acompanhamento integral das condições de saúde e as vulnerabilidades desta população (Ferreira, 2020; Silva & Chacon, 2020). Dentre os aspectos analisados pela caderneta, um dos parâmetros é a avaliação da saúde bucal tendo em vista que problemas orais afetam a capacidade nutricional, estética e autoestima, impactando a saúde sistêmica e a capacidade funcional, além de influenciar diretamente na qualidade de vida e independência dos idosos (Corassa *et al.*, 2022; Seerig *et al.*, 2015).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) se caracteriza como um marco histórico brasileiro no âmbito da saúde bucal, pois visa garantir o acesso universal e igualitário aos serviços odontológicos, prevenindo doenças e promovendo a saúde oral em todo o país (Cardoso, Dietrich & Souza, 2021). A PNSB inclui ações como a ampliação do acesso a tratamentos odontológicos, a promoção de medidas de prevenção, a capacitação de profissionais de saúde e a melhoria das condições de atendimento odontológico na rede pública (Moreira, Nico & Tomita, 2011).

Dentro das expansões de acesso realizadas pela PNSB, tem-se os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Ambos são serviços de média complexidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, eles oferecem serviços que não são abordados de modo eficaz na atenção básica, mas que também não requerem hospitalização. Os CEOs oferecem serviços como cirurgia oral menor, ortodontia, diagnóstico de lesões e patologias bucais, periodontia especializada, endodontia e atendimento aos portadores de necessidades especiais (Brasil, 2023). Quanto aos LRPDs, concentram-se na produção de próteses dentárias, sendo este um componente essencial da reabilitação oral (Ministério da Saúde, 2016).

Contudo, apesar dos importantes avanços conquistados a partir da PNSB, a população idosa no Brasil ainda apresenta alta prevalência de edentulismo, no qual consiste na perda dentária parcial ou total dos elementos dentário naturais (Pena *et al.*, 2019). Dentre as causas que levam ao edentulismo destacam-se a cárie dentária, a doença periodontal e os serviços odontológicos de caráter iatrogênico e mutilador. A cárie dentária afeta as estruturas minerais do dente, a doença periodontal afeta os tecidos de suporte dentário e a ação mutiladora, ainda presente nos serviços odontológicos, representa a exodontia dos elementos dentários, levando ao estágio de edentulismo parcial ou total se não houver intervenção adequada (Seerig *et al.*, 2015; Silva *et al.*, 2022).

Deste modo, até que se consiga diminuir a taxa de prevalência dessas patologias em jovens e adultos, elas vão repercutir em toda a população tornando fundamental voltar o olhar para a população de pessoas idosas, em especial aos residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (Cortez *et al.*, 2022). As ILPIs segundo a Resolução da

Diretoria Colegiada - RDC nº 502/2021, são classificadas como instituições governamentais e não governamentais de caráter residencial destinada à moradia coletiva para pessoas com idade de 60 anos ou mais, com atenção à prestação de serviços ao cuidado à pessoa idosa. Contudo, mesmo as instituições realizando ações que prevê a atenção integral à saúde da pessoa idosa, abordando os aspectos de promoção e proteção à saúde da pessoa idosa, as ILPIs não são classificadas como serviços de prestação de saúde, portanto, não havendo um olhar voltado à saúde oral desta população (Brasil, 2021).

Para desenvolver estratégias eficazes que visem melhorar a saúde bucal da população idosa em instituições de longa permanência, é essencial obter uma compreensão abrangente da atual condição bucal das pessoas idosas residentes nesses locais. Deste modo, objetivou-se conhecer as condições sociodemográficas e de saúde oral das pessoas idosas residentes nas instituições de longa permanência do município de Natal, Macaíba e Parnamirim.

Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional descritivo, do tipo transversal realizado em oito ILPIs localizadas geograficamente no estado do Rio Grande do Norte - RN. A coleta de dados se deu por meio do preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, que possibilita a identificação das necessidades de saúde individuais desta população.

Estudos epidemiológicos são pesquisas científicas que fornecem uma visão abrangente sobre condições de saúde em populações, trazendo informações sobre prevalência e incidência, curso natural de doenças, fatores de risco associados e necessidade dos serviços de saúde. Este tipo de desenho metodológico desempenha um papel importante na promoção da saúde pública, na prevenção de doenças e na melhoria da qualidade de vida das populações. Eles fornecem a base para decisões a serem tomadas em políticas públicas de saúde, como também nas práticas clínicas (Merchán-Hamann & Taulil, 2021).

A amostra populacional foi composta de 272 pessoas idosas, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) localizadas na cidade de Natal e na região metropolitana Macaíba e Parnamirim. No processo de seleção da amostra, 250

participantes consentiram em participar da pesquisa e foram submetidos a exames e questionários. No entanto, 18 pessoas idosas optaram por não participar voluntariamente, e outros 4 foram excluídos da amostra devido à hospitalização no momento do estudo. Essa abordagem permitiu uma análise representativa das condições de saúde e bem-estar dessa população idosa em um contexto específico para a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio da quinta edição da caderneta da pessoa idosa disponibilizada pelo Ministério da saúde, na qual utilizou-se as seguintes sessões: 1. Dados pessoais (nome, data de nascimento, sexo, escolaridade e raça/cor); 2.11 Hábitos de vida (interesse social e lazer, atividade física e alimentação); e 6. Avaliação de saúde bucal (prótese dentária superior e prótese dentária inferior). A avaliação quanto ao uso e necessidade de substituição de prótese dentária foi feita por meio de exame clínico com inspeção intrabucal.

As informações obtidas foram elencadas em variáveis sociodemográficas: sexo (feminino; masculino), faixa etária (60 a 79 anos; 80 a 108 anos) e raça (branca; não branca; não informado); variáveis sobre saúde: IMC (baixo peso; adequado; sobrepeso; não informado) e autopercepção de saúde (boa a excelente; regular e ruim; não informado); e por fim, variáveis sobre hábitos de vida: realiza atividade de lazer (sim; não; não informado), pratica atividade física pelo menos 3 vezes na semana (sim; não; não informado) e consumo de açúcares (sim; não; não informado).

Na tabela 2, as análises descritivas foram por junção das variáveis sobre uso e necessidade de prótese: uso de prótese (não usa prótese; usa prótese em pelo menos uma arcada), necessidade de prótese (não necessita de prótese; necessita de prótese em pelo menos uma arcada) e uso e necessidade de prótese (não utiliza e não necessita; não utiliza, mas necessita; utiliza e não necessita de troca; utiliza e necessita de troca).

Para a realização deste estudo, o projeto foi submetido previamente à Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, seguindo as diretrizes estabelecidas na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os princípios éticos foram observados, garantindo a exatidão das informações, bem como a confidencialidade e o sigilo dos dados. A coleta de dados no

formulário online foi realizada sob assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes que aceitaram participar do estudo.

Ao término da coleta de dados, os dados obtidos foram compilados e tabulados no Microsoft Excel 2013® (Microsoft Corporation, Redmond, EUA). Em seguida, foram processados utilizando o software SPSS Statistics, versão 26 para Windows e submetidos a análises descritivas e inferenciais por meio de procedimentos estatísticos. Para as variáveis que demonstraram relevância na análise univariada, procedeu-se com análise estratificada. Foi considerado o nível de relevância quando $p < 0,05$.

Resultados

Os dados demográficos revelam que a maioria dos participantes é do sexo feminino (69,2%), com uma significativa diferença de gênero ($p < 0,001$). Quanto à faixa etária, a amostra é dividida quase igualmente entre indivíduos de 60 a 79 anos (44,8%) e aqueles com idades entre 80 e 108 anos (55,2%), sem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,100$). A distribuição racial indica que 46,0% dos participantes são brancos, 49,2% são não brancos e 4,8% não forneceram essa informação, sem diferenças significativas entre esses grupos ($p = 0,604$).

No que diz respeito à saúde, o índice de massa corporal (IMC) revela que 34,4% dos indivíduos apresentam baixo peso, 29,2% têm peso adequado, 26,8% estão sobrepeso, e 9,6% não informaram seus valores de IMC, sem diferença significativa entre esses grupos ($p = 0,286$). Quanto à autopercepção de saúde, 38,0% classificam sua saúde como boa a excelente, 42,8% a avaliam como regular a ruim, e 19,2% não forneceram essa informação, sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,398$).

No que se refere aos hábitos de vida, 31,2% dos participantes relatam a realização de atividades de lazer, enquanto a maioria, 65,6%, não pratica, e 3,2% não informaram. Além disso, 16,2% praticam atividade física pelo menos três vezes por semana, enquanto 78,8% não o fazem e 4,8% não fornecem essa informação. Em relação ao consumo de açúcares, 34,4% relatam fazê-lo, 65,6% não o fazem e 3,6% não informaram. Essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$). (Tabela 1)

Tabela 1

Caracterização das variáveis sociodemográfica, saúde e hábitos de vida de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de idosos (N=250). Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA	n (%)	p valor Qui-Quadrado
SOCIODEMOGRÁFICOS		
SEXO		
Masculino	77 (30,8)	<0,001
Feminino	173 (69,2)	
FAIXA ETÁRIA		
60 a 79 anos	112 (44,8)	0,100
80 a 108 anos	138 (55,2)	
RAÇA		
Branca	115 (46,0)	0,604
Não Branca	123 (49,2)	
Não informado	12 (4,8)	
SAÚDE		
IMC		
Baixo peso	86 (34,4)	0,286
Adequado	73 (29,2)	
Sobrepeso	67 (26,8)	
Não informado	24 (9,6)	
AUTOPERCEPÇÃO SAÚDE		
Boa à excelente	95 (38,0)	0,398
Regular e ruim	107 (42,8)	
Não informado	48 (19,2)	
HÁBITOS DE VIDA		
REALIZA ATIVIDADE DE LAZER		
Sim	78 (31,2)	<0,001
Não	164 (65,6)	
Não informado	8 (3,2)	
PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA PELO MENOS 3 X/SEM		
Sim	41(16,2)	<0,001
Não	197 (78,8)	
Não informado	12 (4,8)	

CONSUMO DE AÇÚCARES		
Sim	83 (34,4)	
Não	158 (65,6)	<0,001
Não informado	9 (3,6)	
TOTAL	250(100,0)	

F

Fonte: próprio autor

Em relação ao "Uso de Prótese", a maioria dos participantes (68,4%) não utiliza prótese em nenhuma arcada dentária, enquanto 31,6% fazem uso de prótese em pelo menos uma arcada dentária. Essa diferença é estatisticamente significativa, destacando a variedade nas necessidades de prótese bucal (p-valor <0,001).

No que diz respeito à "Necessidade de Prótese", constatou-se que 10,8% dos participantes não necessitam de prótese em nenhuma arcada dentária, enquanto impressionantes 89,2% necessitam de prótese em pelo menos uma arcada dentária. Isso também demonstra uma demanda significativa por cuidados odontológicos (p-valor <0,001).

Ao considerar o "Uso e Necessidade de Prótese Combinados", observa-se que 6,8% não utilizam prótese e não necessitam delas, 61,6% não utilizam prótese, mas necessitam delas

em pelo menos uma arcada, 4,0% utilizam prótese, mas não precisam de troca, e 27,6% utilizam prótese e necessitam de troca em pelo menos uma arcada. Essa complexa interação destaca as diferentes necessidades odontológicas da amostra (p-valor <0,001). (Tabela 2)

Tabela 2

Análise descritiva do uso e necessidade de prótese de idosos residentes em ILPI. Rio Grande do Norte, Brasil, 2020.

USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE	n	p-valor
		Qui-quadrado
USO DE PRÓTESE		
Não usa prótese	171 (68,4)	<0,001
Usa prótese em pelo menos uma arcada	79 (31,6)	
NECESSIDADE DE PRÓTESE		
Não necessita de prótese	27 (10,8)	<0,001
Necessita de prótese em pelo menos uma arcada	223 (89,2)	
USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE		
Não utiliza e não necessita	17 (6,8)	<0,001
Não utiliza, mas necessita de troca	154 (61,6)	
Utiliza e não necessita de troca	10 (4,0)	
Utiliza e necessita de troca	69 (27,6)	
TOTAL	250 (100,0)	

Fonte: próprio autor

Discussão

No estudo foi percebido que, dos 250 participantes da avaliação, os dados demográficos revelam que a maioria dos é do sexo feminino (69,2%), com uma significativa diferença de gênero (p <0,001). Quanto à faixa etária, a amostra é dividida quase igualmente entre indivíduos de 60 a 79 anos (44,8%) e aqueles com idades entre 80 e 108 anos (55,2%), sem diferenças estatisticamente significativas (p = 0,100). Esse resultado é corroborado por

outros estudos descritos na literatura em que também apresentam resultados com maior amostra de mulheres com médias de idade acima de 80 anos (Campos *et al.*, 2022; Cavalcanti *et al.*, 2023).

No que tange a variável raça/cor dos participantes, foi encontrado que há predominância na raça não branca. Esses dados encontrados divergem de estudos realizados anteriormente com longevos do Distrito Federal, onde a maioria da população de pessoas idosas residentes de ILPIs se autodeclara branco (Cavalcanti *et al.*, 2023). Essa discordância pode sugerir uma mudança demográfica entre as regiões do país decorrentes de variáveis socioeconômicas, políticas de acolhimento de pessoas idosas e culturais, ressaltando a importância de atualizações de pesquisas e das políticas de cuidado à pessoa idosa.

Quanto aos critérios de saúde física geral, os resultados apontam uma superioridade de baixo peso entre as pessoas idosas institucionalizadas, o que têm implicações para a saúde desta população. O baixo Índice de Massa Corporal (IMC) em pessoas idosas está associado à desnutrição, fragilidade e perda de massa muscular, o que aumenta o risco de úlceras de pressão, infecções e agravamento de doenças crônicas (Moura, 2021). Em contrapartida, a obesidade foi observada como um fator protetor da cognição em idosos, indicando maior reserva cognitiva e condições de saúde mais sólidas em idosos obesos em comparação com aqueles que apresentaram fragilidade, sarcopenia, baixo peso e morbidades relacionadas (Lázari *et al.*, 2022).

Sobre os impactos na qualidade de vida, a autopercepção de saúde geral e bucal de “regular a ruim” encontrada neste estudo, observa-se que o fator idade tem relação a este quesito, devido a uma percepção individual de maior deterioração contínua da qualidade de vida, relacionados à saúde sistêmica, psicológica e declínio da interação social (Alcarde *et al.*, 2010).

Os dados deste estudo indicam que, referente aos hábitos de vida, o ato da prática de atividades físicas de pelo menos 3 vezes na semana, não era realizado por 78,8% da população amostral. Fato corroborado com um estudo populacional nacional similar, em que também se observa uma associação significativa entre inatividade física, hipertensão arterial sistêmica associado ao aumento do risco em desenvolver déficit cognitivo (Lázari *et*

al., 2022). O estudo também traz que a prática de atividade física pode ajudar, portanto, na melhora da função cognitiva e atrasar a progressão do comprometimento cognitivo, mesmo em idosos que praticam atividade abaixo dos níveis recomendados.

Em relação ao uso de prótese e a necessidade de prótese, foi identificado que a maioria dos idosos institucionalizados nas ILPIs do estudo não as utiliza, além de que grande parte desses idosos necessitam de prótese em pelo menos uma arcada. Os dados em questão reforçam os resultados obtidos de um estudo realizado no município de Ponta Grossa-PR com 130 pessoas idosas institucionalizadas, no qual observou-se que a maioria delas (58,46%) não utilizavam prótese e necessitavam de prótese (79,23%) (Ribeiro, Santos & Baldani, 2023).

Os resultados dessa pesquisa destacam a complexidade das necessidades de reabilitação oral entre os participantes. Enquanto 17 pessoas não utilizam prótese e não têm a necessidade de uma, e 10 usam prótese sem necessidade de troca, a maioria, ou seja, 223 indivíduos, enfrenta algum tipo de desafio ou deficiência na reabilitação oral. Desses, 154 não utilizam prótese, mas necessitam de uma, e 69 pessoas utilizam prótese, mas também precisam de troca.

Diante do exposto, a perda dentária se torna tema relevante visto que gera impactos psicológicos e fisiológicos importantes na qualidade de vida da pessoa idosa. De acordo com o estudo de Cortez *et al.*, as perdas dentárias podem causar impactos na saúde de pessoas idosas. No aspecto funcional, os problemas de dicção, vocábulos e fonemas dificultam a capacidade de comunicação e de expressão oral, e a falta de dentes diminui a eficácia da mastigação (Cortez *et al.*, 2023).

Além disso, o estudo menciona que o uso intencional de prótese foi um dos fatores que contribuíram para as perdas dentárias em idosos, motivado principalmente por razões estéticas. Tendo em vista que a dor dentária e o desejo de reabilitação protética foram fatores determinantes para as exodontias, o que pode gerar desconforto e insatisfação com a aparência e a funcionalidade da boca. No aspecto psicológico, as perdas dentárias podem afetar a autoestima, a interação social e pessoal, pois a saúde bucal representa muito mais a relação pessoal e social das pessoas do que é objeto de cuidado odontológico (Cortez *et*

al., 2023).

Conclusão

Em suma, os resultados obtidos neste estudo destacam a urgente necessidade de ações direcionadas à reabilitação protética dos idosos institucionalizados, bem como à implementação de cuidados odontológicos regulares e políticas públicas voltadas para a população residente em ILPIs. É importante ressaltar que, apesar dos esforços para preservar a saúde bucal e evitar extrações dentárias promovidas pela PNSB, os altos níveis de edentulismo persistem, o que ressalta a ineficiência do acesso a serviços especializados para a população estudada.

No entanto, é crucial destacar que este estudo foi conduzido em uma amostra específica de pessoas idosas institucionalizadas na região de Natal e Grande Natal, no Nordeste brasileiro, e não necessariamente reflete a realidade de todas as pessoas idosas no Brasil. Portanto, as conclusões aqui apresentadas devem ser consideradas dentro desse contexto particular e não como uma representação abrangente da situação em todo o país. Isso ressalta a importância de realizar estudos adicionais em diferentes regiões e contextos para obter uma compreensão completa das necessidades e desafios relacionados à saúde bucal da população idosa brasileira.

Referências Bibliográficas

- Alcarde, A. C. B., Bittar, T. O., Fornazari, D. H., Meneghim, M. C., Ambrosano, G. M. B., & Pereira, A. C. (2010). A cross-sectional study of oral health-related quality of life of Piracicaba's elderly population. *Revista Odonto Ciência*, 25(2), 126–131. doi:10.1590/s1980-65232010000200004
- Brasil. Casa Civil. Vigência Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. nº 14.572, de 19 de setembro de 2023. LEI Nº 14.572, DE 8 DE MAIO DE 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2021). Resolução - RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter

- residencial. Ministério da saúde: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf
- Campos, S. M. de L., Trindade, D. R. P., Cavalcanti, R. V. A., Taveira, K. V. M., Ferreira, L. M. de B. M., & Magalhães Junior, H. V. (2022). Sinais e sintomas de disfagia orofaríngea em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Audiology - Communication Research*, 27. doi:10.1590/2317-6431-2021-2492
- Cardoso, E., Dietrich, T. P., & Souza, A. P. (2021). Envelhecimento da população e desigualdade. *Brazilian Journal of Political Economy*, 41(1), 23–43. doi:10.1590/0101-31572021-3068
- Cavalcanti, C. F. A., Oliveira, J. M. de, Miranda, A. F., Oliveira, M. L. C. de, & Silva, H. S. da. (2023). Avaliação clínica e autopercepção de saúde bucal de pessoas idosas institucionalizadas no Distrito Federal, Brasil. *Peer Review: Emerging Trends and Ke Debates in Undergraduate Education*, 5(5), 143–156. doi:10.53660/298.prw613
- Corassa, R. B., Silva, C. J. de P., Paula, J. S. de, Aquino, É. C. de, Sardinha, L. M. V., & Alves, P. A. B. (2022). Condições de saúde bucal autorrelatadas entre adultos brasileiros: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019. *Epidemiologia e Servicos de Saude: Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 31(spe1). doi:10.1590/ss2237-9622202200014.
- Cortez, G. F. P., Barbosa, G. Z., Tôrres, L. H. do N., & Unfer, B. (2023). Razões e consequências das perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil: metassíntese qualitativa. *Ciencia & Saude Coletiva*, 28(5), 1413–1424. doi:10.1590/1413-81232023285.01632022
- Lázari, M. R. de, Bertelli-Costa, T., Scaramel, I. C., Adorno, I., Vernin, L. R. S., & Neri, A. L. (2022). Prevalência e incidência de deficit cognitivo em pessoas idosas: associações com atividade física no lazer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 25(5). doi:10.1590/1981-22562022025.220127.pt
- Merchán-Hamann, E., & Tauil, P. L. (2021). Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiologia e Servicos de Saude: Revista Do Sistema Unico de Saude Do Brasil*, 30(1). doi:10.1590/s1679-49742021000100026
- Ministério da Saúde. Passo a Passo das Ações da Política Nacional de Saúde Bucal. (2016).

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Passo_a_Passo_Saude_Bucal_final.pdf

- Moreira, R. da S., Nico, L. S., & Tomita, N. E. (2011). O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 27(10), 2041–2054. doi:10.1590/s0102-311x2011001000017
- Pena, A.C., Santos, D.N., Rocha, G.B., Carvalho, T.J., Cadorin, E.S., & Bezerra, Í.M. (2019). Edentulismo parcial: consequências biopsicossociais em adultos e idosos em Rio Branco–Acre em 2019. <https://www.semanticscholar.org/paper/EDENTULISMO-PARCIAL%3A-CONSEQU%C3%84NCIAS-BIOPSISSOCIAIS-PenaSantos/f7e9212523959912e8087662830a23ae88d7abdb>
- Ribeiro, A. E., Santos, G. S. dos, & Baldani, M. H. (2023). Edentulismo, necessidade de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos institucionalizados. *Saúde Em Debate*, 47(137), 222–241. doi:10.1590/0103-1104202313716
- Seerig, L. M., Nascimento, G. G., Peres, M. A., Horta, B. L., & Demarco, F. F. (2015). Tooth loss in adults and income: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 43(9), 1051–1059. doi:10.1016/j.jdent.2015.07.004
- Silva, A. dos S., Fassarella, B. P. A., Faria, B. de S., Nabbout, T. G. M. E., Nabbout, H. G. M. E., & d’Avila, J. da C. (2022). Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios. *Global Academic Nursing Journal*. doi:10.5935/2675-5602.20200188
- Silva, A. E. R., Echeverria, M. S., Custódio, N. B., Cascaes, A. M., Camargo, M. B. J. de, & Langlois, C. de O. (2018). Uso regular de serviços odontológicos e perda dentária entre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(12), 4269–4276. doi:10.1590/1413-812320182312.30562016
- Silva, T. N. da, & Chacon, P. F. (2020). Caderneta de saúde da pessoa idosa como ferramenta de literacia para a saúde. *Revista Família Ciclos de Vida e Saúde No Contexto Social*, 8, 1064. doi:10.18554/refacs.v8i0.5023
- Torres, A. R., & Prince, M. J. (2004). A importância de estudos epidemiológicos sobre o transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo, Brazil: 1999)*, 26(3), 141–142. doi:10.1590/s1516-44462004000300001

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Saúde e Envelhecimento: uma abordagem baseada na integralidade

Título resumido do manuscrito: Saúde e Envelhecimento

Luana Antunes Sigaran

Universidade Federal de Santa Maria | luna.sigaran@acad.ufsm.br

ORCID:0000-0001-6389-4361

Marcio Rossato Badke

Universidade Federal de Santa Maria | marcio.badke@ufsm.br

ORCID:0000-0002-9459-1715

Andriele Cavalheiro

Universidade Federal de Santa Maria | andriele.cavalheiro@acad.ufsm.br

ORCID:0000-0002-2226-2330

Mariáh de Miranda Vilanova

Universidade Federal de Santa Maria | mariahvilanova@hotmail.com

ORCID:0000-0003-3714-107X

Fátima Inês Alff Vargas

Universidade Federal de Santa Maria | fatima.alff@acad.ufsm.edu.br

ORCID: 0009-0007-5687-1939

Jamili Laís Baratieri

Centro Universitário de Pato Branco | baratierijamili@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2566-1396

Ana Tânia Lopes Sampaio

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | ana.tania.sampaio@ufrn.br

ORCID: 0000-0003-4851-7511

Silvana Bastos Cogo

Universidade Federal de Santa Maria | silvana.cogo@ufsm.br

ORCID: 0000-0002-1686-8459

Ângela Kemel Zanella

Universidade Federal de Santa Maria | angelakemelzanella@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5363-2173

Daiana Foggiato de Siqueira

Universidade Federal de Santa Maria | daianasiqueira@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0002-8592-379X

Graciela Dutra Sehnem

Universidade Federal de Santa Maria | graci_dutra@yahoo.com.br

ORCID: 0000-0003-4536-824X

Resumo

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são reconhecidas no Brasil, objetivando a integralidade no cuidado ao indivíduo, partindo do modelo biopsicossocial e espiritual. Sua usabilidade permeia diversos contextos, podendo ser utilizada como uma das muitas formas no cuidado à pessoa idosa. Este estudo trata-se de um relato de experiência de ações ligadas a um projeto de extensão universitária, com a prática integrativa e complementar de musicoterapia, realizada em novembro de 2020 com idosos de uma instituição de longa permanência, no município de Pinhalzinho, no estado de Santa Catarina – Brasil. As ações ocorreram durante o período pandêmico, sendo assim, foram seguidas as normas de biossegurança exigidas pela instituição. A atividade contou com a participação de 25 idosos residentes e foi realizada por meio de músicas em “voz e violão” solicitadas pelos próprios idosos, predominando o “sertanejo raiz”. Foram constatados a melhora na autoestima e expressão corporal, motivação e interesse dos participantes na atividade, evidenciada por sorrisos, relatos de boa aceitação e recordações de tempos passados, além do aprendizado aos acadêmicos.

Palavras-chave: pessoa idosa, saúde coletiva, práticas integrativas e complementares em saúde, enfermagem.

Introdução

Envelhecer é um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, é o processo de senilidade. Em condições normais, não há problemas, mas em condições de sobrecarga, como as doenças, acidentes e estresse emocional pode acarretar em condição patológica que exija tratamento de saúde. Um estilo de vida mais ativo e saudável contribuem para um envelhecimento com menos alterações e com mais qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2006).

O envelhecimento não é homogêneo para todas as pessoas, pois pode haver influência de processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, etnia, racismo, condições sociais e econômicas, à região de origem e a localização de moradia (Ministério da Saúde, 2006).

Conforme a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a população mundial está em crescente envelhecimento, e na América Latina e no Caribe a transição demográfica é ainda mais rápida. No ano de 2020, mais de 8% da população tinha 65 anos ou mais, estima-se que essa porcentagem dobre até o ano de 2050 e exceda 30% até o final do século (OPAS, 2023).

A pandemia do covid-19, que teve duração de março de 2020 a maio de 2023, conforme a Organização Mundial de Saúde, agravou a saúde mundial pelo vírus e ceifou muitas vidas. Os idosos foram considerados como um grupo de risco devido à vulnerabilidade às consequências da contaminação pelo coronavírus. Além disso, o isolamento social - que as pessoas idosas já são suscetíveis em períodos de homeostase social - como medida protetiva, afetou mais ainda a saúde mental dos idosos. Sendo necessário nesse período cuidados preventivos e tecnologia facilitada para comunicação como forma de reduzir os danos causados a esse grupo (Silva *et al*, 2020).

É importante lembrar que estamos na Década do Envelhecimento Saudável (2021 a 2030). O mundo se uniu para atender a Agenda 2030 sobre o Desenvolvimento Sustentável, em

que os países se comprometeram em garantir que todas as pessoas possam se desenvolver com dignidade e igualdade em um ambiente saudável. São mais de mil milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, principalmente em países subdesenvolvidos, enfrentando necessidades, por vezes. É urgente essa Década de Ação Global para o envelhecimento saudável (OMS, 2023).

Uma grande contribuição para uma vida mais saudável, independente da idade, é realizar as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), pois são recursos terapêuticos que tem por objetivo prevenção de doenças e recuperação da saúde. São práticas de saúde milenares e que no Brasil foram instituídas e normatizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2023).

As PICS possuem uma abordagem acolhedora e de visão holística, o que contribui de forma significativa no envelhecimento, o qual é um processo fisiológico, além de uma conquista da humanidade. Sabe-se que há muitos desafios para que se consiga envelhecer com qualidade de vida, e é preciso Políticas e Programas aos idosos que os assegurem seus direitos, preferências e necessidades para que consigam manter e melhorar sua saúde funcional, garantindo às pessoas idosas atenção integral a sua saúde (Brasil, 2018).

Convergindo para a saúde integral à pessoa idosa, a PNPIC possui atualmente 29 práticas reconhecidas, sendo elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais (Brasil, 2015; Brasil, 2017; Brasil, 2018).

Dentre as PICS, destacamos a musicoterapia, a qual foi incluída à PNPIC pela Portaria Nº 849, de março de 2017. Essa prática integrativa utiliza a música e os seus elementos para promover processos de comunicação, socialização, afeto e criatividade, onde o indivíduo é o protagonista do seu processo de cuidado, uma vez que o efeito terapêutico é devido à força que a música atua sobre ele.

Na Austrália, de 2018 a 2020, foram pesquisados 818 idosos que residem em casas de repouso para verificar a eficácia clínica de intervenções musicais para demência e depressão no cuidado aos idosos. Identificou efeitos benéficos, e o estudo apoiou a implementação do canto recreativo de coro como uma intervenção clínica terapêutica relevante na redução de sintomas depressivos para pessoas com demência no contexto da casa de cuidados australiano (Baker *et al.*, 2022).

Silva *et al.* (2022) em estudo realizado com uso da musicoterapia, identificaram benefícios para coordenação motora, memória, afetividade e expressão de sentimentos. Essa prática também foi capaz de alterar o comportamento e o desenvolvimento cognitivo e relacional, evidenciando ser uma estratégia terapêutica viável e potencializando um cuidado humanizado. Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de uma discente com idosos institucionalizados e o uso da musicoterapia.

Métodos

Trata-se de um relato de experiência da atividade de musicoterapia, desenvolvida por meio de um projeto de extensão da Universidade Federal de Santa Maria, no município de Pinhalzinho, no estado de Santa Catarina, no mês de novembro de 2020 durante período pandêmico.

A musicoterapia é universal e objetiva contribuir com o desenvolvimento do ser humano em sua totalidade e de forma indivisível (Benezon, 1988). Portanto o objetivo da atividade foi promover um momento de saúde e bem-estar, por meio de ambiente criativo e de livre expressão de sentimentos, pensamentos e essências.

Os participantes eram de idosos que residiam em uma Instituição de Longa Permanência (ILPI) no período retratado no presente estudo. As atividades foram oferecidas a todos os idosos, que no total, somavam o quantitativo de 25 com faixa etária entre 63 e 99 anos, entre homens e mulheres, sendo a maioria do sexo feminino, porém alguns, por questões de comprometimentos funcionais somados ou não à comprometimentos cognitivos não participaram na escolha e reflexão sobre as músicas. Ademais, as práticas foram realizadas no período vespertino, nos sábados, com duração de uma hora e meia com a finalidade de

ser um tempo de qualidade e não exaustivo.

Para o seu desenvolvimento foram realizados dois encontros, nos quais eram praticadas atividades de exposições musicais aos idosos institucionalizados em conjunto com outras formas de interações como conversas, danças e cantorias. As atividades de musicoterapia, foram realizadas por uma discente em enfermagem e conduzidas por um profissional da psicologia com especialização em musicoterapia, sendo utilizado instrumentos como violão e vocalização de músicas no estilo “sertanejo raiz”. O repertório utilizado era flexível para atender aos participantes, e variava entre “Tonico & Tinoco”, “Trio Parada Dura”, entre outros.

Devido ao contexto pandêmico na época do projeto, foi pensado em levar até a ILPI uma atividade que diminuísse os agravos da pandemia, foi então optado pela musicoterapia pensando em uma atividade de socialização onde não ocorresse contato físico. Diante disso, as medidas necessárias de proteção ao contágio da COVID-19 foram instituídas, como o distanciamento físico, ambiente externo com circulação de ar, a utilização de máscara e também de álcool em gel a 70% sempre que houvesse necessidade, garantindo assim a não contaminação dos residentes.

Ressaltamos que, neste estudo, os nomes dos envolvidos não foram citados, tampouco o local em que foram desenvolvidas as atividades, a fim de garantir a privacidade dos participantes, o projeto de extensão faz parte de um projeto matricial submetido e aprovado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob parecer número 049735. Somados a isto, foi confeccionado uma declaração de aceite de participação do projeto, visto que, por questões de caráter cognitivo, foi assinada pela responsável técnica do local, além da aplicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos idosos — ou, nos casos dos não alfabetizados, confirmado aceite pelo carimbo do polegar.

Resultados

Ao chegarmos no local, os idosos encontravam-se na área externa da casa, a maioria já sentados esperando para a participação da atividade. Uma limitação do estudo, deve-se ao

fato de que, devido à pandemia, o distanciamento físico foi solicitado, por parte da gestão, entretanto, mesmo com todas as restrições, foi perceptível, a boa aceitação desde o primeiro contato, por parte de todos os envolvidos — gestão, profissionais e moradores do local.

Além disso, pode se perceber o entusiasmo dos idosos com as práticas musicais e envolvimento com as músicas e o violão, músicas como “As andorinhas” e “Beijinho doce” foram mais exaltadas, devido relatos, por trazer memórias da juventude e tempos que não voltam mais, visto que a independência vai se tornando menor, ao longo do processo de envelhecimento, mesmo que, com a ausência concomitante de processos de adoecimento. Em vista disso, a grande maioria dos idosos apresentavam algum grau de dependência física, mental e emocional. Em conversa a gestora da ILPI, relatou que as comorbidades mais prevalentes no local, eram as relacionadas aos processos demenciais, parkinson e doença de alzheimer (DA). Logo, os participantes necessitam de auxílio diário e a instituição conta com uma equipe multidisciplinar para atendê-los de forma satisfatória, inclusive, obtiveram esse suporte durante a atividade.

Discussão

O processo de envelhecer é uma etapa da vida muito desafiadora, onde os indivíduo, muitas vezes, acabam necessitando de um cuidado mais próximo, devido a involução gradual e funcional, fisiológica ou patológica, que pode ocorrer nesta fase, juntamente de grandes mudanças a nível bio-psico-social-cultural, tornando-se indispensável que este idoso tenha uma rede de apoio interdisciplinar, onde estes auxiliem no processo de autoconhecimento sobre estas novas condições e necessidades que este idosos venha apresentar, melhorando assim sua qualidade de vida e também estimulando a autonomia (Abraham *et al.*, 2019; Oliveira, 2016).

Existem diversas formas de cuidar, nessa perspectiva as PICS se apresentam como boas alternativas para desenvolver a integralidade do cuidado com diversos públicos, inclusive com os idosos (Freitag & Badke, 2019). A musicoterapia se apresenta como uma prática envolvente e com boa aceitação, onde este explora parâmetros como som, ritmo, melodia

e harmonia, atuando em funções cognitivas, fluência verbal, habilidades de planejamento e memória, além de estimular a saúde e bem estar, reduzindo sintomas de ansiedade, agitação, depressão (Aleixo *et al.*, 2021; Santos *et al.*, 2021).

É utilizada a experiência musical do indivíduo, onde é resgatado canções que possuam memória afetiva, possibilitando-os cantar, recriar, e brincar com o ritmo, letra e com a utilização de instrumentos musicais, podendo ser uma atividade aplicada separadamente ou em conjunto (Barcellos, 2016). Nesta atividade percebeu-se que vários dos participantes apresentavam déficits cognitivos, o que é considerado natural ao longo do envelhecimento. Pesquisas mostram que estimular a memória com atividades como cantar músicas familiares resgata sentimentos positivos nos idosos, também auxilia a incentivar a conversação com idosos com dificuldade de expressão como no caso da doença de alzheimer, além de estimular e fortalecer o vínculo terapêutico, a autonomia e a autoexpressão (Aleixo *et al.*, 2021; Barcellos, 2016).

Para tais efeitos, sugere-se que a música atua na saúde humana por meio da modulação de elementos como a dopamina e opiáceos, dessa forma, acendem a percepção de prazer e recompensa, reduzindo o estresse e a ansiedade (Viola *et al.*, 2023).

O estudo de Bleibel *et al.* (2023) elenca a musicoterapia como uma atividade promissora de reabilitação cognitiva na DA, melhorando a memória, funções executivas e a atenção, o que por sua vez, impacta diretamente na qualidade de vida dos portadores desta patologia, bem como seus cuidadores. Para explicar os efeitos da musicoterapia na DA um estudo randomizado utilizou músicas clássicas e meditação e a dosagem de biomarcadores sanguíneos envolvidos no processo de comprometimento cognitivo, como os telômeros de leucócitos (TL) como biomarcadores de envelhecimento cognitivo, a telomerase humana (TA) e níveis plasmáticos de β -amilóide ($A\beta$) como biomarcadores de declínio cognitivo e início da demência. Portanto, programas de musicais e meditação podem alterar os níveis de $A\beta$, TA e também de TL, resultando na melhora cognitiva (Innes *et al.*, 2018).

A musicoterapia possui mecanismos que atuam nos distúrbios motores, como a marcha na doença de Parkinson por meio da compensação da ação do cerebelo, da aprendizagem motora e do aumento da atividade cortical. Por conseguinte, o ritmo da música ativa

neurônios motores pela relação entre o córtex auditivo e o de execução, esses por sua vez, estimulam os músculos fazendo com que se contraíam, sincronizando o movimento conforme o ritmo musical (Wu *et al.*, 2022).

No caso de idosos que apresentam demência, é possível que concomitantemente ao processo cognitivo de base, apresentem diferentes níveis de ansiedade, já que há uma diminuição das habilidades cognitivas e também das atividades funcionais do dia-a-dia. A aplicação de métodos que estimulem várias funções cerebrais, como a musicoterapia, oferece uma abordagem viável para aprimorar aspectos relacionados à percepção, atenção e comportamento em níveis afetivos, cognitivos e sensório-motores (Aleixo *et al.*, 2021).

Um ensaio clínico piloto randomizado realizado por Coulton *et al.* (2015), os participantes foram randomizados para um grupo de canto em grupo ou atividades habituais, o estudo mostrou que os que tiveram a participação ativa da música, obteve-se aspectos benéficos a níveis psicológicos e de qualidade de vida. Johnson *et al.* (2020) mostraram em seu estudo que a atividade de canto em coral tiveram impacto positivo na solidão e no interesse pela vida.

No estudo de Giovagnoli *et al.* (2017) constatou-se que houve alguma melhora de humor, e que para além de um efeito único no humor, comportamento e cognição, foi possível considerar que tal melhora ocorre pelas das relações interpessoais criadas entre membros do grupo, profissionais e musicoterapeutas, mudança de cenário e rotina regular. Reforçando o que Coulton *et al.* (2015) apresentaram em seu estudo, que entre quatro dos cinco grupos estabelecidos para fins da pesquisa foram reintegrados no final, continuando as reuniões e aumentando os membros.

A musicoterapia pode destacar-se como uma intervenção não farmacológica, utilizada como tratamento complementar ao farmacológico que tem capacidade para aliviar sintomas presentes nos idosos, como os déficits cognitivos, neuropsiquiátricos e funcionais. Utilizar métodos não farmacológicos vai para além dos benefícios sistêmicos, benefícios que ultrapassam a barreira do físico e atingem o emocional, social e o espiritual, melhorando assim qualidade de vida (Leggieri *et al.*, 2019; Santos *et al.*, 2021).

Conclusão

Nestas atividades, foram constatados a melhora na autoestima e expressão corporal, por meio da dança, motivação e interesse dos participantes em prosseguir com o processo terapêutico, evidenciada por sorrisos, relatos de boa aceitação e recordações de tempos passados, auxiliando no processo de socialização, interação interpessoal e na reconstrução do sentimento de pertencimento social aos idosos de uma instituição de longa permanência.

As vivências acadêmicas com a musicoterapia proporcionaram a ampliação e aquisição de novos saberes, facilitando a correlação de aspectos clínicos do processo de envelhecimento, com questões crítico-sociais que o permeiam, salientando a importância do cuidado integral, com a inclusão de novas possibilidades de cuidar a população idosa por meio das PICS.

Referências Bibliográficas

- Abraham, V. D., Lemos Jaramillo, A., & Justel, N. (2019). *Benefits of Music Therapy in the Quality of Life of Older Adults*. Revista Ciencias de La Salud, 17(3), 9. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8349>
- Aleixo, M. A. R., Borges, M. B., Gherman, B. R., Teixeira, I. A., Neto, S. J. P., Santos, R. L., et al. (2022). *Active music therapy in dementia: results from an open-label trial*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71(2): 117-25. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000363>
- Barcellos, L.R.M. (2016). *Musicoterapia em medicina: uma tecnologia leve na promoção da saúde – a dança nas poltronas!* *Rev Música Hodie*, 15(2). DOI: <https://doi.org/10.5216/mh.v15i2.39679>
- Baker, F. A., Lee, Y. C., Sousa, T. V., Stretton-Smith, P. A., Tamplin, J., Sveinsdottir, V., et al. (2022). *Clinical effectiveness of music interventions for dementia and depression in elderly care (MIDDEL): Australian cohort of an international pragmatic cluster-randomised controlled trial*. *The lancet. Healthy longevity*, 3(3), e153–e165. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00027-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00027-7)

- Benezon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia: contribuição ao contexto do conhecimento não-verbal*. Summus Editorial.
- Bleibel, M., El Cheikh, A., Sadier, N. S., & Abou-Abbas, L. (2023). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Alzheimer's Research and Therapy*, 15(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S13195-023-01214-9/TABLES/>
- Brasil. Departamento de Atenção Básica. (2015). *Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso – 2ª ed.* Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017). *Portaria nº 849 de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, e Yoga à Política nacional de práticas integrativas e complementares*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2018). *Portaria nº 702 de março de 2018. Aprova a definição das práticas de aromaterapia, apiterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, medicina antroposófica/antroposofia aplicada à saúde, ozonioterapia, terapia de florais e termalismo social/crenoterapia à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*. Ministério da Saúde.
- Brasil. (2023). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Ministério Da Saúde*. Consultado em 25 de Setembro de 2023. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics>
- Coulton, S., Clift, S., Skingley, A., & Rodriguez, J. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 250-255. doi:10.1192/bjp.bp.113.129908
- Freitag, V.L., Badke, M.R. (2019). *Práticas Integrativas e complementares no SUS*. Nova Práxis Editorial, 1ª ed.
- Giovagnoli, A. R., Manfredi, V., Parente, A., Schifano, L., Oliveri, S., & Avanzini, G. (2017).

- Cognitive training in Alzheimer's disease: a controlled randomized study. Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 38(8), 1485–1493. <https://doi.org/10.1007/s10072-017-3003-9>
- Innes, K. E., Selfe, T. K., Brundage, K., Montgomery, C., Wen, S., Kandati, S., Bowles, H., Khalsa, D. S., & Huysmans, Z. (2018). Effects of Meditation and Music-Listening on Blood Biomarkers of Cellular Aging and Alzheimer's Disease in Adults with Subjective Cognitive Decline: An Exploratory Randomized Clinical Trial. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 66(3), 947. <https://doi.org/10.3233/JAD-180164>
- Johnson, J. K., Stewart, A. L., Acree, M., Nápoles, A. M., Flatt, J. D., Max, W. B., & Gregorich, S. E. (2020). A Community Choir Intervention to Promote Well-Being Among Diverse Older Adults: Results From the Community of Voices Trial. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 75(3), 549–559. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby132>
- Leggieri, M., Thaut, M. H., Fornazzari, L., Schweizer, T. A., Barfett, J., Munoz, D. G., et al. (2019). *Music Intervention Approaches for Alzheimer's Disease: A Review of the Literature. Frontiers in neuroscience*, 13, 132. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00132>
- Ministério da Saúde. (2018). *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* (5ª ed.). Brasília.
- Ministério da Saúde. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Consultado em 25 de novembro de 2023. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
- Oliveira, A.T.R. (2016) *Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. Espaço e Economia*, 8. <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.2140>
- Organização Pan-Americana da Saúde. *Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030) - OPAS/OMS* |(n.d.). www.paho.org. Consultado em 25 de Setembro de 2023. <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas>

americas-2021-2030

Organización Mundial de la Saúde. *Década de Envejecimiento Saludable* (2021-2030). (n.d.).

Consultado em 25 de Setembro de 2023.

<https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Santos, M. R., Krug, M. S., Brandão, M. R., Leon, V. S. de ., Martinotto, J. C., Fonseca, J. D., Brasil, A. C., Machado, A. G., Oliveira, A. A. (2021). Effects of musical improvisation as a cognitive and motor intervention for the elderly. *Estudos De Psicologia (campinas)*, 38, e190132. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190132>

Silva, M.V.S., Rodrigues, J. A., Ribas, M.S., Sousa, J.C.S., Castro, T.R.O., Santos, B.A., et al. (2020). *O impacto do isolamento social na qualidade de vida dos idosos durante a pandemia da COVID-19. Enfermagem Brasil*. 19(4). DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i4.4337>

Thaut M. H. (2005). *The future of music in therapy and medicine. Annals of the New York Academy of Sciences*, 1060, 303–308. <https://doi.org/10.1196/annals.1360.023>

Torquato da Silva, A. S., Lopes, M. M., de Camargo, R. M. P., Buriola, A. A., Possa, J., da Rocha, K. S., et al. (2022). *Percepção de usuários em relação às práticas integrativas e complementares na saúde mental: musicoterapia. Revista Baiana De Enfermagem*, 36 <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.43285>

Viola, E., Martorana, M., Airolidi, C., Meini, C., Ceriotti, D., De Vito, M., De Ambrosi, D., & Faggiano, F. (2023). The role of music in promoting health and wellbeing: a systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Public Health*, 33(4), 738. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKAD063>

Wu, Z., Kong, L., & Zhang, Q. (2022). Research Progress of Music Therapy on Gait Intervention in Patients with Parkinson’s Disease. *Int. j. Environ. Res. Public Health (Online)*, 19(15). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19159568>

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

**Título completo do manuscrito: Solidão vivenciada pelo idoso
institucionalizado**

Título completo do manuscrito: Solidão no idoso institucionalizado

Zaida Azeredo

Médica de Medicina Geral e Familiar; Mestre em Gerontologia Social Aplicada, Doutorada em Saúde Comunitária, Docente da ESS Jean Piaget Viseu, Membro da RECI/ IPIAGET

Magda Guerra

Enfermeira especialista, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Docente da ESS Jean Piaget Viseu, membro da RECI/ IPIAGET

Marta Ferreira

Enfermeira em Viseu

Resumo

A solidão é um sentimento penoso e angustiante que conduz a um mal-estar em que a pessoa se sente só, ainda que rodeada de pessoas, por pensar que lhe falta suporte, sobretudo de natureza afetiva. Pode surgir em qualquer idade, porém é mais frequente em adolescentes e idosos e entre estes naqueles que estão institucionalizados.

Este estudo pretendeu estudar a frequência da solidão em idosos institucionalizados. Foram inquiridos 62 idosos, que residiam em lares do concelho de Viseu, que apresentavam capacidade física e mental para colaborar e o desejaram fazer, após terem sido devidamente informados. Para além de perguntas sobre dados sociodemográficos, foi elaborada uma escala tipo Likert, com 5 gradientes que iam de *nunca a sempre*, e que avaliava a frequência com que cada idoso sentia solidão. Predominou o sexo feminino (71,0%). A maioria (66,1%) tinha 80 ou mais anos. Em média a escolaridade era baixa. A maior parte (80,7%) vivia no lar há pelo menos 1 ano. 80,7% tinha filhos, porém muitos estavam emigrados. Dos inquiridos 39,7% nunca sentiram solidão; 24,1 % raramente; 33,9%

algumas vezes, 11,3% muitas vezes e 0,0% sempre. É o grupo etário entre os 80-89 anos que mais frequentemente sente solidão (41,7%), já o grupo etário menor que 80 anos e o maior que 90 anos são os que menos sofreram de solidão havendo mesmo 38,1% com menos de 80 anos e 41,2% com 90 ou mais anos que dizem nunca ter sofrido de solidão.

Palavras-chave: solidão, idosos, idoso institucionalizado

Introdução

A solidão é um sentimento penoso e angustiante que conduz a um mal-estar em que a pessoa se sente só, ainda que rodeada de pessoas, por pensar que lhe falta suporte, sobretudo de natureza afetiva (Azeredo & Afonso, 2016).

É um constructo subjetivo muito complexo, frequentemente confundido com isolamento, porém o estar só (objetivo) é diferente de se sentir só (subjetivo). Na maior parte das vezes, estas duas situações andam associadas e influenciam-se mutuamente de forma negativa (Azeredo & Afonso, 2016). Assim, a solidão pode surgir como consequência de um isolamento imperfeito, não desejado. Weiss (1973) distinguiu entre *solidão social*, quando uma pessoa se sente sem uma rede social que a suporte e/ou está insatisfeita com esta, e *solidão emocional*, quando a pessoa vivência solidão e insatisfação em relação a alguém que lhe é íntimo.

A solidão geralmente exprime uma insatisfação com a própria rede social (ou com algum elemento desta rede) e surge quando as expectativas relacionais da pessoa são superiores à realidade. Então a pessoa vivência de forma dolorosa uma sensação de desligamento e de não pertença que pode até conduzir a uma depressão (Neto, 1999; Azeredo & Afonso, 2016; Faísca 2011).

Os sentimentos de solidão podem surgir em qualquer idade, porém são mais frequentes na adolescência, em idosos, e entre estes, naqueles que estão institucionalizados.

A tendência para a marginalização dos idosos, muito presente em algumas sociedades, sobretudo naquelas onde predomina o individualismo e um pensamento economicista, associado a alterações estruturais da família (alongamento das relações e encurtamentos

colaterais) favorece o aumento da prevalência de solidão em idosos, pois a sobrecarga para cada elemento cuidador aumentou muito (Sousa et al 2004; Lopez-Doblas & Díaz-Conde, 2018). A solidão pode ainda ser favorecida por uma iliteracia dos idosos sobre novas tecnologias de informação e comunicação que prejudicam a comunicação intergeracional. O trabalho e a família são os dois pilares essenciais à estruturação e definição da existência humana. É a partir da idade da reforma que esta começa a sofrer alterações importantes para a vida de relação do Homem, podendo surgir de forma mais prevalente, a solidão (Azeredo, 2011; Azeredo, 2012). A solidão inclui, assim, o desejo do passado, a frustração com o presente e/ou medos acerca do futuro.

O Idoso institucionalizado geralmente tem uma idade que ultrapassou aquela que é normal para se atingir a reforma. Este facto associado ao de perdas familiares (lutos) e de mudança de residência em que vai coabitar com desconhecidos, deixando de ter tão assiduamente o suporte de familiares, pode conduzir a uma maior prevalência de solidão nos idosos institucionalizados.

Sendo a solidão nos idosos uma área bastante sensível para as autoras, realizou-se o presente estudo de investigação, dando assim continuidade a um projeto de investigação – ação bastante mais amplo (ELDERLONE). Neste âmbito, o presente estudo deteve como objetivo estudar a frequência da solidão em idosos institucionalizados

Métodos

População

Idosos de ambos os sexos (N= 62) a viver em ERPIS (lares) no concelho de Viseu que, após serem informados dos objetivos da investigação, acederam em colaborar. *Crítérios de inclusão:* Ter 65 ou mais anos; ser utente residente numa ERPIS (lar); possuir a necessária robustez física e mental para colaborar e desejar participar no estudo

Instrumentos de investigação

Foi pelas autoras elaborado um inquérito de perguntas abertas e fechadas constituído por 2 partes. Da primeira parte constavam perguntas para caracterizar socio-demograficamente os participantes A segunda parte era constituída por uma escala tipo

Likert com 5 gradientes que iam de *nunca a sempre* que avaliava a frequência com que cada idoso sentia solidão. Eram também feitas perguntas que avaliavam as atividades desenvolvidas no lar e até que ponto os idosos gostavam delas.

Os dados quantitativos foram tratados em programa SPSS 21.0. Das perguntas abertas foi feita análise de conteúdo e as respostas divididas em categorias e subcategorias.

Considerações éticas

Foram solicitadas autorizações às respectivas instituições, bem como a cada participante foi pedido o respetivo consentimento, após serem devidamente informados (consentimento informado) e lhes ser garantida a confidencialidade e o anonimato.

Resultados

Dos 62 idosos, 71,0% eram do sexo feminino. A maioria (66,1%) tinha 80 ou mais anos, tendo o mais velho (homem, professor reformado) 101 anos (Quadro 1).

Quadro 1

Distribuição dos inquiridos por grupo etário e sexo

Anos	<80		80-89		>= 90		Total	
Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	7	11,3	7	11,3	4	6,5	18	29,0
Feminino	14	22,6	17	27,4	13	21,0	44	71,0
Total	21	33,9	24	38,7	17	27,4	62	100,0

A maior parte (56,5%) vivia no lar entre 1-5 anos, porém 24,2% vivia há mais de 5 anos e um (Professor, de 101 anos) não se lembrava há quantos anos residia lá (Quadro nº 2).

Quadro 2

Distribuição dos inquiridos por tempo de residência no lar

Grupo etário	< 80 anos (em relação ao total deste grupo etário)		80 - 89 anos (em relação ao total deste grupo etário)		>= 90 anos *(em relação ao total deste grupo etário)		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anos a viver no lar								
Menos de 1 ano	5	23,8	2	8,3	4	25,5	11	17,7
1-5 anos	13	61,9	18	75,0	4	25,5	35	56,5
mais de 5 anos	3	14,3	4	16,7	8	50,0	15	24,2
Não sabe	0	-	0	-	1	5,9	1	1,6
TOTAL	21	100,0	24	100,0	17	100,0	62	100,0

As habilitações literárias foram muito variadas mas em média a escolaridade era bastante baixa, predominando a antiga primária logo seguida do grupo com escolaridade inferior ao antigo 5º ano do liceu.

80,7 % tinha filhos, porém apesar da média de filhos por mulher ser elevada, muitos dos filhos estavam emigrados, e com eles os respetivos netos.

Antes de irem para o lar a maior parte vivia sozinha ou apenas com o conjugue, mas um grupo vivia com outros familiares, nomeadamente descendentes (sobretudo filhas e netos). O falecimento do cônjuge foi um dos grandes motivos de ponderação na tomada de decisão de irem para um lar. Um outro motivo que pesou na tomada de decisão de ir para um lar foi o estado de dependência do conjugue, tendo a esposa dificuldade em cuidar. Outros motivos: sentir-se só (32,3%) e querer conviver; saúde precária da(o) utente com incapacidades físicas, quedas frequentes sentindo-se insegura quando vivia só, sem condições de habitabilidade na sua casa (sem conforto), um número importante de idosos disse que a decisão partiu de familiares, citando em primeiro lugar filhas, depois netas e noras, e por último, primos. Ainda houve uma utente que foi residir para um lar a conselho médico.

Grande parte dos idosos parece gostar de todas as atividades desenvolvidas no lar, tendo a perceção de que elas são importantes para se manterem ativos e para conviverem, no entanto alguns referiram quais as atividades que gostavam menos de fazer sendo as principais: ginástica, jogar cartas e pintar (quadro nº 3).

Já as atividades que mais gostavam de fazer são: trabalhos manuais, ouvir música /ou ter aulas de música, ginástica, pintar/desenhar, ver televisão, cantar e ler (quadro nº 4).

Quadro nº 3

Distribuição dos participantes por atividades que menos gostam de fazer no lar

	< 80 anos (em relação ao total deste grupo etário)	80 - 89 anos (em relação ao total deste grupo etário)	>= 90 anos (em relação ao total deste grupo etário)	TOTAL
Ginástica	5			5
Passear		1		1
Dançar		1		1
Jogar Boccia				-
Jogar jogos			1	1
Jogar cartas		2	1	3
Jogar dominó				-
Jogar xadrez		1		1
Jogar no computador				-
Trabalhos manuais	1			1
Ajudar outras utentes do lar e o lar				-
Jardinagem				-
Conversar		1		1
Ouvir música			1	1
Cantar				-
Ler				-
Escrever		1		1
Pintar			2	2
Ver televisão				-
Fazer renda				-
Fazer malha				-
Fazer costura				-
Rezar	1			1
Tomar banho		1		1
Levantar da cama		1		1

Quadro 4

Distribuição dos participantes por atividades que mais gostam de fazer no lar

	< 80 anos (em relação ao total deste grupo etário)	80 - 89 anos (em relação ao total deste grupo etário)	>= 90 anos (em relação ao total deste grupo etário)	TOTAL (em relação aos 62 inquiridos)
Ginástica	2	1	4	7
Passear		1		1
Caminhar		1		1
Dançar	3			3
Jogar Boccia	1			1
Jogar jogos		2		2
Jogar cartas	2			2
Jogar dominó	1	1		2
Jogar no computador	1			1
Trabalhos manuais	2	6	1	9
Ajudar outras utentes do lar e o lar	3			3
Jardinagem	1			1
Conversar		1		1
Ouvir/ter aulas de música	2	3	3	8
Cantar	2	1	1	4
Ler		3	1	4
Escrever		1		1
Pintar/ desenhar	1	1	3	5
Ver televisão		1	3	4
Fazer renda		1		1
Fazer malha		2		2
Fazer costura		1	1	2
Rezar		1	1	2

Pode, pois, observar-se pelas respostas de alguns utentes que algumas das atividades referidas por uns como desagradáveis, para outros são as mais agradáveis, como por exemplo a ginástica (Quadros nº 3 e 4).

Embora os números sejam pequenos, é curioso observar que, no que diz respeito à ginástica, é o grupo etário mais jovem que gosta menos de a fazer, enquanto é referida pelo grupo etário mais velho como uma atividade de que gostam (Quadros 3 e 4). Alguns também referiram gostar muito das aulas de música.

Quadro 5

Distribuição dos inquiridos por frequência de sentirem solidão

Grupo etário	< 80 anos (em relação ao total deste grupo etário)		80 - 89 anos (em relação ao total deste grupo etário)		>= 90 anos *(em relação ao total deste grupo etário)		TOTAL (em relação aos 62 inquiridos)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Solidão								
Nunca	9	42,9	5	20,8	7	41,2	21	33,9
Raramente	5	23,8	7	29,2	3	17,7	15	24,2
Algumas vezes	5	23,8	9	37,5	6	35,3	20	32,3
Muitas vezes	2	9,5	3	12,5	0	-	5	8,1
Sempre/ Quase sempre	0	-	0	-	1	5,9	1	1,6
TOTAL	21	100,0	24	100,0	17	100,1	62	100,1

Dos inquiridos 33,9% nunca sentiu solidão; 24,2% raramente; 32,3% algumas vezes, 8,1% muitas vezes e 1,6 % sempre/quase sempre (Quadro nº 5).

É o grupo etário entre os 80-89 que mais frequentemente sente solidão (50,7%). Já o grupo etário menor que 80 anos e o maior que 90 anos são os que menos sofreram de solidão havendo mesmo 42,9% com menos de 80 anos e 41,2% com 90 ou mais anos que dizem nunca ter sofrido de solidão.

Discussão

No nosso estudo a maior parte (58,1%) dos idosos refere ter raramente (24,2%) ou nunca (33,9%) sentido solidão.

É o grupo etário mais jovem aquele que mais raramente/algumas vezes sofreu solidão. Como se afirmou anteriormente o sentimento de solidão depende da dissociação entre a expectativa e a realidade que o idoso tem em relação à(s) pessoa(s) que lhe é (são) afetivamente significativa(s). Quanto maior for a sua discrepância, maior será a probabilidade de o idoso sentir solidão. Como também se afirmou anteriormente, a solidão é um sentimento complexo vivenciado (sempre de forma desagradável) de forma diferente

por cada pessoa pois é subjetivo. Na sua etiologia estão implicados diversos fatores sendo alguns inerentes ao próprio idoso e outros que lhe são alheios. Assim a personalidade do idoso a sua história de vida e a forma como se adapta a perdas/lutos (resiliência/adaptabilidade) são fatores intrínsecos ao indivíduo muito importantes. A idade, bem como a existência de doenças incapacitantes, são também contributos que podem ser negativos, porém nem sempre a doença é o fator mais importante no desenvolvimento de solidão (Martins, Guerra & Azeredo, 2021).

Entre os fatores extrínsecos podemos citar a existência de atividades que favoreçam o convívio, a troca de experiências e uma aprendizagem salutogénica (Martins, Guerra & Azeredo, 2021; Carvalho & Dias, 2011).

Azeredo & Afonso (2016) num estudo que fizeram sobre solidão que envolveu idosos a frequentar centros de dia e a residirem em lares, sugeriam diversas atividades favorecedoras de convívio e interações entre as pessoas e que combateriam a solidão. Assim, atividades como canto/trabalhos manuais, dança, ginástica, bem como passeios/convívios foram sugeridas, porém para estes inquiridos o mais importante era a presença carinhosa dos familiares e maior participação da segurança social. Neste mesmo estudo as pessoas mais significativas foram a mãe (já falecida, mas que continuava bem presente na memória), as filhas e as netas, isto é, a linhagem feminina. Quanto mais o idoso se sente fragilizado, mais a presença familiar, através de visitas frequentes se torna importante (Azeredo, 2014; Nogueira & Azeredo, 2021).

Independentemente da idade, o Homem é um ser sociável por natureza. Tudo o que favorecer positivamente a comunicação com o outro, está a contribuir para o seu bem-estar e felicidade. Cientes disso, as instituições que acolhiam os idosos inquiridos no nosso estudo tinham o cuidado de desenvolver diversas atividades com os idosos procurando favorecer a comunicação entre eles (ver quadro nº 4).

Quando um idoso passa a residir numa ERPI, situações como perda de contacto frequente com familiares e sociais, carência de recursos económicos ou de suporte social e a perda de autonomia, são causadores de mal-estar. No presente estudo foram causa de ingressar num lar a perda de autonomia do próprio ou do conjugue, a insegurança e por vezes o mau

estado de habitação, para além do isolamento (muitos viviam sós). Deste estudo ressaltou também a ideia de que nem todos os idosos queriam ir para o lar sendo decisão de familiares (alguns destes familiares coabitavam com os idosos, o que deve ter sido mais penoso para eles). Efetivamente embora grande parte dos idosos desejem permanecer na habitação que contém todas as recordações de uma vida, têm que optar por uma ERPIS por terem consciência de incapacidades que os impedem de ter independência e autonomia ou por se sentirem muito sós ou, ainda (como foi referido neste estudo) por alguns idosos não conseguirem sem ajuda cuidar do cônjuge. Houve ainda um grupo que se sentiu incapaz de se opor à decisão de familiares (Azeredo, 2020).

Conclusão

A maioria (58,1%) dos idosos institucionalizados inquiridos nestes lares nunca ou raramente sentiram solidão, sendo o grupo entre os 80-89 anos o mais afetado por ela.

Deste estudo ressalta a necessidade de haver atividades que para além de promoverem o bem-estar físico, contribuam para o bem-estar psicológico e social. Por isso é fundamental a existência de animadores socioculturais nas ERPIS. As atividades a desenvolver devem ter em atenção o grau de instrução e outros fatores socioculturais dos idosos aí a viverem, pois cada vez mais as características dos idosos de uma ERPIS são heterogéneas.

Referências Bibliográficas

- Anes, E.M.G.J; Ferreira, A.; Lopes I.; Cordeiro V.; Brás, M.A.M. (2021). Solidão e isolamento nos idosos em Portugal: revisão sistemática da literatura. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* 510 *INFAD Revista de Psicologia*, 2(1) 509-518
- Azeredo, Z. (2020). Isolamento e solidão: factores de risco de mortes prematuras em idosos. *Aging Planet / Associação Nacional de Gerontologia*. Fevereiro
- Azeredo, Z. (2012). O idoso como um todo: uma reflexão (pp 71-75) in Santos, E.; Ferreira, J.Á.; Pocinho, R. et al (2012). Transição para a Reforma/aposentação: contributos para a adaptação (Viseu – Psicosoma)

- Azeredo, Z. (2014). A Família do idoso Fragilizado in Cláudia Moura (pg. 169-177). *Idadismo – prioridade na construção social da idade*. Euedito
- Azeredo, Z. (2011). Reforma: da expectativa à realidade. *Journal of Aging & Innovation* 7(2): 149-158
- Azeredo Z.; Afonso M.A. (2016). A Solidão na perspectiva do idoso. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro*, 19 (2):313-324
- Carvalho, M.P.R.S.; Dias, M.O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40; 161-184
- Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*, 2(37). <http://doi.org/209-222.10.14417/ap.1549>
- Lopez-Doblas, J., & Días-Conde, M. (2018). Widowhood, loneliness and health in old age. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(3), 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
- Martins, M.R., Guerra, M.; Azeredo, Z. (2021). Solidão percebida por idosos utentes da unidade de cuidados de saúde primários da Covilhã. In Joaquim Pinheiro (coord.), *Olhares sobre o envelhecimento. Estudos interdisciplinares, vol. I*, pp. 179-189. Funchal. Edição do ebook: Centro de Desenvolvimento Académico, Universidade da Madeira
- Neto F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspetos psicossociais do envelhecimento *Psicologia, Educação e Cultura*, III(2), 297-322
- Nogueira, A.; Azeredo, Z. (2021). Vulnerabilidade das pessoas idosas em tempos de pandemia in Claudia Moura (coord.), *Pensar e compreender o envelhecimento em emergência de pandemia*. Porto Seda Publicações
- Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. (2004). Envelhecer em Família, os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar
- Weiss, R. S. (1973). Loneliness: the experience on emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo del manuscrito: Trabajo Social y Atención Centrada en la Persona: funciones y claves profesionales en los cuidados de larga duración dirigidos a personas mayores

Título breve del manuscrito: Trabajo Social y Atención Centrada en la Persona

Álvaro Elices Acero

Departamento de Sociología y Trabajo Social (Universidad de Valladolid) | alvaro.elices@uva.es

ORCID: 0000-0001-6650-0225

Resumen

La Atención Centrada en la Persona (ACP) está cada vez más presente en los servicios de cuidados de larga duración en todo el mundo, tanto a nivel institucional como en el entorno comunitario y el hogar. Como modelo de intervención innovador, la ACP persigue la mejora de la calidad de vida de las personas, trasciende de los cuidados a la salud e incide en su dimensión social. Los trabajadores sociales, por compromiso, perspectiva y capacitación profesional, se encuentran en una posición única para promover los principios que sustentan la ACP, entre los que destacan la individualidad, la autonomía, la participación y la inclusión social. Dilucidar cuál es el papel real del Trabajo Social, identificar las claves de la intervención social en la promoción de la ACP y establecer recomendaciones para la práctica, constituyen los principales objetivos de este trabajo. Para ello, se utiliza la metodología de revisión sistemática de la literatura, que incluye tanto estándares de intervención publicados por las principales asociaciones profesionales del Trabajo Social a nivel mundial como estudios primarios que, desde distintos enfoques, analizan el papel del Trabajo Social en servicios de cuidados de larga duración para personas mayores. La revisión ha evidenciado tanto un compromiso de las estructuras profesionales por promover la intervención en el modelo como una presencia real de los trabajadores sociales en su implementación, llevando a cabo funciones orientadas, entre otras, a integrar las

atenciones en el entorno habitual, promover la autodeterminación y la participación social y crear ambientes significativos para las personas.

Palabras clave: atención centrada en la persona; trabajo social; cuidados de larga duración; personas mayores; desinstitucionalización

Introducción

Durante las dos últimas décadas hemos asistido a una emergencia global del enfoque de ACP en los cuidados de larga duración, especialmente en aquellos dirigidos a personas mayores. Como modelo que promueve la calidad de vida de las personas, su desarrollo coincide con la superación de perspectivas centradas en los aspectos biomédicos de los cuidados y el impulso de su dimensión social. Este proceso de cambio ha llegado a denominarse como *“revolución en la cultura de los cuidados”* (White-Chu et al. 2009) y constituye un proceso transversal a las diferentes modalidades de atención, implementándose tanto en instituciones como en los cuidados basados en el hogar y la comunidad.

El origen de la ACP puede situarse en la década de los 40 del pasado siglo, cuando Carl Rogers comenzó a sentar sus bases desde el enfoque de la psicología. Los principios de esta primera teoría consistían en que todas las personas tienen capacidades considerables, que pueden utilizar las fortalezas de los recursos disponibles y que son capaces de solucionar de forma independiente los problemas que les afectan (Rogers, 1961). Tras este germen, el modelo ha sido desarrollado hasta alcanzar una importante solidez a nivel conceptual, de principios inspiradores y procesos de aplicación, lo que justifica el interés que ha despertado en el ámbito profesional y científico.

Para definir la ACP se ha construido una amalgama de definiciones que, aunque diferentes, comparten elementos esenciales como la individualización de las atenciones, el respeto a los derechos de las personas o la promoción del empoderamiento y la calidad de vida. Una definición destacada es:

Person-Centered Care is a holistic (bio-psychosocial-spiritual) approach to delivering care that is respectful and individualized, allowing negotiation of care, and offering choice through a therapeutic

relationship where persons are empowered to be involved in health decisions at whatever level is desired by that individual who is receiving the care (Morgan & Yoder, 2012, 8).

Por su parte, si algo permite caracterizar el modelo de ACP son sus principios. Entre ellos, destacan la personalización de las atenciones en función de los deseos, preferencias e intereses de las personas, el desarrollo de sus capacidades intrínsecas –empoderamiento–, la participación social y la activación de la comunidad (Goodwin, 2016). También adquiere una gran importancia el principio de integralidad de las atenciones y la necesaria perspectiva multidisciplinar, que ha de desarrollarse desde la coordinación y la convergencia, así como la proximidad de los servicios –preferentemente prestados de forma integrada en el entorno sociofamiliar– y la creación de un ambiente facilitador, garante de la accesibilidad y significativo para las personas. Por último, la protección de la salud y de la seguridad es un principio transversal en el modelo, como también lo son la evaluación y el seguimiento continuo con base en las percepciones de la persona (Rodríguez, 2022; Goodwin, 2016).

La complejidad con la que se configura el modelo y la importancia que adquiere en la mejora de la calidad de vida de las personas que reciben cuidados, implican un importante desafío –y a su vez, una oportunidad– para las disciplinas profesionales que intervienen en ellos, entre las que destaca por su posición clave el Trabajo Social (Ruggiano & Edvardsson, 2013; Spitzer & Davidson, 2013). Esta posición emana de la importancia –cada vez más reconocida– que tiene la dimensión social en los cuidados. Pasar por alto o minimizar los aspectos psicosociales de los cuidados comporta riesgos para la calidad de vida de las personas que requieren atención, aumentando la probabilidad de abuso o maltrato, de aislamiento social y soledad no deseada, así como de vulnerabilidad económica o discriminación en el acceso a los servicios (U.S. Department of Health and Human Services, 2006).

Por su parte, la Federación Internacional de Trabajo Social reconoce que los cuidados de larga duración –y especialmente aquellos dirigidos a personas mayores– constituyen un área prioritaria de intervención (IFSW, 2008), donde los trabajadores sociales pueden aplicar su perfil experto para introducir innovaciones y mejorar el bienestar de las personas (IFSW, 2019). La afinidad, sin embargo, no sólo se produce con los cuidados de larga

duración en genérico sino, especialmente, con aquellos que se prestan desde el modelo de ACP. Este hecho puede observarse en la Declaración Global de Principios Éticos para la práctica profesional (IFSW, 2018), donde se relacionan una serie de parámetros que los trabajadores sociales deben cumplir para prestar servicios de calidad. Observando estos parámetros, podemos afirmar que existe una convergencia de valores entre la disciplina y el modelo de ACP, respecto de los derechos, dignidad y reconocimiento de las personas desde una perspectiva biopsicosocial, así como ante la necesaria promoción de la autodeterminación, el empoderamiento, la personalización o la filosofía de vida independiente (Cordero & Palacios, 2017). Otros autores señalan que la confluencia entre el modelo y la disciplina va más allá, como por ejemplo en la aplicación de principios éticos para superar el paternalismo en los cuidados (Cubillos, 2014) o el fomento de un enfoque de cuidados con dimensión comunitaria, a través del fortalecimiento de vínculos y de la participación social (Pastor-Seller, 2021). Por todo ello, no es extraño encontrarse con voces que afirman que la ACP requiere del Trabajo Social para su desarrollo (Rodríguez, 2022; Puchalski, 2013), así como para evaluar de la calidad en la implementación del modelo (Van Haitsma et al., 2014). La incorporación del enfoque a la práctica diaria de los trabajadores sociales también ha suscitado debates, especialmente en cuanto a que las competencias de los profesionales no incorporan los elementos clave de la ACP, deficiencias que parten de la formación y capacitación (Washburn & Grossman, 2017) o la existencia de múltiples limitaciones en la práctica profesional, como la falta de tiempo suficiente o la ambigüedad de roles para el desarrollo de intervenciones verdaderamente centradas en la persona (Liu and Bern-Klug, 2013).

El desafío que supone la implementación del modelo para la disciplina, especialmente en los cuidados basados en el hogar y la comunidad (Ruggiano & Edvardsson, 2013) y la oportunidad de explorar nuevas tendencias y líneas de intervención (Spitzer & Davidson, 2013), hacen que clarificar el rol y las funciones que han de tener los profesionales del Trabajo Social en este ámbito sea imprescindible. Por ello, este trabajo tiene como objetivo general realizar una revisión sistemática de la literatura científica y de los estándares de intervención desarrollados por diferentes asociaciones profesionales de Trabajo Social,

para responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué funciones vinculadas con la ACP están presentes en los estándares de intervención formulados por las organizaciones profesionales de Trabajo Social?
- ¿Qué funciones profesionales orientadas a la ACP se identifican en los estudios primarios sobre el papel del Trabajo Social en cuidados de larga duración?

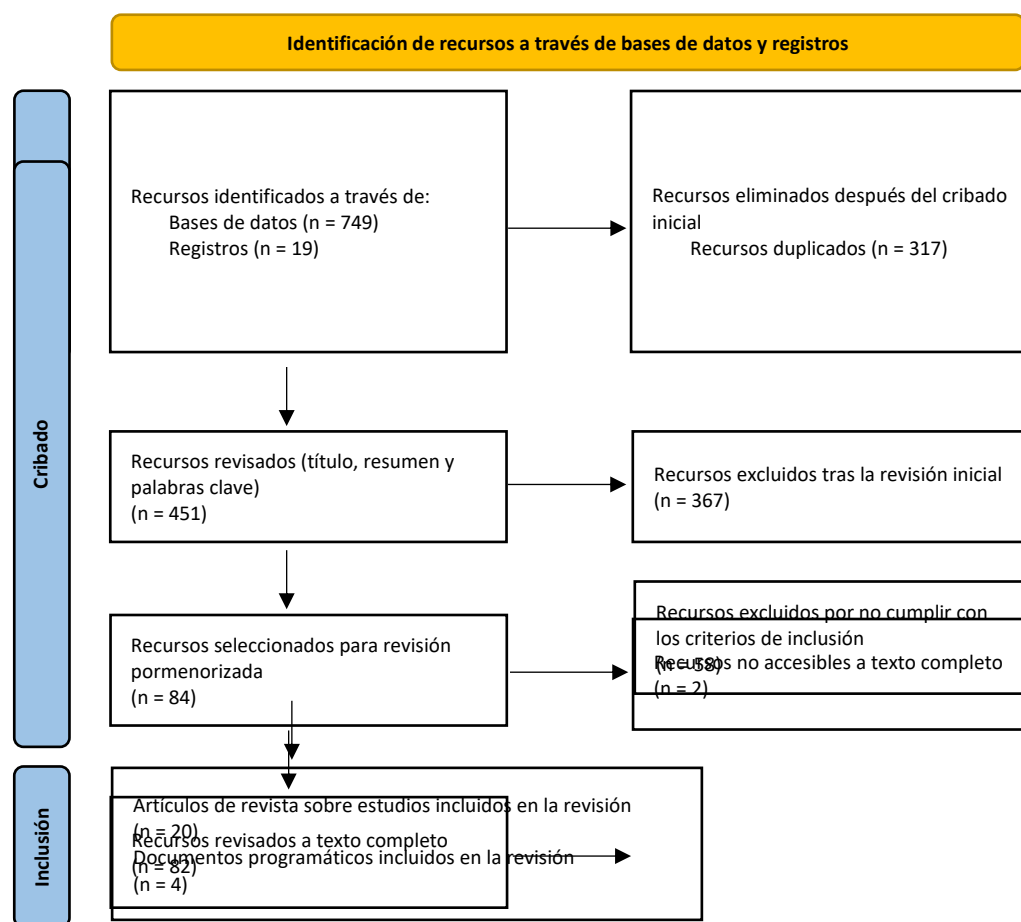
Métodos

Búsqueda y selección de los recursos

Con anterioridad al inicio del estudio, se realizaron búsquedas en bases de datos, repositorios y plataformas web con el objetivo de detectar la existencia de trabajos similares. A pesar de que el reconocimiento de la importancia que tiene el tándem Trabajo Social-ACP es cada vez mayor, las revisiones existentes sobre el objeto están orientadas a analizar factores que pueden facilitar o dificultar la implementación del modelo (Miller, 2019), mientras que no se han detectado revisiones que analicen el papel y las funciones profesionales en éste. Por este motivo, y tras establecer una estrategia de búsqueda que incluye las palabras clave [*“Trabajo Social”, “cuidados de larga duración”, “Atención Centrada en la Persona”, “práctica profesional”, “roles” y “funciones”*], comenzó el proceso de localización de materiales. Para ello, se siguen las fases establecidas por el Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), tal y como se muestra en la Figura 1. La estrategia de búsqueda fue utilizada en las bases de datos Web of Science, Scopus, ProQuest, Pubmed y Google Scholar, así como para en los sitios web oficiales de las asociaciones profesionales nacionales para localizar estándares de intervención. Tras eliminar duplicidades, los estudios y recursos fueron sometidos en primer lugar a una revisión inicial a través de sus títulos, resúmenes y palabras clave, y posteriormente a texto completo, para observar el cumplimiento o no de los criterios de inclusión previamente establecidos (Tabla 1). Tras el cribado, fueron seleccionados 20 artículos de revista y 4 documentos programáticos sobre estándares de intervención profesional, desarrollados por las asociaciones canadiense, irlandesa, neerlandesa y norteamericana de Trabajo Social.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre la identificación de recursos



Nota. Elaboración propia con base en Page et al. 2021

Tabla 1

Criterios de inclusión

Publicación	Artículos de revista Documentos oficiales publicados por asociaciones nacionales de Trabajo Social
Tipología de estudio o análisis	Estudios primarios Estándares de intervención profesional
Objetivo	Analizar empíricamente los roles y funciones de los profesionales del Trabajo Social en servicios de cuidados de larga duración para personas mayores, convergentes con el modelo de ACP Establecer criterios, principios y valores de intervención profesional en servicios de cuidados de larga duración para personas mayores, convergentes con el modelo de ACP
Periodo considerado	Entre enero del año 2000 y mayo de 2023
Contexto e idioma	No se establecen limitaciones geográficas o idiomáticas para la selección de los recursos

Nota. Elaboración propia

Análisis de la información

Los recursos identificados²³ fueron añadidos a un proyecto en el software de análisis cualitativo Atlas.ti. Sobre la información contenida en ellos relativas al papel y funciones de los trabajadores sociales se realizó un análisis temático de carácter inductivo conforme al método establecido por Braun and Clarke (2006). Estos autores identifican seis fases en el proceso de análisis: fase de familiarizarse con los datos, fase de creación de códigos iniciales, fase de búsqueda de temas y clasificación de códigos, fase de revisión de temas, fase de definición y denominación de temas y fase de realización del informe. Tras ello, se realiza una síntesis integradora para resumir los hallazgos a través de variables concretas (Dixon-Woods et al., 2005).

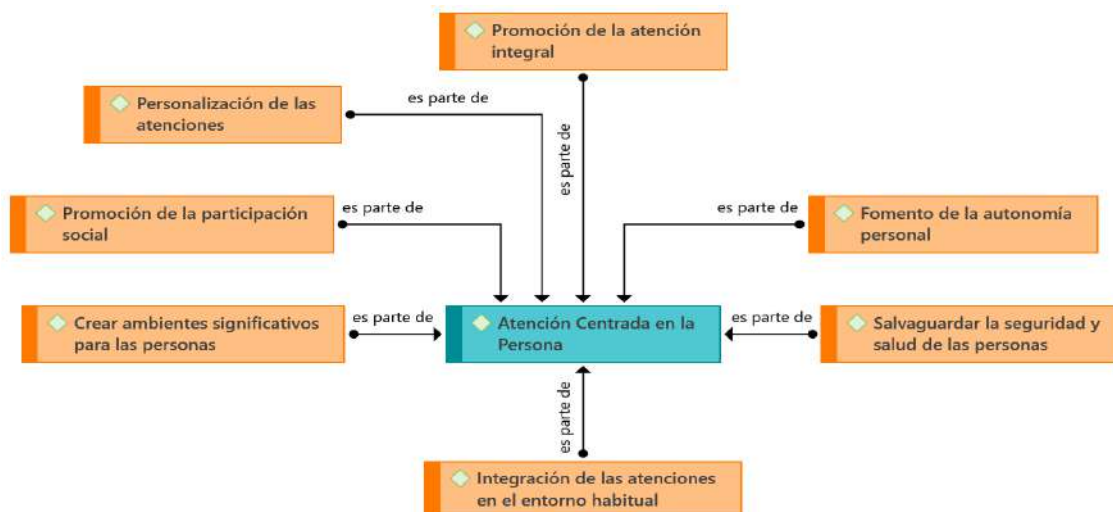
Resultados

La revisión realizada ha permitido analizar el posicionamiento de las asociaciones profesionales y la evidencia de estudios primarios para comprender el papel de los profesionales del Trabajo Social en el desarrollo del modelo de ACP en cuidados para personas mayores, tanto de carácter institucional como en el hogar y la comunidad.

²³ Lista completa de referencias utilizadas disponible en el siguiente repositorio <https://drive.google.com/file/d/17sg-Wz1ywfjmj01aS2l2DF0a5Ktr50c3/view?usp=sharing>

Figura 2

Temas identificados con el análisis



Nota. Elaboración propia

Integración de las atenciones en el entorno habitual

La integración de los cuidados en el entorno sociofamiliar de las personas constituye un principio inspirador del modelo de ACP. Algunas asociaciones profesionales como la IASW (2011) y la NASW (2003) reconocen el papel de los trabajadores sociales en el acercamiento de los servicios al entorno comunitario, incentivando la acción social colectiva y vinculando a las personas con estos recursos en la comunidad. Asimismo, varios estudios analizados evidencian la participación de los profesionales en estas funciones, movilizandolos recursos comunitarios para la cobertura de las necesidades de las personas mayores en su propio entorno (Lin, 2020), informando sobre los recursos disponibles y explorando soluciones alternativas para el cuidado, evitando la institucionalización (Sasson, 2000). Por último, la integración de las atenciones en el entorno habitual requiere de intervenciones orientadas a procurar la accesibilidad de las personas a los servicios comunitarios (Sanders et al., 2012; Lehnerer et al, 2019).

Promoción de la atención integral

La integralidad de las atenciones y la multidisciplinariedad constituyen dos elementos clave en la implementación del modelo de ACP. Todas las asociaciones profesionales cuyos

estándares han sido consultados (NASW, 2003; CASW, 2021; IASW, 2011; BPSW, 2009), explicitan la importancia de que el Trabajo Social se sitúe en una posición de liderazgo en los equipos, coordinando y sirviendo de enlace con las disciplinas intervinientes –en el servicio o la comunidad– y garantizando que se cubren las necesidades biopsicosociales. Para ello, reconocen la necesidad de que los profesionales utilicen una serie de competencias específicas, como la comunicación, la resolución de problemas o el conocimiento de los recursos de la comunidad (CASW, 2021). A su vez, los estudios primarios revisados arrojan evidencia sobre el desarrollo de este rol de liderazgo en los equipos multidisciplinarios (Roberts et al., 2020) y, especialmente, la función de introducir en la dinámica del grupo la perspectiva de la autodeterminación, del respeto a la toma de decisiones o la atención psicosocial, fundamentales para que las atenciones estén centradas en la persona.

Personalización de las atenciones

La participación de la disciplina del Trabajo Social en el modelo de ACP implica que los profesionales deban contribuir a la personalización de los cuidados. Así lo reconocen, como postulado, todos los estándares de intervención analizados. Los trabajadores sociales han de garantizar la participación de las personas mayores en la planificación de los cuidados y que éstos se ajusten a sus deseos, necesidades emocionales, espirituales o de cualquier otro tipo. Del mismo modo, los trabajadores sociales han de procurar que todos los profesionales implicados conozcan las preferencias de las personas a las que atienden. La evidencia contenida en los estudios primarios reafirma la presencia de estas funciones en la práctica, que van desde la evaluación a través de la historia de vida de las personas mayores (Kusmaul & Anderson, 2018; Lacey, 2005), como paso necesario para planificar servicios adaptados a la individualidad de cada persona (McGovern et al., 2017; Uittenbroek et al., 2018), hasta garantizar que las intervenciones sean acordes a sus valores, preferencias y metas a través de la intermediación con el equipo (Sciegaj, 2019; Roberts et al., 2020; Sasson, 2000).

Fomento de la autonomía personal

Las funciones de promoción de la autonomía personal forman parte del perfil profesional del Trabajador Social. Las asociaciones profesionales incluyen en sus estándares el cometido de intervenir para la promoción y el mantenimiento de la autonomía de las personas, el asesoramiento para que éstas puedan tomar decisiones informadas o la motivación y el empoderamiento, que conducen a la independencia personal (NASW, 2003; CASW, 2021; IASW, 2011; BPSW, 2009). Así lo demuestran empíricamente los estudios revisados. Los trabajadores sociales promueven y apoyan la toma de decisiones, la participación en la planificación de la atención (Koren and Doron, 2005; Morrison et al., 2005; Marziali et al., 2005; Kramer, 2013), y, en definitiva, el mantenimiento del control sobre la situación personal el mayor tiempo posible, configurando previamente una relación de confianza a través de la cual se trabaja para identificar sus propios objetivos –periódicamente revisados– y explorar alternativas para conseguirlos (Sciegaj, 2019; Heyman & Gutheil, 2006; Bern-Klug & Kramer, 2013; Sanders et al., 2012; McCreedy et al., 2018; Roberts et al., 2020).

Promoción de la participación social

Otro de los cometidos del Trabajo Social que ha sido identificado para implementar el modelo de ACP es el fomento de la participación social. Las asociaciones profesionales encomiendan funciones como el apoyo en la construcción y fortalecimiento de la red social, familiar y comunitaria, así como servir de enlace entre la persona y el entorno –incluidos recursos y profesionales–, especialmente cuando se interviene desde instituciones de cuidados (BPSW, 2009; IASW, 2011; NASW, 2003). Los estudios también evidencian intervenciones orientadas a promover la participación social, tanto en la definición de la dinámica de los servicios de cuidados (Davisson & Mosher-Aslhey, 2003) como para evitar el aislamiento social –a través de modelos de reunión familiar y con amigos, de la mejora de la comunicación, o de excursiones– (Kallianis et al., 2017; Kusmaul y Anderson, 2018; Petersen et al., 2016; Sanders et al., 2012).

Salvaguardar la seguridad y salud de las personas

La revisión también ha permitido explicitar la presencia de otra función propia de los trabajadores sociales y que es coincidente con uno de los principios fundamentales del modelo de ACP: la salvaguardia de la seguridad y salud. Las asociaciones profesionales plantean que es propio de los profesionales intervenir para evitar el abandono, el abuso, la discriminación y el maltrato de las personas que requieren cuidados (IASW, 2011; CASW, 2021; BPSW, 2009). De igual modo, existen estudios que acreditan la presencia de tareas conducentes a alcanzar este objetivo en el desempeño profesional, como garantizar el bienestar y la seguridad física de las personas, contribuir a la elaboración de planes de atención o de alta seguros y gestionar los apoyos necesarios para que la salud y la seguridad de las personas esté garantizada (Sasson, 2020).

Crear ambientes significativos para las personas

Finalmente, el estudio ha demostrado que los profesionales del Trabajo Social han de fomentar la creación de atmósferas positivas y libres de discriminación, luchando contra los estereotipos y la estigmatización de las personas que reciben cuidados (CASW, 2002). Así lo demuestran varios de los estudios analizados, al evidenciar intervenciones orientadas a promover que las personas lleven objetos personales desde sus viviendas al servicio (Davisson & Mosher-Aslhey, 2003) o a crear entornos donde las familias puedan seguir participando en los cuidados (Petersen et al., 2016).

Discusión

La revisión sistemática desarrollada ha permitido evidenciar que los trabajadores sociales no sólo están llamados a participar, sino que efectivamente participan –y desde una posición clave– en la implementación del modelo de ACP en los cuidados de larga duración para personas mayores. Asimismo, se han identificado siete áreas en las que estos profesionales intervienen para que las atenciones estén centradas en la persona: la integración de los cuidados en el entorno habitual y la creación de ambientes significativos para las personas, la promoción de la atención integral, la personalización de las atenciones,

la promoción de la autonomía personal, el impulso de la participación social y la salvaguardia de la salud y la seguridad.

Los resultados, por una parte, reafirman la convergencia existente entre los valores del Trabajo Social y la ACP, al estar sus funciones perfectamente incardinadas con los principios del modelo (Goodwin, 2016; Rodríguez, 2022), lo que ya dejaba entrever la Declaración Global de Principios Éticos del Trabajo Social (IFSW, 2019). Además, el hecho de que las asociaciones profesionales incorporen entre los cometidos de los trabajadores sociales tareas propias del enfoque y éstos vengán desarrollando desde hace décadas funciones clave para su implementación en el área de los cuidados –liderazgo de equipos multidisciplinares, apoyo en la toma de decisiones independiente, dinamización comunitaria, etc.–, permite comprender la importancia que tiene la disciplina para el desarrollo del modelo de ACP, tal y como había sido apuntado por autores como Puchalski (2013).

En otro sentido, los resultados permiten vislumbrar una serie de retos a futuro, vinculados con el ejercicio profesional y con el papel académico e investigador de la disciplina del Trabajo Social. En primer lugar, se ha detectado una mayor incidencia en el papel de los trabajadores sociales en el ámbito institucional que en los cuidados basados en la comunidad, como señalaron Ruggiano & Edvardsson (2013). En un contexto en el que los cuidados de proximidad están siendo valorados y potenciados por los poderes públicos, sería razonable intensificar tanto los posicionamientos de las asociaciones profesionales como la investigación relativa a la intervención del Trabajo Social en esta área. También es preciso señalar que tanto las funciones del Trabajo Social para la ACP como las técnicas y herramientas utilizadas, a pesar de ser afines, trascienden de las tradicionales del desempeño profesional, como sucede con la historia de vida, central para el modelo de ACP, frente a la historia social. Por ello, sería necesario superar limitaciones relativas a la capacitación de los profesionales (Washburn & Grossman, 2017) a través de la incorporación del enfoque de ACP en los programas universitarios y de formación continua para los trabajadores sociales. Finalmente, el estudio permite valorar la complejidad y el esfuerzo que requiere a los profesionales intervenir desde el modelo de ACP. Por ello, se

debe continuar trabajando para afrontar las problemáticas que impiden una intervención verdaderamente personalizada, como la prevalencia del trabajo burocrático o la falta de tiempo suficiente (Liu and Bern-Klug, 2013), lo que permitiría avanzar desde un enfoque de intervención centrado en tareas a otro centrado en la persona.

Conclusión

La participación de los profesionales del Trabajo Social es esencial para implementar el modelo de ACP en los cuidados de larga duración dirigidos a personas mayores. Los valores y principios de la disciplina convergen con los del modelo, lo que determina que su papel sea extenso y central, desarrollando funciones que van desde la promoción de la atención integral e integrada hasta el fomento de la autonomía personal y de la participación social. Reivindicar la ACP como una intervención propia de la disciplina, establecer estándares de intervención basados en el enfoque, superar las limitaciones de la práctica diaria e impulsar la investigación y la transferencia de conocimiento sobre el papel del Trabajo Social en este ámbito, son algunos de los retos que la disciplina debe afrontar a corto plazo para contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas que reciben cuidados, así como al éxito de las nuevas estrategias de atención basadas en la ACP.

Referencias Bibliograficas

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2): 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cordero, N., & Palacios, J. E. (2017). Claves éticas para el Trabajo Social, la dependencia, el cuidado y la autonomía. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), 65–75. <https://doi.org/10.5209/CUTS.52504>
- Cubillos, C. (2014). Ética para la intervención social. Los valores aportados por el Trabajo Social y las éticas del cuidado y no paternalista como modelos de referencia para la práctica profesional. *Revista Trabajo Social*, 87, 3–18. <https://doi.org/10.7764/rts.87.3-18>
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D., Young, B., & Sutton, A. (2005). Synthesising

- qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of health services research & policy*, 10(1): 45–53. <https://doi.org/10.1177/135581960501000110>
- Goodwin, C. (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(1), 15–18. <https://doi.org/10.1111/JGS.13866>
- International Federation of Social Work (2008, August 1) *Ageing and older adults* [Policy]. <https://www.ifsw.org/ageing-and-older-adults/>
- International Federation of Social Workers (2018, July 8). *Global Social Work Statement of Ethical Principles* [Policy]. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>
- International Federation of Social Work Europe (2019, March 1) *Seeing into the future of long-term care: what will tomorrow's older adults need and demand?* [Press release]. <https://www.ifsw.org/seeing-into-the-future-of-long-term-care-what-will-tomorrows-older-adults-need-and-demand/>
- Liu, J., & Bern-Klug, M. (2013). Nursing Home Social Services Directors Who Report Thriving at Work. *Journal of Gerontological Social Work*, 56(2): 127–145. <https://doi.org/10.1080/01634372.2012.750255>
- Miller, V.J. (2019). Investigating barriers to family visitation of nursing home residents: A systematic review. *Journal of Gerontological Social Work*, 62(3): 261–278. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1544957>
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pastor-Seller, E. (2021). Compromisos, dilemas y desafíos del Trabajo Social con dimensión colectiva en tiempos de pandemia. *PROSPECTIVA. Revista de Trabajo Social e Intervención Social*, (32), 1–14. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i32.11397>

- Puchalski, C. M. (2013). Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*, 123(9), 491–497.
- Rodríguez, P. (coord). (2022). *El modelo AICP y sus beneficios en residencias de personas mayores*. Fundación Pilares.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. New York, NY: Houghton Mifflin.
- Ruggiano, N., & Edvardsson, D. (2013). Person-centeredness in home - and community - based long-term care: current challenges and new directions. *Social Work in Health Care*, 52(9), 846–861. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.827145>
- Spitzer, W.J., & Davidson, K.W. (2013) Future Trends in Health and Health Care: Implications for Social Work Practice in an Aging Society. *Social Work in Health Care*, 52(10), 959–986. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.834028>
- U.S. Department of Health and Human Services (2006). *The Supply and Demand of Professional Social Workers Providing Long-Term Care Services* [Report to Congress]. <https://n9.cl/pq0b4>
- Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, A., Mihelic, A., Scott, C., et al. (2014). New toolkit to measure quality of person-centered care: development and pilot evaluation with nursing home communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 671–680. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.004>
- White-Chu, E. F., Graves, W. J., Godfrey, S. M., Bonner, A., & Sloane, P. (2009). Beyond the medical model: the culture change revolution in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(6), 370–378. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.04.004>
- Washburn, A.M., & Grossman, M. (2017). Being with a Person in Our Care: Person-Centered Social Work Practice that is Authentically Person-Centered. *Journal of Gerontological Social Work*, 60(5), 408–423. <https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1348419>

Financiación

Durante la realización de este trabajo, el autor ha disfrutado de un contrato predoctoral financiado por la Consejería de Educación de la Junta de Castilla y León y cofinanciado por el Fondo Social Europeo [BDNS-540787].

“El autor declara que no existe conflicto de interesse.”

Título completo do manuscrito: Unidade de tratamento de feridas complexas: melhoria da qualidade de vida para os mais idosos

Título resumido do manuscrito: Unidade de tratamento de feridas complexas

Luís Carlos Antunes Claro

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Portugal | lclaro@hdcantanhede.min-saude.pt ORCID - 0000-0002-3598-6952

Liliana Ramalho Gonçalves

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Portugal | lgoncalves@hdcantanhede.min-saude.pt ORCID – 0009-0009-3016-0770

Fábio José Sousa Jesus

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Portugal | fjesus@hdcantanhede.min-saude.pt
ORCID - 0009-0007-2157-8775

Teresa Margarida Rosendo Vaio

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Portugal | tvaio@hdcantanhede.min-saude.pt
ORCID - 0000-0002-3201-4859

Artur Jorge Dias Carvalhinho

Hospital Arcebispo João Crisóstomo, Portugal | acarvalhinho@hdcantanhede.min-saude.pt

Resumo

As feridas complexas representam um problema grave de saúde pública repercutindo-se em elevados custos, quer a nível de sofrimento para a pessoa e família, quer a nível socioeconómico. Por outro lado, na população cada vez mais envelhecida, suscetível ao

aparecimento e agravamento de doenças crónicas, verificam-se altas taxas de prevalência e incidência de feridas complexas. Neste âmbito, são essenciais serviços unificados para responder a todas as necessidades dos utentes com ferida. Atendendo a esta problemática, o Hospital Arcebispo João Crisóstomo criou uma Unidade de Tratamento de Feridas Complexas.

O objetivo principal da Unidade é prestar cuidados diferenciados, baseados na evidência científica mais atual, para tratar pessoas com feridas complexas contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos utentes.

Os utentes são referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários e instituições do terceiro setor da área de abrangência. São triados pela presença de lesão de difícil cicatrização com pelo menos 6 semanas de evolução.

Com a implementação da Unidade, em 2023, foi possível dar resposta à necessidade dos mais velhos, com lesões crónicas estagnadas, num contexto de proximidade. Paralelamente, a interdisciplinaridade permite avaliar e tratar outras comorbilidades.

Sendo uma equipa com conhecimento específico na área, é possível diminuir tempos de cicatrização bem como referenciar adequadamente para outros serviços diferenciados. Concomitantemente proporcionam-se condições favoráveis para ganhos significativos na qualidade de vida.

Palavras-chave: feridas complexas; envelhecimento; qualidade de vida

Introdução

O tratamento de feridas tem sido uma temática com crescente interesse pelas envolventes que comporta, tanto ao nível físico como psicossocial, pelos custos associados ao tratamento e pelo stresse causado na pessoa, na família e no sistema de saúde. A Organização Mundial da Saúde considera esta temática como uma epidemia pela elevada prevalência. Em Portugal, os dados epidemiológicos são limitados, mas estima-se que existam 3,3 portadores de ferida por mil habitantes (Jorge et al., 2021).

Um dos maiores desafios no tratamento de feridas é a falta de serviços unificados para

responder a todas as necessidades de cuidados de saúde dos doentes com feridas.

De facto, há mais de uma década, Lindholm et al. advertiram para o facto de que a falta de serviços integrados para o tratamento de feridas agrava o sofrimento dos doentes com feridas, o que, por sua vez, aumenta substancialmente os custos associados a resultados inferiores aos esperados com a utilização de intervenções direcionadas para o tratamento das feridas. Inversamente, o rastreio dos doentes, seguido pela implementação de programas de cuidados adequados, com um acompanhamento e uma supervisão direta por membros relevantes da equipa de tratamento de feridas, pode melhorar substancialmente os resultados clínicos e reduzir a desnecessária morbilidade e mortalidade (Moore et al., 2014).

Em Portugal, o tempo médio de presença de feridas é de 1 ano e 1 mês. Os tratamentos são efetuados, na sua maioria, 2 vezes/semana. O custo direto de tratamento de cada ferida crónica varia entre o mínimo de 1,52€ e o máximo de 166,32€ e a média é de 11,01€. A média do custo de cada tratamento é superior nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) do que nos Cuidados de Saúde Diferenciados e a etiologia de ferida com custos superiores é a úlcera de perna mista, seguida da ferida maligna e da Úlcera por Pressão (UPP) categoria IV. Nas UPP a categoria III é a mais representada (30,3%). Nas Úlceras de Perna (UP) 62,68% são exclusivamente venosas e em 20,33% não foi efetuado o diagnóstico diferencial. O IPTB apenas foi efetuado a 9,8% dos indivíduos com úlcera de perna (Barreiro, 2017).

Com a implementação da Unidade de Tratamento de Feridas Complexas (UTFC) do Hospital Arcebispo João Crisóstomo (HAJC), em Cantanhede, percebemos que a grande maioria das referenciações dizem respeito a utentes idosos com UP e em acompanhamento nos CSP.

De acordo com Videira (2007), como referido por Batista (2010), atualmente não existem dados exatos sobre o número de pessoas que sofrem de UP, mas perante dados existentes de outros países poderemos partir do princípio que a prevalência da UP na população adulta portuguesa é de 1%, e que destes 10% são em pessoas com 70 anos ou mais. Nesses mesmos países estimam que o gasto com o tratamento das UP é de cerca de 2% do orçamento para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O presente manuscrito tem como objetivo principal avaliar a importância da

implementação da Unidade de Tratamento de Feridas Complexas no Hospital Arcebispo João Crisóstomo Cantanhede.

Mais especificamente, a UTFC procura:

- i. Contribuir para a melhoria da qualidade de vida da pessoa com Ferida Complexa (FC);
- ii. Prestar cuidados diferenciados na abordagem à pessoa com FC;
- iii. Uniformizar as práticas no cuidado à pessoa com FC, tendo por base a evidência científica disponível a nível nacional e internacional;
- iv. Promover/reforçar a articulação entre os CSP e os cuidados de saúde hospitalares, tendo em conta a continuidade de cuidados e a otimização de recursos necessários na área do tratamento das pessoas com feridas complexas;
- v. Promover a formação/atualização científica dos profissionais envolvidos no domínio da prevenção e tratamento de feridas;
- vi. Articular os cuidados prestados ao utente com FC com outros recursos ou serviços disponíveis na comunidade;
- vii. Promover e participar em estudos de investigação clínica e epidemiológica relacionada com a prevenção e tratamento de feridas.

Métodos

O principal foco de atenção da UTFC é a pessoa com feridas complexas, das quais destacamos as mais prevalentes: as UP, UPP e as úlceras de Pé Diabético (PD) - tendo em conta os fatores associados, relacionados com seu processo de cicatrização prolongado, a probabilidade da associação a comorbilidades e a cicatrização por segunda intenção.

Assim, a referenciação de utentes com algum tipo de ferida com mais de 6 semanas de evolução para a UTFC é sempre realizada por um médico de família. O médico solicita, através do aplicativo informático RSE, a consulta para valência de medicina interna (fazendo menção a ferida complexa) do HAJC. Adicionalmente a UTFC solicita o envio de um email com uma breve descrição da evolução da lesão, tratamentos utilizados e, se possível, o registo fotográfico (Fluxograma 1).

Fluxograma 10

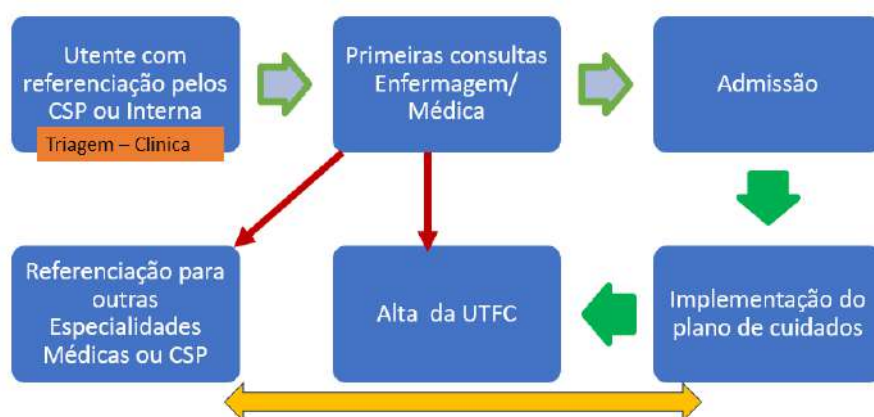
Referenciação para a UTFC



Posteriormente à referenciação, o utente será triado clinicamente e, reunindo os critérios, serão agendadas telefonicamente as primeiras consultas de Enfermagem e Médica. Nestas, serão realizadas avaliações mais detalhadas dos critérios para continuidade de tratamentos na UTFC, estabelecido o plano de cuidados, ou encaminhamento para CSP ou para outras especialidades médicas (Fluxograma 2).

Fluxograma 11

Admissão na UTFC



Por outro lado, considerando que a abordagem à temática da prevenção e tratamento de

feridas complexas deverá ter um carácter multidisciplinar, com o objetivo de reduzir o tempo de cicatrização, promover a qualidade de vida da pessoa e diminuir os custos associados ao tratamento, propomos alguns critérios de referenciação interna (Diagrama 1) ou externa (Diagrama 2).

Diagrama 1

Referenciação interna de utentes da UTFC

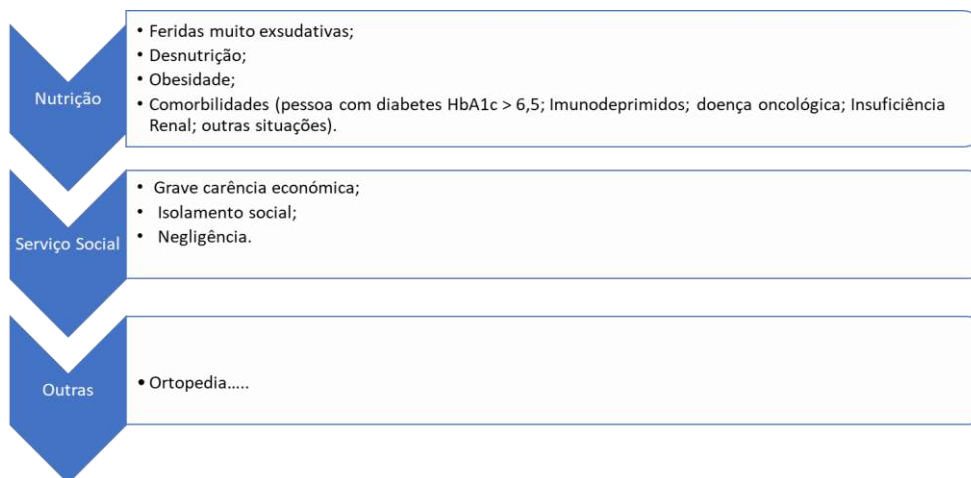
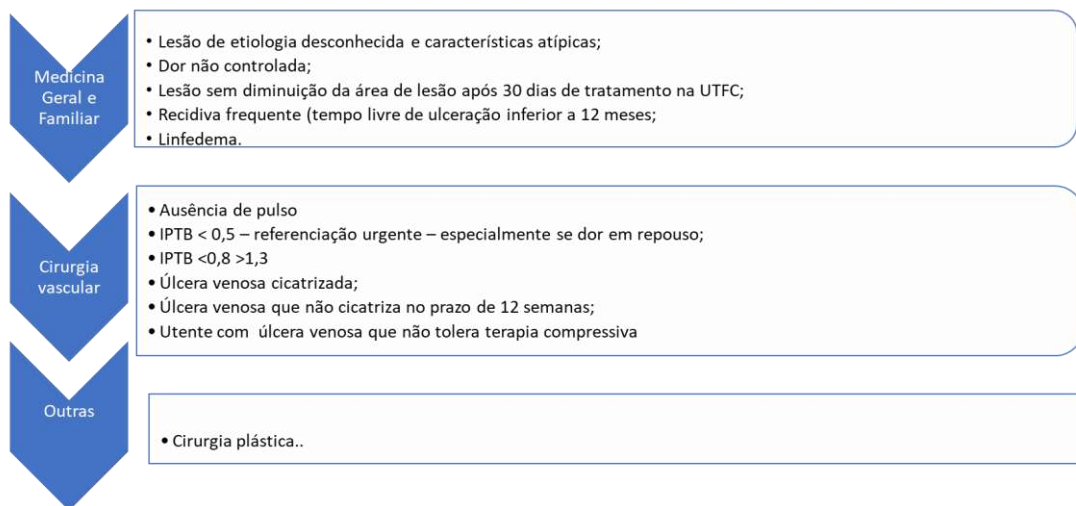


Diagrama 2

Referenciação externa de utentes da UTFC



Resultados

A UTFC iniciou a sua atividade em março de 2023.

Com 16 semanas de atividade (até ao final de junho de 2023), foram acolhidos 29 utentes.

Nesta janela temporal conseguiu-se uma taxa global de cicatrização de 41,38%.

No entanto, após 24 semanas, foram cumulativamente acompanhados 53 utentes, cuja taxa de cicatrização atingiu os 67%.

Em 6 meses de atividade foram realizados cerca de 1000 tratamentos. Vários utentes necessitaram de 2 ou mais tratamentos (topologias diferentes) em cada consulta de enfermagem.

No global, a UTFC teve um gasto médio de 9,25€ por tratamento de cada lesão (excluindo a despesa com horas de recursos humanos), com uma média de 2,5 tratamentos/semana.

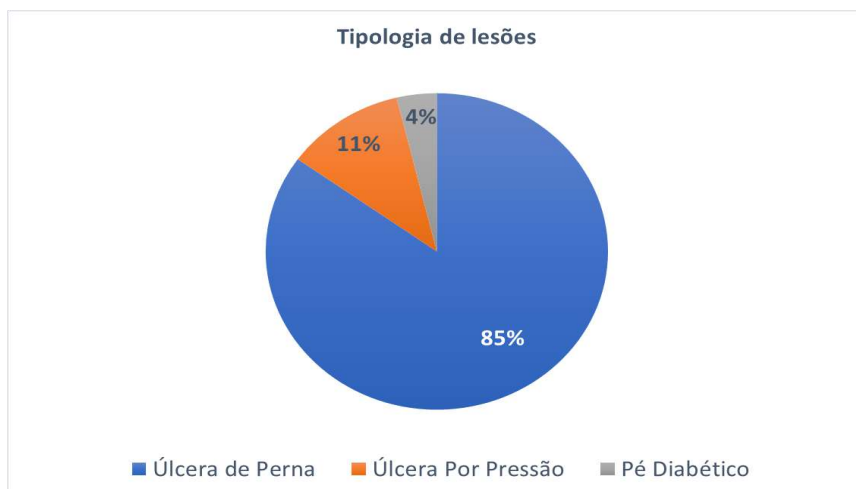
A dotação máxima de utentes cifra-se em 22 pessoas que podem ser acompanhadas atualmente, tendo em conta o espaço físico e recursos humanos envolvidos.

Quanto à categorização do tipo de feridas observadas, constatámos que a UP predomina em 85% dos utentes acompanhados (gráfico 1).

Até setembro de 2023, a UTFC foi a unidade prestadora de cuidados com maior número de elogios registados no HAJC.

Gráfico 1

Tipos de lesões na UTFC até 31/08/2023



No geral, os utentes referem que a abordagem diferenciada e integrada dos profissionais

da UTFC, assim como o acompanhamento permanente, contribuíram de forma cabal para a regeneração tecidular e consequentes ganhos na qualidade de vida.

Discussão

Habitualmente, as respostas diferenciadas nesta especialidade clínica não existem de forma integrada. Os utentes são acompanhados periodicamente em consultas de cirurgia vascular, dermatologia ou cirurgia plástica e reconstrutiva.

Sem um acompanhamento regular as altas destes utentes não se consumam, e permanecem no sistema de saúde sem uma resolução efetiva, com gastos significativos para o SNS e, sobretudo, para os utentes e famílias.

Até porque, no, SNS o número de utentes em lista de espera para a primeira consulta voltou a aumentar em 2022. O maior número de primeiras consultas hospitalares realizadas em 2022 (+138 mil que em 2021) não foi suficiente para responder ao acréscimo de pedidos de primeira consulta hospitalar, o que se refletiu no aumento da lista de espera nesse ano. Os pedidos de primeiras consultas não concluídos (583 mil) registaram um aumento de 11,1% face a 2021 (+58 mil utentes em espera) (Conselho das Finanças Públicas, 2023).

Face ao número de utentes com UP (85%) torna-se necessário analisar algumas das variáveis relacionadas.

Apesar do aumento crescente de conhecimento nesta área ao longo dos últimos 20 anos, a realidade prática é que muitas UP se tornam crónicas e não conseguem cicatrizar.

Por norma, os utentes com UP não identificam a verdadeira dimensão do problema, mas também nos próprios locais onde são prestados os tratamentos ainda não fazem uma abordagem eficaz a estas feridas, ou seja, realizar um diagnóstico adequado e um tratamento preciso, prolongando o tempo de tratamento.

De acordo com Nelzén (2000), como referido por Batista (2010), quando se coloca a questão dos custos no tratamento de UP, devem ter-se em atenção variáveis como o tempo de cicatrização, o tipo de material de penso utilizado e a capacidade de prevenir a recorrência assim como a qualidade de vida.

Com os métodos de tratamento clássicos, as taxas de cicatrização são muito reduzidas e as reincidências muito frequentes, mantendo-se os utentes anos e anos em tratamento, sem

quaisquer resultados e com elevado défice de qualidade de vida (Costa, 2008).

Segundo o mesmo autor, o tratamento de terapia compressiva apresenta extraordinárias vantagens, com destaque para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e a redução de custos humanos e económicos para o sistema de saúde português, após a criação de condições necessárias, incluindo formação, adequação de instalações e aquisição de equipamento.

Ciente desta problemática, a equipa da UTFC adquiriu equipamentos que possibilitam a prestação de cuidados em segurança, nomeadamente um doppler com sonda de 8mHz e um aparelho para cálculo automático do Índice de Pressão Tornozelo-Braço (IPTB).

Para além de toda a equipa realizar um registo fotográfico detalhado com cálculo preciso das dimensões das feridas, no caso das UP a experiência e diferenciação da equipa de enfermagem especializada permite instituir precocemente, e sempre que possível, a terapia compressiva.

Figura 1

Programa de Inteligência Artificial para cálculo da dimensão e tipos de tecido presentes no leito da ferida



Nas últimas décadas, os desenvolvimentos na terapia compressiva levaram a uma transformação radical nas taxas de cicatrização da úlcera de perna de origem venosa. Não há muitas intervenções em cuidados de saúde que possam fazer afirmações tão drásticas.

Estudos em todo o mundo demonstraram pelo menos uma duplicação das taxas de cicatrização e, em alguns casos, uma melhoria até três vezes nos resultados (Cruz, 2011). Por outro lado, Michaels e Nelson (2007), como referido por Cruz (2011), defendem que a cicatrização não depende apenas do tratamento à úlcera. Com a criação de serviços especializados que apostaram na avaliação da causa de ulceração e utilizaram a terapia compressiva como tratamento, verificaram que 63% das úlceras cicatrizaram às 12 semanas de tratamento.

Segundo a Portaria n.º 839-A/2009 (Ministério da Saúde), o custo (GDH) de tratamento de uma UP é de 3.159,22 €. Esse custo é claramente aumentado se for tida em conta: a suspensão temporária da atividade profissional, cerca de 55% da população com UP, cerca de 1 milhão de dias de trabalho perdidos por ano, é responsável por 21% de mudança de posto de trabalho e contribui em 8% para as reformas antecipadas (Vaz, Cunha & Afonso, 2021).

Mais assinalamos que a UTFC teve um gasto médio de 9,25€ por cada tratamento, um valor inferior ao que encontramos descrito na bibliografia (11,01€).

Conclusão

As crescentes necessidades da população poderão traduzir-se numa maior pressão financeira sobre o sistema de saúde. O envelhecimento da população, a constante necessidade de atualização dos serviços prestados e a inovação tecnológica que vai sendo disponibilizada implicam aumentos sucessivos da despesa pública com saúde. A ausência de uma resposta pública e em tempo útil tem como consequência para os utentes o risco de crescimento das suas necessidades ocultas (“unmet needs”¹³), o aumento das listas de espera e o agravamento dos pagamentos diretos dos utentes (“out-of-pocket”) (Conselho das Finanças Públicas, 2023).

Segundo Campos (1986), num sistema de saúde mediantemente organizado, o reconhecimento dos custos de cada programa é facilmente identificado. Porém, deve ter-se, também, em consideração os benefícios a alcançar e a sua utilidade. Os benefícios observam-se no uso dos recursos, ou seja, nos gastos evitados pelo sistema de saúde, quer

na perspetiva financeira quer na perspetiva temporal. As utilidades podem ser medidas pelas mudanças na qualidade de vida dos utentes e das famílias (Lopes, 2011).

Desta forma, concluímos que a atividade da UTFC se alicerça numa base sólida, cuja replicação a nível nacional deverá ser equacionada, tendo em vista todos ganhos que daí advirão e, principalmente, com um significativo incremento na qualidade de vida das pessoas.

Referências Bibliográficas

Barreiro, C. M. P. (2017). *Feridas crónicas em Portugal: características, práticas e custos*. Repositorio.ucp.pt. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/39131>

Batista, J. A. A. (2010). *Avaliação económica no tratamento de úlceras da perna através da aplicação do tratamento de terapia compressiva*. Ubibliorum.ubi.pt. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2995?locale=en>

Conselho das Finanças Públicas. (2023). *Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2022*. https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes_ficheiros/cfp-rel-07-2023.pdf

Costa, J. (2008). Inovação no tratamento das úlceras da perna. Enfermagem no Centro de Saúde de Santa Comba Dão. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*: Outubro.

Cruz, M. A. A. D. (2011). *Variáveis que influenciam tempo de cicatrização nas úlceras de perna*. Repositorio.ipv.pt. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1675>

Jorge, H., Silva, C., Pinto, C., Almeida, A., & Mendes Pedro, L. (2021). Novos paradigmas no tratamento das feridas complexas. *Angiologia E Cirurgia Vascular*, 17(2), 125–133. <https://doi.org/10.48750/acv.315>

Lopes, F. (2011). *Impacto socioeconómico das feridas crónicas*. https://www.arsnorte.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/3/2018/01/Parecer_14_2010_Feridas_Cronicas.pdf

Moore, Z., Butcher, G., Corbett, L., McGuiness, W., Snyder, R., & Acker, K. (2014). Documento de Posição comum: Tratamento de feridas em equipa. *Journal of WoundCare*, 23(5).

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25867/1/Tratamento_de_Feridas_em_Equipa.pdf

Vaz, A.; Cunha C.; Afonso, G. (2021). O Papel dos Sistemas de Compressão no sucesso do tratamento das úlceras de perna. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas 2021. ISBN 978-989-54770-8-1

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Validação de escala de literacia em saúde
sobre VIH para idosos

Título completo do manuscrito: Validação de escala sobre VIH para idosos

António Manuel Almeida Tavares Sequeira

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

ORCID: 0000-0002-0625-0321

Isabel Maria Ribeiro Fernandes

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda

ORCID - 0000-0001-7478-9567

Teresa Isabel Almeida Tavares Sequeira

Unidade Local de Saúde da Guarda

ORCID: 0000-0002-4147-4849

Resumo

A literacia em saúde sobre a síndrome o VIH/SIDA pode ser uma ferramenta-chave na gestão da doença e na redução das taxas de incidência. No âmbito da população idosa verifica-se que muitos não valorizam o risco de contrair a doença, percecionando-a como uma doença dos mais jovens. O objetivo deste estudo foi construir um instrumento de avaliação sobre conhecimentos acerca do VIH para idosos. Foi realizado um estudo metodológico, recorrendo à caracterização psicométrica da escala, através da consistência interna e validade e regressões lineares multivariadas, utilizando uma amostra não probabilística de 350 utentes. A escala apresenta bons valores de consistência interna e permite avaliar a literacia sobre o VIH/SIDA. É constituída por 42 itens, com um *score* total que varia entre 42 e 84, onde valores superiores indicam um nível mais elevado de literacia sobre VIH/SIDA.

A Escala de Literacia sobre VIH/SIDA, revelam que os itens são classificados de razoáveis e

bons, oscilando os *Alfa de Cronbach* entre 0,778 e 0,818, com um alfa global de razoável ($\alpha=0,794$), demonstrando potencial para a sua utilização em investigação. As variáveis preditoras foram a idade e as habilitações académicas, sugerindo que quanto menos idade e mais escolaridade, mais elevada é a literacia sobre o VIH/SIDA.

Palavras-chave: literacia em saúde; síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA); estudo de validação; idosos

Introdução

A literacia em saúde é um fenómeno complexo que envolve o acesso e o uso de informações relacionadas com a saúde para informar e melhorar a tomada de decisão, comportamentos e resultados em saúde. Pode ser definida como as crenças e conhecimentos acerca dos problemas relacionados com a saúde que possibilitam o seu reconhecimento, gestão (no sentido do autocuidado) e prevenção. Trata-se de um conceito fundamental que se tem vindo a destacar nas mais diversas áreas de saber e intervenção profissional, como é exemplo a enfermagem (Jorm, 2014; Loureiro, 2015, Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Portugal é considerado um dos países precursores no que se refere “ao desenvolvimento de iniciativas e de ações no âmbito da promoção da Literacia em Saúde”, assumindo-se na atualidade como um exemplo internacional na área, uma vez que há a consciência de que a literacia em saúde é uma “prioridade de saúde pública e um desafio para toda a sociedade” no que concerne “à disseminação de conhecimento e utilização do mesmo”, possibilitando “melhores escolhas de saúde no dia-a-dia” (Arriaga, 2019, s.p.).

Foram divulgados os dados do relatório anual sobre a situação de infeção com VIH e SIDA, tendo sido destacados os dados mais recentes da vigilância epidemiológica da infeção por VIH em Portugal, tendo-se apurado que a maioria (71,8%) dos novos casos de infeção em adolescentes e adultos (≥ 15 anos) registou-se em homens (2,5 casos por cada caso em mulheres) e a mediana das idades, à data do diagnóstico, foi de 39 anos. Em 63,6 dos novos casos as pessoas tinham entre 25 e 49 anos e em 27,6% tinham idade igual ou superior a 50 anos, o que revela dados preocupantes (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge,

2021).

Os instrumentos de avaliação da literacia em saúde permitem avaliar o grau de conhecimento de uma determinada população e, conseqüentemente, contribuem para o delineamento das intervenções a implementar no âmbito da promoção da saúde. Em termos de instrumentos de colheita de dados para avaliar a literacia sobre o VIH verificou-se que não existiam para a população portuguesa, sentindo-se a necessidade de criar um instrumento que permitisse avaliar esse mesmo nível de literacia na população idosa. Neste sentido, desenvolveu-se um instrumento denominado de Escala de Literacia em Saúde acerca do VIH/SIDA para a população idosa, sendo o objetivo deste artigo apresentar a validação da mesma para a população idosa, de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro.

A literacia em saúde é encarada como um dos grandes objetivos a atingir no nosso século e o investimento na sua promoção permite o desenvolvimento da capacitação das pessoas, para que possam ter um papel mais ativo no controlo da sua saúde e tomar decisões conscientes e adequadas.

Para Chesser, Woods, Smothers e Rogers (2016) a literacia em saúde traduz o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas. Os mesmos autores sugerem que baixos níveis de literacia em saúde são preditores de resultados de saúde diminutos. O *status* socioeconómico, a idade, a raça, a cognição e o nível de escolaridade são considerados fatores determinantes da literacia em saúde, sendo a idade um dos mais altos correlatos de baixa literacia em saúde.

É importante que se incrementem ações preventivas e de vigilância, capacitando-se os profissionais de saúde, mormente os enfermeiros, para o estabelecimento de uma comunicação clara com os utentes, visando a melhoria do nível de saúde e da qualidade dos cuidados de saúde. Exige-se uma reflexão conjunta, compreendendo as várias partes interessadas na promoção da literacia em saúde como instrumento capaz de otimizar “o funcionamento dos sistemas de saúde, a qualidade de vida das pessoas”, particularmente “das pessoas com doença”, e para que toda a sociedade possa também beneficiar dessa

melhoria, como um todo (Almeida, Sila, Rosado, Miranda et al. 2019, p. 19).

Métodos

Tipo de estudo

O presente estudo é de natureza não-experimental, de natureza quantitativa, transversal e de carácter descritivo-correlacional.

População e amostra

Para este estudo recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por idosos utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro. Tendo em conta o efetivo da população, para um nível de confiança de 95%, o erro cometido situa-se acima dos 5.0%, obtendo-se uma amostra de 364 idosos. No entanto, há a salvaguardar que dos 364 inquéritos aplicados, 14 foram anulados por estarem mal preenchidos, ficando a amostra final constituída por 350 idosos. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 65 anos, saber ler e escrever; o utente apresentar aptidões cognitivas para o preenchimento do questionário.

As mulheres estão em maioria (66,3%), variando as idades mínima e máxima entre os 65 e os 94 anos. No total da amostra, a média de idade é de $72,17 \pm 6,31$ anos, sendo o grupo mais representativo o dos idosos na faixa etária dos 66-75 anos, representando 68,0% do total da amostra, com 21,4% de homens e 46,6% de mulheres.

Objetivos

Com este trabalho pretendeu-se avaliar o nível de literacia em saúde acerca do VIH/SIDA dos idosos de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro e validar a Escala de Literacia em Saúde acerca do VIH/SIDA para a População Idosa de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da região centro.

Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados resultou da aplicação de um protocolo de avaliação, que integra, na secção I, um questionário *ad hoc* (elaborado para o efeito), que permite a caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes, apresentando 6 questões concernentes à idade, género, estado civil, habilitações académicas, profissão e zona de residência. A secção II integra uma escala que foi elaborada pelos investigadores, de modo a avaliar a literacia sobre o VIH/SIDA, que se denominou Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA, constituída por 42 itens, com duas opções de resposta adaptadas no formato de escala tipo *Lickert* (pontuação de 1 – falsa; 2 - verdadeira) e que possibilitasse identificar o nível de literacia dos idosos sobre o VIH/SIDA, validada para o efeito. Assim, no conjunto de 42 itens: 27 são falsas (itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 33, 36, 37, 38, 39, 40 e 41) e 15 verdadeiras (itens 4, 8, 11, 15, 16, 18, 22, 23, 27, 30, 31, 32, 34, 35 e 42). O *score* total foi obtido pela soma da pontuação em todos os itens, ou seja, que varia entre 42 e 84, onde os maiores valores indicam um nível mais elevado de literacia sobre o VIH/SIDA. Esta secção contém ainda 5 questões que permitem recolher informações sobre o conhecimento que os idosos têm sobre: quais as populações de maior risco de contrair VIH (questão fechada com 8 opções de resposta); conhecimento do teste rápido para VIH (questão fechada, dicotómica “Sim/Não”); se os idosos já realizaram alguma vez o teste (questão fechada dicotómica Sim/Não e 2 itens de resposta aberta relativos ao número de vezes que fez o teste e há quanto tempo); se têm facilidade de acesso a informação sobre VIH/SIDA (questão fechada, dicotómica “Sim/Não”) e, em caso afirmativo, em que fontes (questão fechada com 5 opções de resposta, tais como, internet, revistas, figuras, panfletos, médico(a) e enfermeiro(a)).

Procedimentos metodológicos

A recolha de dados decorreu entre o dia 27 de março de 2019 a 30 de janeiro de 2020. Efetuou-se uma regressão linear múltipla, tendo sido usado o método *stepwise*, para a seleção das variáveis.

Considerações éticas

Foi obtido o consentimento informado no início do estudo, sendo numa decisão livre e esclarecida acerca de todas as implicações e riscos da sua participação. O preenchimento do instrumento de recolha de dados foi realizado em gabinete, garantindo o autopreenchimento, sem que pudesse haver influências externas. Foram enviados pedidos de autorização para a recolha de dados, dirigidos ao Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde e também à Enfermeira Chefe da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados em causa.

Resultados

Constata-se que a grande maioria dos idosos se situa na faixa etária dos 66-75 anos, representando 68,0% do total da amostra, com uma representatividade de 75 homens (21,4%) e 163 mulheres (46,6%). É de referir que 14,9% dos idosos possuem idade compreendida entre os 76-85 anos, 10,0% com 65 anos e, em menor percentagem, os idosos com mais de 85 anos (7,1%).

Os resultados relativos à literacia sobre o VIH/SIDA revelam, para a globalidade da amostra, uma média de 68,53 ($\pm 7,17$), onde o mínimo e o máximo oscilam entre 29 e 82. As mulheres, em média ($\bar{x}=68,78 \pm 7,67$), revelam um nível de literacia sobre VIH/SIDA ligeiramente mais elevado do que os homens ($\bar{x}=68,04 \pm 6,06$).

Para se determinar o conhecimento sobre VIH/SIDA, criam-se grupos de coorte calculados de acordo com a técnica estatística que utiliza a média $\pm$ ¼ do desvio padrão, nomeadamente (Pestana & Gageiro, 2014)⁷:

- i. Fraca literacia: mínimo e a média dos itens menos 0,25 do desvio padrão;
- ii. Moderada literacia: entre a média menos 0,25 do desvio padrão até à média + 0,25 do desvio padrão;
- iii. Elevada literacia: desde a média + 0,25 do desvio padrão até ao máximo.

Nesse sentido, foi possível obter quatro grupos que se classificam como: elevada literacia, boa literacia, moderada literacia e fraca literacia. Tendo em conta os resultados obtidos, pode dizer-se que o valor percentual mais elevado corresponde aos idosos com fraca

literacia (43,7%), seguindo-se os que possuem moderada literacia (32,9%) e, posteriormente, apenas 12,0% revelaram boa literacia e 11,4% elevada literacia sobre o VIH/SIDA.

Da leitura dos dados obtidos, pode referir-se que, na globalidade, verificam-se valores percentuais que revelam baixa literacia sobre o VIH/SIDA, com exceção nos seguintes itens onde se registam valores percentuais mais elevados de respostas corretas: item 2 “Existe cura para a SIDA” (90,4%); item 7 “O vírus VIH é destruído pela lixívia” (63,6%); item 8 “É possível contrair o VIH quando se faz uma tatuagem” (85,3%); item 9 “Uma mulher grávida VIH positiva pode passar o vírus ao seu filho” (95,4%); item 10 “O coito interrompido impede que uma mulher fique infetada com o VIH” (69,1%); item 11 “Uma pessoa pode contrair VIH se realizar sexo anal” (90,2%); item 12 “A lavagem dos órgãos genitais, após ter tido relações sexuais, impede que uma pessoa contraia o VIH” (65,6%); item 15 “O uso de preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair VIH” (97,4%); item 16 “Uma pessoa infetada com o VIH pode sentir-se e parecer saudável” (73,2%); item 17 “Pessoas infetadas com VIH apresentam rapidamente graves sinais de terem sido infetadas” (53,4%); item 18 “Uma pessoa pode estar infetada com o VIH durante 5 ou mais anos e não ter SIDA” (54,2%); item 19 “Existe uma vacina que impede o contágio de adultos com o VIH” (77,6%); item 20 “Existem medicamentos para o tratamento da SIDA” (63,0%); item 21 “Uma pessoa não fica contaminada através da prática de sexo oral com um homem portador do VIH” (77,0%); item 22 “É possível contrair o VIH mesmo que se tenha relações sexuais apenas uma vez, com um parceiro infetado” (91,0%); item 23 “O uso de preservativos são a melhor proteção contra o VIH” (94,8%); item 27 “Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a probabilidade de contrair VIH” (98,3%); item 31 “Uma pessoa pode ficar infetada através das secreções vaginais” (95,7%); item 34 “O VIH pode ser contraído pela transfusão de sangue” (95,7%); item 35 “Os toxicodependentes que partilham seringas podem ficar infetados com VIH” (98,3%); item 36 “A toma de vitaminas reduz o risco de infeção pelo VIH” (63,4%); item 40 “A pessoa com VIH/SIDA deve fazer de tudo para manter o seu estado de saúde em segredo” (53,1%); item 41 “As pessoas com VIH/SIDA devem ser excluídas da sociedade” (88,0%); item 42 “Muitas pessoas com VIH/SIDA são rejeitadas

quando os outros descobrem” (95,1%) conforme tabela 1.

Tabela 1

Resultado da literacia sobre o VIH/SIDA por item

Itens	Verdadeiro		Falso	
	n	%	n	%
1. VIH (vírus da imunodeficiência humana) e SIDA são a mesma coisa	194	56,6	149	43,4
2. Existe cura para a SIDA	33	9,6	88,6	90,4
3. Uma pessoa pode contrair o VIH através de toalhas e assento sanitário	201	58,1	145	41,9
4. Tossir e espirrar não espalham o VIH.	132	38,2	214	61,8
5. O VIH pode ser transmitido através da picada de mosquitos	220	63,6	126	36,4
6. A SIDA é a causa do VIH	230	67,6	110	32,4
7. O vírus VIH é destruído pela lixívia	126	36,4	220	63,6
8. É possível contrair o VIH quando se faz uma tatuagem	295	85,3	51	14,7
9. Uma mulher grávida VIH positiva pode passar o vírus ao seu filho	330	95,4	16	4,6
10. O coito interrompido impede que uma mulher fique infetada com o VIH	106	30,9	237	69,1
11. Uma pessoa pode contrair VIH se realizar sexo anal	312	90,2	34	9,8
12. A lavagem dos órgãos genitais, após ter tido relações sexuais, impede que uma pessoa contraia o VIH.	119	34,4	227	65,6
13. Uma alimentação saudável pode impedir o contágio com VIH.	266	77,6	77	22,4
14. Todos os filhos de mulheres grávidas e com o VIH vão nascer infetados	206	60,1	137	39,9
15. O uso de preservativo pode reduzir a probabilidade de contrair VIH	337	97,4	9	2,6
16. Uma pessoa infetada com o VIH pode sentir-se e parecer saudável	251	73,2	92	26,8
17. Pessoas infetadas com VIH apresentam rapidamente graves sinais de terem sido infetadas	160	46,6	183	53,4
18. Uma pessoa pode estar infetada com o VIH durante 5 ou mais anos e não ter SIDA	182	54,0	155	46,0
19. Existe uma vacina que impede o contágio de adultos com o VIH	77	22,4	266	77,6
20. Existem medicamentos para o tratamento da SIDA	216	63,0	127	37,0
21. Uma pessoa não fica contaminada através da prática de sexo oral com um homem portador do VIH	79	23,0	264	77,0
22. É possível contrair o VIH mesmo que se tenha relações sexuais apenas uma vez, com um parceiro infetado	312	91,0	31	9,0
23. O uso de preservativos são a melhor proteção contra o VIH	328	94,8	18	5,2
24. Pode contrair-se VIH ao beijar uma pessoa VIH positiva	230	67,1	113	32,9
25. Geralmente pode saber-se que alguém é VIH positivo pelo seu aspeto	186	53,1	164	46,9
26. Uma pessoa não pode contrair VIH se estiver a tomar antibióticos	287	82,0	63	18,0
27. Ter relações sexuais com mais de um parceiro pode aumentar a probabilidade de contrair VIH	344	98,3	6	1,7
28. Fazer o teste do VIH uma semana após a relação sexual dirá se a pessoa foi infetada	253	72,3	97	27,7
29. Uma pessoa pode contrair VIH se partilhar uma banheira ou piscina com uma pessoa infetada	215	61,4	135	38,6
30. Pode contrair-se VIH através do contacto com saliva, lágrimas, suor ou urina	270	77,1	80	22,9
31. Uma pessoa pode ficar infetada através das secreções vaginais	332	95,7	15	4,3
32. Pode contrair-se VIH através de sexo oral a uma mulher	35	10,0	315	90,0
33. Se o teste de uma pessoa for positivo, o laboratório onde realizou a análise tem que avisar os parceiros dessa pessoa	179	51,1	171	48,9
34. O VIH pode ser contraído pela transfusão de sangue	332	95,7	15	4,3

35. Os toxicodependentes que partilham seringas podem ficar infectados com VIH	344	98,3	6	1,7
36. A toma de vitaminas reduz o risco de infeção pelo VIH	128	36,6	222	63,4
37. O VIH pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, aperto de mão	295	85,0	52	15,0
38. O VIH pode ser transmitido por se beber no mesmo copo, usar o mesmo talher e o mesmo prato	273	78,0	77	22,0
39. Pessoas com VIH/SIDA perdem o emprego quando os seus empregadores descobrem que são portadores	238	68,0	112	32,0
40. A pessoa com VIH/SIDA deve fazer de tudo para manter o seu estado de saúde em segredo	164	46,9	186	53,1
41. As pessoas com VIH/SIDA devem ser excluídas da sociedade	42	12,0	308	88,0
42. Muitas pessoas com VIH/SIDA são rejeitadas quando os outros descobrem	333	95,1	17	4,9

Estudo psicométrico da Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA

Dado que esta escala foi criada para esta investigação, foi necessário proceder ao estudo das suas propriedades psicométricas, nomeadamente da sua validade e fiabilidade, características essenciais para garantir a qualidade informativa dos dados (Coutinho, 2014). A fiabilidade ou fidelidade de um instrumento permite avaliar se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador, isto é, verifica a consistência do processo de medição, baseado na associação entre dois grupos de observações resultantes de duas medições.

O *Alpha de Cronbach* (α) é o indicador mais aconselhado para a consistência interna de instrumentos de tipo escala de *Likert* e, de acordo com Pestana e Gageiro (2014, p. 531), define-se como a “correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica. Varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna:

- Muito boa: *alpha* > 0,9
- Boa: *alpha* entre 0,8 e 0,9
- Razoável: *alpha* entre 0,7 e 0,8
- Fraca: *alpha* entre 0,6 e 0,7
- Inadmissível: *alpha* < 0,6”

Ao analisarem-se os resultados da fiabilidade da Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA, através do alfa de Cronbach, os itens são classificados de razoáveis e bons, oscilando entre $\alpha=0,778$ no item 36 “A toma de vitaminas reduz o risco de infeção pelo VIH” e $\alpha=0,818$ no item 14 “Todos os filhos de mulheres grávidas e com o VIH vão nascer infectados”, com um

alfa global também classificado de razoável ($\alpha=0,794$).

Estudo da associação entre as variáveis preditoras da literacia sobre o VIH/SIDA

Para se estudar a relação entre as variáveis preditoras de literacia sobre o VIH/SIDA (habilitações literárias e idade), efetuou-se uma regressão linear múltipla, por se considerar o melhor método quando se pretende analisar em simultâneo a relação entre uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes de natureza quantitativa. Foi usado o método *stepwise*, para a seleção das variáveis.

As variáveis preditoras da literacia sobre o VIH/SIDA foram a idade e as habilitações literárias que explicam, na sua totalidade, 22,7% da variabilidade, com um erro padrão de regressão de 6,35 e os valores de F ($f=50,394$; $p=0,000$), com significância estatística, o que leva a inferir que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo sobre a literacia relativa ao VIH/SIDA.

Pelos coeficientes padronizados *beta*, constata-se que a idade estabelece uma relação inversa e as habilitações literárias estabelecem uma relação direta com a literacia sobre o VIH/SIDA, sugerindo que os idosos mais novos e com maior nível de habilitações literárias, apresentam maior nível de literacia sobre o VIH/SIDA, tal como exposto na tabela 2.

Tabela 2

Análise de regressão múltipla entre a idade, as habilitações literárias e a literacia sobre o VIH/SIDA

Variável dependente: Literacia sobre o VIH/SIDA					
R = 0,476					
R ² = 0,227					
R ² Ajustado=0,222					
Erro padrão de estimativa=6,35					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p
Constante		80,513		18,174	0,000
Idade		-0,241	-0,212	-4,230	0,000
Habilitações literárias		2,161	0,362	7,220	0,000
Análise de variância					
	Efeito	Soma Quadrados	Média Quadrados	F	p
Regressão	4068,802	2	2034,401		
Residual	13887,342	344	40,370	50,394	0,000
Total	17956,144	346			

No que se refere ao nível de literacia sobre o VIH/SIDA dos idosos estudados, o valor percentual mais elevado corresponde aos que revelam fraca literacia (43,7%), seguindo-se os que possuem moderada literacia (32,9%), com apenas 12,0% a revelarem boa literacia e 11,4% elevada literacia sobre o VIH/SIDA. Estes resultados corroboram o afirmado por Gakumo, Enah, Vance, Sahinoglu e Raper (2015), segundo os quais, a literacia em saúde é menor na população idosa e tem sido associada, no caso de idosos com VIH/SIDA, à não adesão aos medicamentos, tratamento e procura de cuidados de saúde. No seu estudo qualitativo, com 20 idosos afro-americanos com VIH positivo, 45,0% da população estudada apresentava baixa literacia em saúde. Neste sentido, os mesmos autores sugerem a necessidade de intervenções direcionadas à população idosa, infetada ou não pelo VIH, a fim de aumentar o seu nível de literacia e melhorar a gestão da doença e os resultados ao nível da sua saúde. Gautério et al. (2013), salientam que o baixo nível de literacia, em relação ao VIH/SIDA na população idosa, torna-a mais vulnerável à própria doença.

Discussão

Os resultados obtidos permitiram traçar um perfil sociodemográfico e profissional para os protagonistas deste estudo. O sexo feminino predomina (66,3%), variando as idades mínima e máxima entre os 65 e os 94 anos. No total da amostra, a média de idade é de $72,17 \pm 6,31$ anos, sendo o grupo mais representativo o dos idosos na faixa etária dos 66-75 anos, representando 68,0% do total da amostra, com 21,4% de homens e 46,6% de mulheres.

Estes resultados corroboram o panorama nacional, atendendo a que Portugal, a par da maioria dos países ditos desenvolvidos, tem-se assistido, nas últimas décadas, a alterações significativas da sua estrutura populacional, traduzidas por modificações da pirâmide etária, aumento da esperança média de vida, assim como aumento da população idosa. Os dados provisórios do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2021) referentes aos últimos Censos nacionais indicam que a população residente em Portugal é de 10 344 802, representando um decréscimo populacional de 2,1% nos últimos 10 anos, tendo-se agravado o fenómeno do envelhecimento da população, com o aumento expressivo da população idosa e a diminuição da população jovem: em 2021 existiam 182 idosos por cada 100 jovens. Ainda

em conformidade com o mesmo organismo, entre 2011 e 2021 registou-se uma diminuição da população portuguesa em todas as faixas etárias, excetuando a população com idade ≥ 65 anos, onde ocorreu um crescimento de 20,6%. Assim, em 2021, a percentagem de população idosa representava 23,4%, enquanto a população jovem (0-14 anos) era equivalente a 12,9%. No Centro do país foi registada uma percentagem de 27,0% de idosos e 22,6% no Norte.

Quanto à perceção dos idosos sobre as populações de maior risco de contrair VIH, apurou-se que a maioria refere serem as prostitutas ($n=289$), seguindo-se os que referiram os toxicod dependentes ($n=271$), os homossexuais ($n=244$), as pessoas jovens ($n=183$), havendo 86 idosos a considerarem também todas as pessoas, homens e mulheres, independentemente da idade. É de realçar que 30 idosos não sabem quais as populações de maior risco para contrair o vírus, 19 referiram ainda as pessoas idosas e 7 consideram os casais heterossexuais (homem e mulher) com relações estáveis. A OMS (2014) documenta que ainda há muitos idosos que não têm um conhecimento efetivo sobre a população de maior risco de contrair VIH, o que é referenciado pelos dados do presente estudo, uma vez que se registou que 30 idosos não têm conhecimento a respeito do assunto. O mesmo organismo informa que o aumento da incidência de VIH entre a população idosa tem sido relatado, com uma prevalência crescente ao longo dos anos em decorrência de níveis baixos de literacia em saúde. Muitos idosos não se consideram em risco de VIH e percebem-no como uma doença para os mais jovens (Maes & Louis, 2003).

É igualmente importante mencionar que, segundo Nardelli, Gaudenci, Silveira, Gracia et al. (2019)¹⁴, há uma diferença entre “ouvir sobre” e ter informações corretas sobre um assunto. Nesse sentido, o facto de muitos idosos terem “ouvido falar” sobre a doença não garante que estes tenham conhecimento ou informações corretas sobre a doença e, portanto, estejam cientes de si mesmos como indivíduos vulneráveis que podem ser infectados pelo VIH. Reconhecer a própria vulnerabilidade é um conceito mais amplo que o de risco e deve ser incluído em programas individuais e sociais. Portanto, requer considerar os determinantes sociais da doença, exigir a renovação das práticas de saúde e centrar na análise e intervenções multidimensionais (Silva Meira et al., 2015).

No estudo de Pimenta et al. (2016)¹⁶, grande parte dos idosos tinha insuficiente conhecimento sobre a definição, fontes de informação, tratamento e prognóstico sobre VIH, estando os seus conhecimentos enraizados na mistificação popular de que esta é uma patologia mais propensa a pessoas mais novas. Face a estes resultados, os mesmos autores salientam que a baixa literacia tem implícito o aumento da prevalência do VIH/SIDA na população idosa. Assim sendo, consideram ser essencial intervir junto desta amostra populacional, dotando-a de conhecimentos sobre o VIH/SIDA.

Tendo em consideração a elevada percentagem de idosos com fraca literacia sobre o VIH/SIDA, revela-se essencial a promoção de intervenções no âmbito da Enfermagem de Saúde Comunitária para empoderar a população no que se refere à literacia em saúde. Para tal há que recorrer a programas que abordem os vários conceitos sobre VIH/SIDA, vias de transmissão e prevenção e na sintomatologia associada ao diagnóstico, sobretudo junto da população idosa.

Conclusão

A literacia em saúde deve ser encarada como ferramenta essencial para a promoção da saúde, capacitação da população no âmbito da tomada de decisões conscientes acerca da sua saúde e para o desenvolvimento de competências para o futuro.

Com este trabalho pretendeu-se construir e validar um instrumento de avaliação do nível de literacia acerca do VIH para a pessoa idosa. Ao analisarem-se os resultados da fiabilidade da Escala de Literacia sobre o VIH/SIDA, através do alfa de Cronbach, os itens são classificados de razoáveis e bons, oscilando entre $\alpha=0,778$ e $\alpha=0,818$, com um alfa global também classificado de razoável ($\alpha=0,794$). A sua utilização no domínio da investigação em enfermagem poderá ser uma mais valia tendo em conta que o campo de atuação destes profissionais, sobretudo os especialistas em enfermagem comunitária, se destaca no âmbito da educação e promoção da saúde.

Referências Bibliográficas

- Jorm, A. F. (2014). Mental health literacy: Promoting public action to reduce mental health problems. In *Literacia em saúde mental: Capacitar as pessoas e as comunidades para agir* (Vol. 8, pp. 27-39). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.
- Loureiro, L.M.J. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV* (4), 79-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14031>.
- Pedro, A. R.; Amaral, O., & Escoval, A. (2016). LS, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European health literacy survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>.
- Arriaga, M.T. de (2019). Nota. In Almeida, C.V. de, Sila, C.R. da., Rosado, D., Miranda, B. et al. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde - Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- INE (2021). *Censos 2021 – Divulgação dos resultados provisórios*. Acedido em <https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21&xpid=CENSOS21&xlang=pt>
- Chesser, A.K., Woods, N.K., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology & Geriatric Medicine*; (2), 1–13. DOI: 10.1177/2333721416630492
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (6ª ed.) Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (3ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Gakumo, C.A., Enah, C.C., Vance, D.E., Sahinoglu, E., & Raper, J.L. (2015). “Keep it simple”: older African Americans’ preferences for a health literacy intervention in HIV management. *Patient Preference and Adherence*, 9, 2017-223. DOI: 10.2147/PPA.S69763
- Gautério, D., Vidal, D., Barlem, J. & Santos, S. (2013). Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: estratégia saúde da família. *Revista de Enfermagem Uerj*, 21(esp.2),

- 824-828. Acedido em https://www.academia.edu/26476778/A%C3%A7%C3%B5es_educativas_do_enfermeiro_para_a_pessoa_idosa_estrat%C3%A9gia_sa%C3%BAde_da_fam%C3%ADlia_Action_by_nurses_to_educate_older_adults_the_family_health_strategy_
- INE (2021). *Censos 2021 – Divulgação dos resultados provisórios*. Acedido em <https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21&xpid=CENSOS21&xlang=pt>
- World Health Organization (2014). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2014*. Acedido em https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/293623/HIV-AIDS-Surveillance-Report-Europe-2014-en.pdf
- Maes, C.A., & Louis, M. (2003). Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors among older adults. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15(11), 509–516. DOI: 10.1111/j.1745-7599.2003.tb00340.x
- Nardelli, G.G., Gaudenci, E.M., Silveira, R.E. da, Garcia, L.A.A., Malaquias, B.S.S., & Santos, A.S. (2019). Knowledge about HIV/AIDS in older adults using the services of Family Health Strategy. *Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine*; (52), 1-4. DOI: 10.1590/0037-86820355-2018
- Silva Meira, L.C., Morais, K.S., Nogueira, J.A., Silva, A.O., & Bittencourt, G.K.G.D. (2015). Conhecimento de idosos sobre vulnerabilidades ao HIV/ aids: uma revisão integrativa da literatura. *Journal of Research: Fundamental Care*, 7(Suppl), 96-104.
- Pimenta, C.J.L., Costa, I.P. da, Farias, M.C.A.D. de et al. (2016). HIV/AIDS and Seniors: Knowledge of the Elderly about the Disease. *International Archives of Medicine*, 9(20), 2-7. doi: 10.3823/1891

“Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Validação do Clock Drawing Test numa amostra de pessoas com ≥ 60 anos

Título resumido do manuscrito: Validação do CDT numa amostra geriátrica

Ana Beatriz Marques Carvalhinho

Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal | abcarvalhinho@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2775-1598

Helena Espírito-Santo

Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal | helenum@gmail.com

ORCID: 0000-0003-2625-3754

Agradecimento

a todos os colaboradores que contribuíram para a recolha da amostra, à Doutora Cristiana Duarte, às pessoas envolvidas no projeto Trajetórias do Envelhecimento.

Resumo

O *Clock Drawing Test* é um instrumento de administração breve que avalia o funcionamento cognitivo global. Este é útil como complemento diagnóstico e para o diagnóstico diferencial entre défice cognitivo ligeiro, severo e doença de Alzheimer. Por isso, é pertinente a validação do mesmo na população portuguesa com ≥ 60 anos.

Este estudo deteve como objetivo determinar a validade do sistema de cotação do *Clock Drawing Test* de Parsey e Schmitter-Edgecombe (2011) no rastreio de défice cognitivo numa amostra portuguesa com ≥ 60 anos.

Trezentas e onze pessoas idosas (60–93; $M = 74,63$; $DP = 8,56$), 65,6% da comunidade e 34,4% em apoio institucional, foram avaliadas com o *Clock Drawing Test*, *Frontal Assessment Battery*, *Mini-Mental State Examination*, *Trail Making Test*, *World Health*

Organization Disability Assessment Schedule, Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination e Phonemic Verbal Fluency Test.

A consistência interna foi de 0,80. Correlações moderada-elevadas com os restantes testes neuropsicológicos ($p < 0,01$) suportaram a validade convergente. Para a deteção de défice cognitivo, o ponto de corte do *Clock Drawing Test* foi de 6 pontos (Sensibilidade: 88,0%, Especificidade: 72,7%). O desempenho deste instrumento variou consoante a idade, escolaridade e origem (comunidade vs. apoio institucional).

O *Clock Drawing Test* é um instrumento válido e fiável para a avaliação das capacidades cognitivas. Apresenta uma fidedignidade adequada e uma boa precisão de deteção de défice cognitivo. Deste modo, permite uma avaliação do défice cognitivo rápida e fácil em pessoas com ≥ 60 anos.

Palavras-Chave: *Clock Drawing Test*, pessoas idosas, rastreio cognitivo, validação.

Introdução

Ao longo dos últimos anos tem-se vindo a observar um aumento da população idosa portuguesa (PORDATA, 2023), o que tem influenciado o aumento de problemas de saúde associados ao envelhecimento (Organização Mundial de Saúde, 2015). Com isto, verifica-se essencial adaptar as estratégias de avaliação e intervenção à constante necessidade dos sujeitos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2023).

O envelhecimento saudável é característico pelas mudanças que os indivíduos tendem a experienciar, tanto a nível físico como a nível cognitivo (Lima, 2010). O nível cognitivo pode ser influenciado por diversos fatores, podendo estes ser classificados como intrínsecos (e.g., fatores genéticos) ou extrínsecos (e.g., escolaridade, meio envolvente; Mello et al., 2012). Independentemente dos fatores, as alterações a nível cognitivo afetam a qualidade de vida da pessoa idosa.

Neste processo, algumas funções cognitivas parecem ser mais influenciadas, tais como, a capacidade de planeamento, sequenciação, organização, abstração, habilidades visuoespaciais e visuoespaciais, atenção, e memória a curto prazo (Paula et al., 2013;

Sunderland et al., 1989). Quando existe um comprometimento destas capacidades, pode-se observar o aparecimento de défices cognitivos (Mello et al., 2012).

Assim, o *Clock Drawing Test* (CDT) surge como um instrumento de avaliação neuropsicológica que permite o rastreio cognitivo e a classificação do défice cognitivo existente (Allone et al., 2018; Paula et al., 2013; revisão de Shulman, 2000). Este instrumento avalia capacidades como a compreensão, planeamento, reconstrução, execução motora, concentração, memória espacial, capacidades visuoespaciais e conceptuais (revisão de Hazan et al., 2017). Se estas capacidades apresentarem algum défice poderá implicar que o córtex pré-frontal e temporal estejam comprometidos (Shoyama et al., 2011). A ativação neuronal cerebral pode ser observada na execução do CDT (Talwar et al., 2019), no tempo necessário para realizar o teste e no processo linguístico associado à tarefa (Shoyama et al., 2011).

Inicialmente, o CDT surgiu como um instrumento incorporado numa bateria de testes desenvolvida por Head (1926), visando avaliar perturbações relacionadas com a apraxia construtiva. Atualmente, o seu propósito enquanto instrumento de rastreio é muito mais abrangente, sendo utilizado na avaliação de vários problemas neurocognitivos [défices cognitivos (e.g., Carnero-Pardo et al., 2019), demências, doença de Alzheimer (DA; e.g., revisão de Hazan et al., 2017), défice cognitivo vascular (e.g., Dong et al., 2020), demência vascular, doença de Parkinson (e.g., Allone et al., 2018), doença de Huntington, acidente vascular cerebral (AVC), lesão cerebral traumática, esquizofrenia, delírio e perturbações do foro afetivo (e.g., Palsetia et al., 2018)].

Importa mencionar que o rastreio precoce é de extrema importância para o controlo de possíveis alterações cognitivas ao longo do processo demencial (revisão de Hazan et al., 2017). Conforme o estudo de Umegaki et al. (2020), as pontuações do CDT mais baixas obtidas em indivíduos não dementes foram coincidentes com os indivíduos que começaram a demonstrar progressão de demência passado um ano, sendo os erros conceptuais os mais comuns.

O CDT é um instrumento vantajoso para a localização de lesões cerebrais e diagnóstico diferencial (Dong et al., 2020). Porém o seu nível de desempenho pode ser influenciado por

alguns fatores, que devem ser tidos em consideração, como a escolaridade (e.g., Carnero-Pardo et al., 2019) e a idade (e.g., Talwar et al., 2019).

Para além de poder ser afetado por alguns dos aspetos referidos, o CDT apresenta algumas limitações. Perante o estudo de Talwar et al. (2019), uma das limitações observadas foi a sensibilidade do CDT aos défices cognitivos, dificultando o diagnóstico do défice cognitivo patológico. Segundo Carnero-Pardo et al. (2019), outra limitação é a não avaliação da capacidade específica que desenvolve o défice cognitivo.

Ademais, o CDT mostra ser eficaz na descoberta de irregularidades, que nem sempre são encontradas através de outros instrumentos (e.g., MMSE). Estas irregularidades irão alertar os profissionais de saúde para aplicarem mais instrumentos de modo a poderem aprofundar a origem das mesmas (e.g., défices cognitivos, demências, perturbações afetivas; revisão de Palsetia et al., 2018).

Objetivos

A revisão de literatura demonstrou existir pouca investigação sobre as propriedades psicométricas do CDT na população idosa portuguesa. Assim, dado a sua importância na atualidade, o objetivo do presente estudo foi avaliar as propriedades psicométricas do CDT numa amostra de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos inseridos na população portuguesa.

Métodos

Procedimentos

Este estudo foi incluído no projeto *Trajetórias do Envelhecimento* que segue um conjunto de procedimentos. Numa fase inicial solicitou-se o parecer positivo dos autores para a aplicação dos instrumentos e das instituições para a recolha da amostra. A recolha de dados foi efetuada por psicólogos e discentes com formação e prática na avaliação (neuro)psicológica.

Os sujeitos inseridos na comunidade foram recrutados através da amostragem bola de neve e de conveniência geográfica, por pessoas conhecidas pelos avaliadores e que se encontravam localizadas na região central de Portugal.

Nas instituições foi concedido o acesso a registos médicos, com diagnóstico dos participantes, e realizou-se um questionário multidimensional com o intuito de avaliar os critérios de inclusão e exclusão. Todos os participantes deste estudo foram esclarecidos acerca dos termos de confidencialidade e anonimato, solicitando-se uma assinatura de um consentimento informado, consoante a Declaração de Helsínquia. Por fim, foram aplicados o CDT, *Frontal Assessment Battery*, *Mini-Mental State Examination*, *Trail Making Test*, *World Health Organization Disability Assessment*, *Mini-Addenbroke's Cognitive Examination* e *Phonemic Verbal Fluency Test*.

Participantes

Para a seleção da amostra geral (AG) foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: idade $\geq$ a 60 anos, nacionalidade portuguesa, compreender e assinar o consentimento informado, concordar em realizar os testes (neuro)psicológicos, ter aptidões físicas e cognitivas necessárias para participarem nas avaliações. Assim esta amostra contou com a participação de 311 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que 204 (65,6%) eram pessoas idosas inseridas na comunidade (PIC) e 107 (34,4%) eram pessoas idosas institucionalizadas (PII). Como consta na Tabela 1, a amostra foi constituída maioritariamente pelo sexo feminino ($n = 194$; 62,4%), com idades entre os 70 e 79 anos ($n = 108$; 34,7%) e com o 1.º Ciclo de Ensino Básico ($n = 216$; 69,5%).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra e Comparação dos Valores do CDT com os Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

Variáveis		n	%	χ^2	M	DP	t; d
Sexo	Masculino	117	37,6	19,06***	9,99	3,50	1,53; 0,18
	Feminino	194	62,4		9,35	3,50	
Idade	60 – 80	213	68,5	65,73***	10,23	3,44	5,25***; 0,68
	> 80	98	31,5		7,94	3,15	
Habilitações literárias	≤ 1.º ciclo do ensino básico	236	75,9	782,42***	9,03	3,53	-5,72***; -0,69
	≥ 2.º ciclo do ensino básico	75	24,1		11,35	2,79	
Espaço Geográfico	Urbano	115	37,0	113,12***	9,93	3,30	1,29; 0,15
	Rural	196	63,0		9,39	3,62	
Origem	PIC	204	65,6	30,25***	10,57	3,22	6,95***; 0,85
	PII	107	34,4		7,81	3,32	
IFC ^a	S/ déficit cognitivo	299	96,1	255,012***	9,80	3,37	4,62; 1,42
	C/ déficit cognitivo	11	3,5		5,00	3,58	

Nota. N = 311. AG = amostra geral; d = d de Cohen; PIC = pessoas idosas da comunidade; PII = pessoas idosas institucionalizadas; χ^2 = qui-quadrado da aderência; t = t de Student. A presença ou ausência de déficit cognitivo foi determinada através de um Índice de Funcionamento Cognitivo (IFC) que foi calculado com base na técnica de Benedict nas pontuações da *Frontal Assessment Battery*, *Mini Mental State Examination*, *Trail Making Test*, *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination* e Fluências de "P", "U" e "V".

^a Uma pessoa não foi incluída devido à recusa verbal em realizar a avaliação.

*** $p < 0,001$.

Instrumentos

O *Questionário sociodemográfico* recolheu informação relativa ao sexo, idade, nível de escolaridade, meio onde os sujeitos residiam e a sua origem.

O *Clock Drawing Test* [CDT, versão original Head (1926)] é um instrumento que avalia as capacidades cognitivas. Para a sua realização, pede-se ao sujeito que desenhe um relógio com os ponteiros a marcar as 11 horas e 10 minutos (revisão de Shulman, 2000). O sistema de cotação utilizado no presente estudo foi o de Parsey e Schmitter-Edgecombe (2011), que é constituído por seis domínios (*tamanho do relógio, dificuldades gráficas, adesividade ao estímulo, déficit conceptual, déficit espacial e de planeamento e perseveração*). A pontuação total é cotada através da subtração do total de número de erros encontrados ao total de número de erros do sistema de cotação (máximo = 16). Não

foi possível contabilizar o domínio do *tamanho de relógio*, uma vez que, na bateria de instrumentos, o mostrador já se encontrava pré-desenhado, e não foi possível cotar dezasseis protocolos devido a problemas de digitalização (5,1%).

A *Frontal Assessment Battery* [FAB, versão original de Dubois et al. (2000)] é um instrumento de rastreio cognitivo organizado em seis domínios: *prova de semelhanças, fluência lexical, séries motoras de Luria, instruções antagónicas, go-no-go e comportamento de preensão*.

O *Mini Mental State Examination* [MMSE, versão original de Folstein et al. (1975)] é um teste de avaliação cognitiva global organizado em seis domínios: *orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação diferida, linguagem e a visuoconstrutivo*.

O *Trail Making Test* [TMT, versão original de Partington em 1938; Allen e Haderlie (2010)] é composto por duas partes: parte A e parte B. A cotação do TMT foi realizada através do tempo de realização do teste pelo participante referente à Parte B (Arango-Lasprilla et al., 2015).

O *World Health Organization Disability Assessment Schedule* [WHODAS, versão original de World Health Organization (1988)] é um instrumento, constituído por 12 itens, que avalia o nível de funcionalidade global através de seis domínios: *cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida diária e a participação*.

O *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination* [M-ACE, versão original de Hsieh et al. (2015)] é uma versão breve do questionário ACE-II, que avalia os domínios *atenção, memória, fluência verbal e visuoespacial* (Hsieh et al., 2015).

O *Phonemic Verbal Fluency Test* [TFVF, deriva do Teste de FV de Thurstone que fez parte do Primary Mental Abilities Test; Thurstone (1938)] é um instrumento de avaliação neuropsicológica de produção de palavras que avalia funções cognitivas complexas, como a linguagem, memória e as funções executivas.

Análise estatística

Para o tratamento dos dados e para a análise estatística foi utilizado o programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics, versão 28.0).

Numa fase inicial realizou-se a caracterização sociodemográfica da amostra global através das análises descritivas e do qui-quadrado da aderência. De seguida, procedeu-se ao cálculo das estatísticas descritivas de todos os instrumentos utilizados.

Posteriormente, foram avaliadas as propriedades psicométricas. Para avaliar a consistência interna foi calculado o alfa de Cronbach do CDT e para avaliar a validade convergente foi utilizada a análise correlacional de Pearson entre o CDT e os demais instrumentos. Para determinar a precisão diagnóstica estabeleceu-se o Índice de Funcionamento Cognitivo (IFC), recorrendo à FAB, ao MMSE, ao TMT, o M-ACE e às Fluências de “P”, “U” e “V”. Seguidamente procedeu-se à análise da curva de *ROC (Receiver Operating Characteristic Curve)* e dos valores da sensibilidade, especificidade e da área sob a curva (*area under the curve, AUC*), com o propósito de determinar o ponto de corte.

Por último, utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes para avaliar a capacidade discriminativa do CDT, de acordo com os grupos determinados pelas variáveis sociodemográficas.

O nível de significância estabelecido para os testes estatísticos foi um valor mínimo de alfa de 0,05.

Resultados

Análise descritiva e da distribuição de pontuações. A análise descritiva demonstrou uma média total de 9,59 (*DP* = 3,51) para o CDT (Tabela 2).

Tabela 2

Análise Descritiva e da Distribuição de Pontuações dos Instrumentos em Estudo e Correlações de Pearson do CDT com os Restantes Instrumentos/Domínios

Instrumentos	M (DP)	1.	2.	3.	3.1.	4.	5.	5.1.	6.	6.1.
1. CDT	9,59 (3,51)	—								
2. FAB	12,33 (3,86)	0,48**	—							
3. MMSE	26,73 (3,69)	0,51**	0,72**	—						
3.1. Visuoconstrutivo	0,58 (0,49)	0,32**	0,46**	0,53**	—					
4. TMT	191,18 (112,99)	-0,43**	-0,38**	-0,34**	-0,24**	—				
5. WHODAS	5,14 (8,87)	-0,21**	-0,27**	-0,29**	-0,23**	0,16*	—			
5.1. Cognição	4,34 (10,15)	-0,13*	-0,20**	-0,18**	-0,12*	0,10	0,80**	—		
6. M-ACE	20,44 (5,96)	0,52**	0,71**	0,73**	0,41**	-0,35**	-0,30**	-0,22**	—	
6.1. Visuoespacial	3,35 (1,53)	0,56**	0,58**	0,58**	0,45**	-0,34**	-0,30**	-0,23**	0,73**	—

Nota. N = 385. CDT = *Clock Drawing Test*; FAB = *Frontal Assessment Battery*; MMSE = *Mini-Mental State Examination*; M-ACE = *Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination*; TMT = *Trail Making Test*; WHODAS = *World Health Organization Disability Assessment Schedule*.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Propriedades Psicométricas

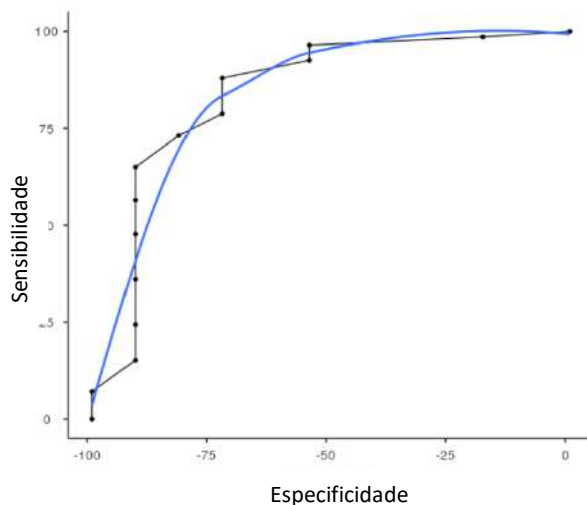
Consistência interna. Para avaliar a consistência interna foi calculado o alfa de Cronbach com base em todos os itens contabilizados no CDT, que revelou um valor adequado de 0,80 (Pallant, 2016).

Validade Convergente. O CDT demonstrou correlações moderadas com os restantes instrumentos, apresentando diferenças entre si ($Z > |1,96|$), exceto para as correlações com o MMSE e com o WHODAS ($Z < |1,96|$; Tabela 2; Espírito Santo & Daniel, 2017).

Precisão Diagnóstica e Determinação do Ponto de Corte. Inicialmente foi calculado o IFC, o qual expôs a existência de 11 (3,5%) pessoas com défice e 299 (96,1%) sem défice (Tabela 1).

Figura 1

Curva de ROC Representativa da Sensibilidade e Especificidade do CDT-Parsey na Detecção de Sujeitos com Défice Cognitivo



Relativamente ao poder de discriminação do CDT, a Figura 1 apresenta a curva de ROC, onde se pode observar uma boa precisão ($AUC = 0,84$; Braga, 2001). O ponto de corte do CDT encontrado foi 6, apresentando uma Sensibilidade de 88,0% e uma Especificidade de 72,7%. O Índice de Youden encontrado foi 0,61, o Valor Preditivo Negativo foi de 19,0% e o Valor Preditivo Positivo foi de 98,8%.

Diferenças individuais no CDT: Variáveis sociodemográficas

A comparação das pontuações do CDT entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas é apresentada na Tabela 1. O grupo com idade entre os 60 e os 80 anos ($M = 10,23$; $DP = 3,44$), com escolaridade superior ou equivalente ao 2.º Ciclo de Ensino Básico ($M = 11,35$; $DP = 2,79$) e inserido na comunidade ($M = 10,57$; $DP = 3,22$) foram os grupos com pontuações mais elevadas.

Discussão

Em Portugal, existe uma escassez de instrumentos de avaliação das capacidades cognitivas que estejam validados e adaptados para população geriátrica, o que debilita a eficácia dos

nossos corpos clínicos ao nível do diagnóstico e deteção precoce de problemas de saúde do foro cognitivo. Neste sentido, surge o CDT como teste neuropsicológico, de breve administração, que avalia o funcionamento cognitivo global (Allone et al., 2018; Paula et al., 2013; Shulman, 2000).

De acordo com Murphy e Davidshofer (2005), o valor apresentado por CDT, na consistência interna, foi moderado a elevado, exibindo uma boa confiabilidade, o qual foi superior comparativamente com o estudo de Aguilar-Navarro et al. (2018), cujo valor foi moderado a baixo (0,75).

Quanto à análise correlacional entre o CDT e os restantes instrumentos, foi possível verificar que o CDT avalia as capacidades cognitivas globais, com enfoque nas funções executivas. Os resultados demonstram que o CDT se correlacionou significativamente nas correlações com a FAB, o TMT e o M-ACE e apresentou correlações moderadas altas com o MMSE, o M-ACE e o seu domínio *visuoespacial*. Além disso, revelou correlações moderadas baixas com o domínio *visuoconstrutivo* do MMSE e o TMT.

O estudo de Lucero et al. (2019), observou a existência de correlações positivas significativas entre a FAB e o CDT e uma correlação negativa, inferior à do presente estudo, entre o CDT e o TMT. Tal mostra que o CDT, do presente estudo, apresenta maiores capacidades de avaliação das funções executivas do que demonstrado no estudo de Lucero et al. (2019). Em diferentes estudos observou-se que o MMSE apresenta correlações moderadas a elevadas com o CDT (e.g., revisão de Shulman, 2000). Perante estes resultados e, em consonância com estudos anteriores, pode-se verificar que as capacidades cognitivas e as funções executivas são avaliadas pelo CDT.

Conforme a análise da curva de *ROC*, o ponto de corte apresentado pelo CDT demonstra uma boa precisão de rastreio de défices cognitivos na população geriátrica portuguesa (Blake et al., 2002). O CDT apresentou uma sensibilidade e uma especificidade elevada, com um ponto de corte de 6 e os valores da *AUC* foram elevados, significando que o CDT apresenta utilidade diagnóstica relativa ao défice cognitivo. A especificidade encontrada parece ser semelhante ao do estudo de Aguilar-Navarro et al. (2018) e à da validação de Parsey e Schmitter-Edgecombe (2011). A sensibilidade encontrada na validação de Parsey

e Schmitter-Edgecombe (2011), ao contrário do observado no presente estudo, exibe um valor pequeno para os diferentes diagnósticos.

No estudo de Parsey e Schmitter-Edgecombe (2011) constam pontos de corte mais elevados, para o envelhecimento saudável, défice cognitivo ligeiro e DA, em comparação com o ponto de corte obtido no presente estudo. As diferenças existentes entre os pontos de corte poderão dever-se a um conjunto de variáveis, nomeadamente as diferenças sociodemográficas e o número elevado de doenças do foro cognitivo no estudo de Parsey e Schmitter-Edgecombe (2011).

Relativamente às diferenças individuais foi possível observar que as médias obtidas eram mais baixas quanto menor o nível de escolaridade e/ou quanto maior a idade. Na variável da escolaridade, o mesmo se pode observar noutros estudos (e.g., von Gunten et al., 2008), porém existem outros estudos no qual o mesmo não se sucedeu (e.g., Ilardi et al., 2020). Uma hipótese explicativa para estes resultados pode ser a influência que a escolaridade pode ter no desempenho de testes neuropsicológicos e nos seus domínios (Falcão, 2011). Uma outra possibilidade para que esta diferença seja mais significativa no presente estudo poderá ser a baixa escolaridade enquanto característica comum na população idosa portuguesa, sendo que a maioria da população idosa apenas tem o 1.º Ciclo de Ensino Básico (PORDATA, 2022). Referente à variável da idade, de acordo com Ayalon e Tesch-Römer (2018), com o avançar da idade existe um aumento do défice sensorial, que é suscetível de influenciar o processamento cognitivo. Tal poderá explicar o impacto que a idade tem no desempenho do CDT. Concluindo, idades mais avançadas e nível de escolaridade mais baixos indicam uma deterioração no desempenho do CDT.

O meio em que os participantes se inseriam também demonstrou influenciar o desempenho no CDT, tendo sido possível observar os sujeitos institucionalizados a obterem pontuações mais baixas. Esta diferença poderá ser explicada pelas diferenças que se verificam no estilo de vida, pessoas institucionalizadas apresentam um estilo de vida mais sedentário e um maior isolamento social. Estas características poderão influenciar a deterioração das capacidades cognitivas, sendo fundamental ter a variável do meio em consideração aquando a realização do CDT (Macedo, 2014).

Limitações e linhas futuras

Com o decorrer da investigação deparamo-nos com algumas limitações que deverão ser tidas em consideração em futuros estudos, nomeadamente a heterogeneidade da amostra. No presente estudo, não foi avaliada a influencia de algumas variáveis como o nível socioeconómico dos sujeitos e a sintomatologia depressiva (Tripathi et al., 2020). Importa mencionar que, durante a recolha da amostra, as instituições poderão ter selecionado pessoas idosas com maiores capacidades cognitivas e sem doenças do foro cognitivo, o que poderá ter influenciado os resultados obtidos (e.g., precisão de corte). Assim, é essencial que, em investigações futuras, seja realizada uma recolha da amostra com maior diversidade a nível das capacidades cognitivas e doenças associadas (e.g., doença de Alzheimer, demências, AVC).

Conclusão

O CDT verificou ser um instrumento de rastreio cognitivo válido, fiável, com uma fidedignidade adequada e boa precisão de diagnóstico do défice cognitivo em pessoas idosas. Importa salientar que o profissional deverá ter sempre em consideração as possíveis variáveis que poderão influenciar o desempenho do sujeito.

Referências Bibliográficas

- Aguilar-Navarro, S. G., Mimenza-Alvarado, A. J., Samudio-Cruz, M. A., Hernández-Contreras, F. J., Gutiérrez-Gutiérrez, L. A., Ramírez-González, F., & Avila-Funes, J. A. (2018). Validation of the Clock Drawing Test Scoring Method in older adults with neurocognitive disorder. *Salud Mental*, 41(4), 179–186. <https://doi.org/hb49>
- Allen, D. N., & Haderlie, M. M. (2010). Trail-Making Test. Em I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (pp. 1–1). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/cp62bq>
- Allone, C., Lo Buono, V., Corallo, F., Bonanno, L., Palmeri, R., Di Lorenzo, G., Marra, A., Bramanti, P., & Marino, S. (2018). Cognitive impairment in Parkinson's disease,

- Alzheimer's dementia, and vascular dementia: The role of the Clock-Drawing Test. *Psychogeriatrics*, 18(2), 123–131. <https://doi.org/hb5b>
- Arango-Lasprilla, J. C., Rivera, D., Aguayo, A., Rodriguez, W., Garza, M. T., Saracho, C. P., Rodriguez-Agudelo, Y., Aliaga, A., Weiler, G., Luna, M., Longoni, M., Ocampo-Barba, N., Galarza-del-Angel, J., Panyavin, I., Guerra, A., Esenarro, L., Martinez, C., & Perrin, P. B. (2015). Trail Making Test: Normative data for the Latin American Spanish speaking adult population. *NeuroRehabilitation*, 37, 639–661. <https://doi.org/gn6j6p>
- Ayalon, L., & Tesch-Römer, C. (Eds.). (2018). *Contemporary Perspectives on Ageism* (1.^a ed., Vol. 19). Springer International Publishing. <https://doi.org/gdmxjz>
- Blake, H., McKinney, M., Treece, K., & Lincoln, N. B. (2002). An evaluation of screening measures for cognitive impairment after stroke. *Age and Ageing*, 31(6), 451–456. <https://doi.org/d458nm>
- Braga, A. C. (2001). *Curvas ROC: Aspectos funcionais e aplicações* [Universidade do Minho]. shorturl.at/ltCRT
- Carnero-Pardo, C., Rego-García, I., Barrios-López, J. M., Blanco-Madera, S., Calle-Calle, R., López-Alcalde, S., & Vílchez-Carrillo, R. M. (2019). Assessment of the diagnostic accuracy and discriminative validity of the Clock Drawing and Mini-Cog tests in detecting cognitive impairment. *Neurología (English Edition)*, 36(1), Artigo S2173580821001371. <https://doi.org/hb5t>
- Dong, F., Shao, K., Guo, S., Wang, W., Yang, Y., Zhao, Z., Feng, R., & Wang, J. (2020). Clock-Drawing Test in vascular mild cognitive impairment: Validity of quantitative and qualitative analyses. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 42(6), 622–633. <https://doi.org/gg6x2n>
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). A FAB: A Frontal Assessment Battery at bedside. *Neurology*, 55(11), 1621–1626. <https://doi.org/gd593r>
- Espírito Santo, H., & Daniel, F. (2017). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (2): Guia para reportar a força das relações. *Revista Portuguesa*

- de *Investigação Comportamental e Social*, 3(1), 53–64.
<https://doi.org/10.7342/ismt.rpics.2017.3.1.48>
- Falcão, D. F. (2011). *Influência da escolaridade e da profissão no desempenho de idosos em testes neuropsicológicos* [Instituto Superior Miguel Torga]. shorturl.at/IDK57
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). «Mini-Mental State». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. <https://doi.org/b9jhjp>
- Hazan, E., Frankenburg, F., Brenkel, M., & Shulman, K. (2017). The test of time: A history of clock drawing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 22–30. <https://doi.org/hb5w>
- Head, H. (1926). *Aphasia and Kindred Disorders of Speech* (Vol. 1). Cambridge, The University Press. <https://wellcomecollection.org/works/xqxrgvkv>
- Hsieh, S., McGrory, S., Leslie, F., Dawson, K., Ahmed, S., Butler, C. R., Rowe, J. B., Mioshi, E., & Hodges, J. R. (2015). The Mini-Addenbrooke's Cognitive Examination: A new assessment tool for dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 39(1–2), 1–11. <https://doi.org/gmmbz>
- Ilardi, C. R., Garofalo, E., Chieffi, S., Gamboz, N., La Marra, M., & Iavarone, A. (2020). Daily exposure to digital displays may affect the Clock-Drawing Test: From psychometrics to serendipity. *Neurological Sciences*, 41(12), 3683–3690. <https://doi.org/hz4x>
- Lima, M. P. de. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/hb5z>
- Lucero, B., Ceballos, P. A., & Muñoz-Quezada, M.-Q. (2019). Evaluation of the reliability and convergent validity of a monitoring battery including three screening test (CDT, FAB and TMT) of neuropsychological outcomes on agricultural and non-agricultural workers from Chile. *Environmental Epidemiology*, 3, 252. <https://doi.org/h23x>
- Macedo, L. D. e D. de. (2014). *Estudo exploratório comparativo do declínio cognitivo senil após estimulação multissensorial e cognitiva em idosos institucionalizados e não institucionalizados* [Universidade Federal do Pará]. shorturl.at/fstzD

- Mello, B. L. D. de, Haddad, M. do C. L., & Dellaroza, M. S. G. (2012). Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Science*, 34(1), 95–102. <https://doi.org/cnwgr2>
- Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (2005). *Psychological testing: Principles and applications* (6. ed., international ed). Pearson Education International, Prentice-Hall.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*.
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). *Envelhecimento saudável—OPAS/OMS*. <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>
- Pallant, J. (2016). *SPSS Survival Manual* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Palsetia, D., Rao, G. P., Tiwari, S. C., Lodha, P., & De Sousa, A. (2018). The Clock Drawing Test versus Mini-Mental Status Examination as a screening tool for dementia: A clinical comparison. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(1), 1–10. <https://doi.org/hb53>
- Parsey, C. M., & Schmitter-Edgecombe, M. (2011). Quantitative and qualitative analyses of the Clock Drawing Test in mild cognitive impairment and Alzheimer disease: Evaluation of a modified scoring system. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 24(2), 108–118. <https://doi.org/dcv5p>
- Paula, J. J. de, Miranda, D. M. de, Moraes, E. N. de, & Malloy-Diniz, L. F. (2013). Mapping the clockworks: What does the Clock Drawing Test assess in normal and pathological aging? *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(10), 763–768. <https://doi.org/hb54>
- PORDATA. (2022). *População residente com 16 a 64 anos e 65 a 89 anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. PORDATA - Estatísticas sobre Portugal e Europa. <https://bit.ly/3Oiasj4>
- PORDATA. (2023). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Shoyama, M., Nishioka, T., Okumura, M., Kose, A., Tsuji, T., Ukai, S., & Shinosaki, K. (2011). Brain activity during the Clock-Drawing Test: Multichannel near-infrared

- spectroscopy study. *Applied Neuropsychology*, 18(4), 243–251. <https://doi.org/b7ph4d>
- Shulman, K. I. (2000). Clock-drawing: Is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 548–561. <https://doi.org/c98x9m>
- Sunderland, T., Hill, J. L., Mellow, A. M., Lawlor, B. A., Gundersheimer, J., Newhouse, P. A., & Grafman, J. H. (1989). Clock drawing in Alzheimer’s disease: A novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(8), 725–729. <https://doi.org/hb56>
- Talwar, N. A., Churchill, N. W., Hird, M. A., Pshonyak, I., Tam, F., Fischer, C. E., Graham, S. J., & Schweizer, T. A. (2019). The neural correlates of the Clock-Drawing Test in healthy aging. *Frontiers in Human Neuroscience*, 13(25), 1–12. <https://doi.org/ggjqct>
- Thurstone, L. L. (1938). Primary Mental Abilities. Chicago: University of Chicago Press. Em L. Thurstone & T. G. Thurstone, *Examiner manual for the SRA Primary Mental Abilities test*. Science Research Associates.
- Tripathi, R., Verma, Y., Srivastava, A., Shukla, T., Usman, K., Ali, W., & Tiwari, S. (2020). Usefulness of Clock-Drawing Test in Indian older adults with diabetes mellitus. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(1), 59–65. <https://doi.org/hb57>
- Umegaki, H., Suzuki, Y., Yamada, Y., Komiya, H., Watanabe, K., Nagae, M., & Kuzuya, M. (2020). Association of the qualitative Clock Drawing Test with progression to dementia in non-demented older adults. *Journal of Clinical Medicine*, 9(2850), 1–9. <https://doi.org/hb58>
- von Gunten, A., Ostos-Wiechetek, M., Brull, J., Vaudaux-Pisquem, I., Cattin, S., & Duc, R. (2008). Clock-Drawing Test performance in the normal elderly and its dependence on age and education. *European Neurology*, 60(2), 73–78. <https://doi.org/fq4ntk>
- World Health Organization. (1988). *WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS): With a guide to its use*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40429>

“As autoras declaram não existir qualquer conflito de interesse”.

Título completo do manuscrito: Projeto “Cuidar em Casa” Programa Terapêutico multidisciplinar de intervenção em idosos residentes em meios rurais.

Título resumido manuscrito: Projeto “Cuidar em Casa”

Bruno Trindade

Sport Health & Exercise Research Unit (SHERU)-Instituto Politécnico de Castelo Branco; Centro Social Comunitário do Peso;

Ricardo Pocinho

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, IP de Leiria; CICS.NOVA - IPLeiria

Anderson Amaral

Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar - UNIRIO

Domingos Santo

Escola Superior de Educação, IP de Castelo Branco

Sara Gordo

Escola Superior de Saúde de Leiria – IP Leiria; ciTechCare – IPLeiria; ANGES

Resumo

As problemáticas do Envelhecimento em zonas rurais têm sido uma das grandes preocupações, devido a fragilidade social, associada as questões do isolamento que já se faziam sentir e agravou-se no período da pandemia COVID-19.

Esse período exigiu grandes transformações nas metodologias de intervenção na tarefa de cuidar, onde as instituições procuraram adaptar-se as dificuldades, acrescida do risco da infecção pelo COVID-19.

Exigiu e exige grandes transformações nas práticas e adaptações individuais, coletivas e

institucionais. Neste sentido, as instituições têm observado uma maior dificuldade na gestão e adaptação à nova realidade, sendo que todos os serviços prestados e que primam pelo humanismo carecem de adaptação. Neste percurso adaptativo, é importante que o humanismo nos serviços prestados não perca o significado da tarefa de Cuidar.

O objectivo deste estudo foi perceber a envolvimento, a interação e a percepção sobre o papel das atividades de animação sociocultural na vertente terapêutica aplicada aos idosos de forma online e presencial num plano promovido durante a pandemia COVID-19 e pós pandemia.

Participaram, neste estudo, 40 pessoas idosas, utentes institucionalizados em Estruturas Residenciais para Idosos do Distrito da Covilhã.

Palavras – Chave: Pandemia; idosos; animação sociocultural e terapêutica; isolamento social

Introdução

O Envelhecimento é, sem dúvida, um processo biológico cujas alterações determinam a direção das nossas vidas, em decorrência das modificações que proporcionam. É uma realidade no mundo atual tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. É um processo inevitável, fruto das conquistas do homem na área de saúde e tecnologia. Nunca, no decurso da história, se teve tantas oportunidades de envelhecer como nos dias atuais. Isso é uma conquista que deve ser celebrada, não lamentada. Com a nossa evolução da idade vão se sentido algumas debilidades nas nossas capacidades, nas relações sociais, a perda do status social e económico o aparecimento de pequena debilidade físicas, com um “menu” extenso começam a surgir algumas perdas e frustrações associadas a sentimentos de tristeza, ao isolamento, a perdas de autonomia.

A tarefa de cuidar no domicílio, tem sido uma preocupação e esta temática tem desafiado a sociedade, os investigadores para um caminho de reflexão ao nível dos apoios, das infraestruturas, das ofertas de serviços, nas dinâmicas, mas a sua problemática de maior preocupação é a mudança de papéis as debilidades que ocorrem nesta fase de vida, o isolamento, exclusão social e a vulnerabilidade.

Neste sentido, e com o intuito de mudar a intervenção, os apoios, os comportamentos, as políticas sociais, a Animação Sociocultural na vertente terapêutica, assume um papel importante na prevenção e na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Este modelo de intervenção tem como objetivo primordial o contributo com a metodologia lúdica como estratégia para o bem-estar, a participação e a diversidade de experiências e atividades, onde a

Nesta interligação das estratégias permite maior acompanhamento individual e social na promoção de um envelhecimento ativo associando ao conceito de bem-estar no seu domicílio e de qualidade de vida de forma a assegurar uma velhice mais prolongada e mais saudável.

O objectivo deste estudo foi perceber a envolvimento, a interação e a percepção sobre o papel das atividades de animação sociocultural na vertente terapêutica aplicada aos idosos de forma online e presencial num plano promovido durante a pandemia COVID-19 e pós pandemia.

Participaram, neste estudo, 40 pessoas idosas, utentes institucionalizados em Estruturas Residenciais para Idosos do Distrito da Covilhã. Os resultados apresentados, tendo como problemática as importâncias de atividades para a manutenção da qualidade de vida nos aspetos sociais, físicos e cognitivos. Para diminuir o impacto que o isolamento social impõe, as atividades online e presencial foram um recurso que durante este período e tornaram-se uma realidade para os idosos e as suas instituições, de forma a manter uma rotina e minimizar as problemáticas do isolamento e redução dos níveis de demência e inatividade.

Contextualização do Projeto

O projeto Cuidar em Casa, consistiu num programa multidisciplinar de reabilitação e estimulação de idosos residentes em meios rurais desenvolvido em ambiente domiciliário e na comunidade, surgindo pela necessidade de fazer face ao gradual e agravado isolamento físico, social e alargar uma maior oferta de respostas a comunidade. De acordo com os dados levantados pelos Censos Sénior 2019, no distrito de Castelo Branco, foram sinalizados cerca de 1867 idosos a viver sozinhos/isolados.

Esta é uma problemática que acarreta consequências em diversos níveis, como físico, mental e social, pelo que deverão ser reunidos esforços, de forma a colmatar as dificuldades sentidas e prevenir outras problemáticas.

O isolamento sentido por parte dos idosos foi agravado pelo aparecimento do COVID-19 e consequência o surgimento de uma pandemia, uma vez que levou à privação do contacto social. Face à problemática exposta, o Centro Social Comunitário do Peso emerge com o projeto social, que apresenta como objetivo combater os efeitos do isolamento físico e social dos idosos residentes em meio rural, nomeadamente da União de Freguesias do Barco e Coutada e União de Freguesias do Peso e Vales do Rio, a partir da prestação de serviços domiciliários de uma equipa multidisciplinar. Em termos de objetivos específicos, no campo da saúde na área física motora, procurou-se prevenir e promove uma melhor qualidade de vida e manter a sua autonomia e, ajuda a minimizar os efeitos do isolamento e suas fragilidades ao nível da mobilidade, promovendo atividades para a manutenção das suas atividades de vida diária (e.g provocantes de rigidez muscular e dores) a partir de alongamentos e fortalecimentos musculares; melhorar a capacidade de locomoção e equilíbrio, autonomia e conforto; prevenir o aparecimento de complicações associadas à imobilização. No que concerne ao nível cognitivo, visou-se uma intervenção com vista a prevenção do declínio cognitivo, e nível emocional a promoção de competências sociais, especificamente a facilitação da relação entre familiares, por intermédio da partilha de apoio, competências e experiências. Por fim, no âmbito relacional, estimular, de acordo com as devidas medidas de segurança, a interação do idoso com vizinhos e a participação em atividades socialmente úteis para a comunidade. Para a concretização dos objetivos acima referidos, o projeto contou com a integração de uma equipa multidisciplinar de atuação direta, constituída por diversos técnicos nas áreas sociais, saúde e animação e serviços de apoio.

Equipa multidisciplinar

Uma equipa multidisciplinar consiste num grupo de profissionais que trabalham em colaboração em prol de objetivos comuns, pretendendo-se alcançar os melhores resultados

possíveis. Estes profissionais, a partir do trabalho conjunto, conseguem alcançar uma maior e mais diversificada percepção das problemáticas e questões em causa, uma vez que cada profissional, dentro da sua área, apresenta uma avaliação particular. Isto irá possibilitar diferentes abordagens de questões específicas, bem como o delineamento e implementação das terapêuticas mais adequadas.

Para o bom funcionamento de uma equipa multidisciplinar, considera-se importante que existam algumas competências como a capacidade de cooperação (participar voluntariamente, apoiar decisões da equipa e ser responsável pela sua parte do trabalho), partilha de informações (manter os restantes elementos da equipa informados e atualizados), abertura, articulação e flexibilidade de aprendizagem com os outros profissionais (valorizar a experiência dos outros, solicitar dados e valorizar ideias), encorajar e motivar os colegas, construir um espírito de equipa e ainda a capacidade de resolução de conflitos, promovendo e facilitando soluções construtivas. Especificamente no cuidado com o idoso a equipa multidisciplinar, a partir da integração e troca comunicacional, consegue constituir uma base para um diagnóstico clínico-funcional, levando a que a partir de uma ótica biopsicossocial seja possível observar, avaliar e desenvolver plano de intervenção mais direcionados ao utente como um todo. Ao longo dos tempos, várias são as equipas multidisciplinares constituídas, demonstrando-se a partir de alguns estudos a sua grande eficácia de atuação. Por isto e por se considerar uma mais-valia para a melhor prestação de cuidados, o *Projeto Cuidar em Casa* visou, desde o início, a sua criação. Desta maneira, conta no momento com a integração de seis áreas de atuação: apoio social, psicologia, animação sociocultural e terapêutica, fisioterapia, enfermagem e auxiliar de ação direta. Abrange diversas áreas, ajudando a estimular as vertentes sensoriais e cognitivas do cérebro e a desenvolver a vertente físico motora. Permite também estabelecer medidas adequadas à nossa realidade social no que concerne o envelhecimento populacional. Realiza um trabalho de prevenção de doenças e de quedas e promove a capacitação da autonomia, evitando a dependência. Fomenta uma maior diversidade de serviços complementares que visam, na implementação de estratégias de intervenção comunitária, a satisfação das necessidades específicas da população e dos idosos. A inclusão da

Animação Sociocultural nos serviços de apoio à comunidade, implicando uma mudança de metodologia de intervenção junto da população idosa, possibilita, não só, uma melhor assistência na prevenção e manutenção da qualidade de vida dos idosos, mas também, uma avaliação mais célere dos problemas, o que se traduz numa maior eficácia nos próprios cuidados de saúde.

Resultados

Avaliação do grau de satisfação dos utentes

Foram aplicados numa primeira fase, em julho, questionários de satisfação aos 39 utentes que se encontravam inscritos e disponíveis até à data. Destes, cerca de 71,79% são do género feminino e 28,21% do género masculino, 71,79% com idades superiores a 80 anos, 23,08% compreendidas entre os 70 e 79 e 5,13% dos 60 aos 69 e na 48,72% são utentes das respostas sociais Centro do Dia e Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Social Comunitário do Peso. (tabela 1).

Tabela 1

Caracterização dos inquiridos

	Número de utentes	Percentagem
Género		
Feminino	28	71,79%
Masculino	11	28,21%
Idade		
60-69 anos	2	5,13%
70-79 anos	9	23,08%
Mais de 80 anos	28	71,79%
Relação com o CSCP		
Utente	19	48,72%
Familiar/cuidador	1	2,56%
Parceiro – Particular	0	
Parceiro – Empresa, instituição ou serviço	0	
Colaborador	0	
Voluntário	0	
Não respondeu	19	48,72%

No que concerne ao grau de satisfação com a entidade promotora, foram avaliados parâmetros como o nível de credibilidade, confiança, número e qualidade dos serviços prestados e melhorias implementadas. Em todos os parâmetros os utentes responderam, numa escala de 5 pontos (“insuficiente”, “suficiente”, “bom”, “muito bom” e “não aplicável”), maioritariamente com “muito bom” (tabela 2).

Relativamente ao grau de satisfação com a informação, avaliado a partir dos parâmetros divulgação, atendimento presencial, atendimento telefónico e atendimento por e-mail e quanto ao grau de satisfação com os produtos e serviços, avaliado por serviços prestados, colaboradores, instalação e serviços, horários de funcionamento e tempo de resposta às solicitações, à semelhança ao ponto anterior, a maioria os utentes responderam com “muito bom” (tabela 2).

Tabela 2

Imagem global da organização

	1	2	3	4	5	Não respondeu
Entidade Promotora						
Credibilidade	0	0	0	39 (100%)	0	0
Confiança	0	0	3 (7,69%)	36 (92,31%)	0	0
Qualidade dos serviços	0	0	3 (7,60%)	36 (92,31%)	0	0
Serviços prestados	0	0	4 (10,26%)	35 (89,74%)	0	0
Melhorias implementadas	0	0	6 (15,38%)	32 (82,05%)	0	1 (2,56%)
Informação						
Divulgação	0	0	5 (12,82%)	33 (84,62%)	0	1 (2,94%)
Atendimento presencial	0	0	0	39 (100%)	0	0
Atendimento telefónico	0	0	5 (12,82%)	34 (87,18%)	0	0
Atendimento por e-mail	0	0	1 (2,56%)	3 (7,69%)	20 (51,28%)	15 (38,46%)
Produtos e serviços						
Serviços prestados	0	0	1 (2,56%)	38 (97,44%)	0	0
Colaboradores	0	0	1 (2,56%)	38 (97,44%)	0	0
Instalação e serviços	0	0	3 (7,69%)	35 (89,74%)	0	1 (2,56%)
Horários de funcionamento	0	0	7 (17,95%)	31 (79,49%)	0	1 (2,56%)
Tempo de resposta às solicitações	0	1 (2,56%)	4 (10,26%)	34 (87,18%)	0	0

Nota: 1 - Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom; 5 – Não aplicável

Relativamente à avaliação do grau de satisfação em geral com o Projeto, este foi avaliado a partir de oito questões, para as quais os utentes dispunham, à semelhança dos parâmetros anteriores, de uma escala de 5 pontos. Para todos os itens, pode-se constatar que a maioria dos utentes responderam com “muito bom”, refletindo a satisfação para com o projeto de uma forma geral (tabela 3)

Tabela 3

Avaliação da satisfação

	1	2	3	4	5	Não respondeu
O projeto mudou a sua qualidade de vida?	0	3 (7,69%)	10 (25,64%)	26 (66,67%)	0	0
Notou melhorias no seu dia-a-dia?	0	4 (10,26%)	9 (23,08%)	26 (66,67%)	0	0
Importância das atividades propostas	0	0	5 (12,82%)	34 (87,18%)	0	0
Nível de esforço para realização das tarefas solicitadas	0	1 (2,56%)	11 (28,21%)	27 (69,23%)	0	0
Recursos necessários para a realização de tarefas	0	0	6 (15,38%)	33 (84,62%)	0	0
Estratégias adotadas para a promoção da qualidade de vida	0	0	7 (17,95%)	31 (79,49%)	0	1 (2,56%)
Considera que as atividades desenvolvidas no projeto têm sido importantes para o seu dia-a-dia?	0	1 (2,56%)	6 (15,38%)	32 (82,05%)	0	0
Considera que as atividades desenvolvidas o estão a ajudar?	0	1 (2,56%)	8 (20,51%)	30 (76,92%)	0	0

Nota: 1 - Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom; 5 – Não aplicável

Por fim, dado à aplicação deste projeto durante a pandemia, optou-se por aplicar uma última variável referente à organização em contexto pandémico, cuja avaliação foi realizada pelos parâmetros “procedimentos existentes que visam melhorar a autonomia”, “ajustamento de regras e normas face aos desafios colocados pela pandemia”, “relevância do projeto” e “readaptação do CSCP para acompanhamento dos seus clientes”.

Averiguou-se que a maioria dos utentes respondeu com “muito bom” para todos os parâmetros em avaliação (tabela 4).

Tabela 4***Organização em contexto pandémico***

	1	2	3	4	5
Procedimentos	0	1 (2,56%)	9 (23,08%)	29 (74,36%)	0
Ajustamento das regras e normas	0	0	7 (17,05%)	32 (92,05%)	0
Relevância do projeto	0	0	3 (7,69%)	36 (92,31%)	0
Readaptação do CSCP	0	0	3 (7,69%)	36 (92,31%)	0

Nota: 1 - Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom; 5 – Não aplicável

2ª Avaliação

Numa segunda fase, em dezembro, procedeu-se à aplicação do mesmo questionário de satisfação a 52 idosos. Dos inquiridos da primeira avaliação, apenas 2 idosos não voltaram a ser inquiridos devido ao agravamento de estado de saúde e consequente institucionalização. Destes 67,31% do género feminino e 32,69% do género masculino, 69,23% com idades superiores a 80 anos, 26,92% compreendidas entre os 70 e os 79 anos e 3,85% dos 60 e 69 anos e 44,23% são utentes das respostas sociais Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário do Centro Social Comunitário do Peso.

Tabela 5***Caracterização dos inquiridos***

	Número de utentes	Percentagem
Género		
Feminino	35	67,31%
Masculino	17	32,69%
Idade		
60-69 anos	2	3,85%
70-79 anos	14	26,92%
Mais de 80 anos	36	69,23%
Relação com o CSCP		
Utente	23	44,23%
Familiar/cuidador	0	
Parceiro – Particular	0	
Parceiro – Empresa, instituição ou serviço	0	
Colaborador	0	
Voluntário	0	
Não respondeu	29	55,77%

No que concerne ao grau de satisfação com a entidade promotora, foram avaliados os mesmos parâmetros do inquérito inicial sendo eles: o nível de credibilidade, confiança, número e qualidade dos serviços prestados e melhorias implementadas. Em todos os parâmetros os utentes responderam, numa escala de 5 pontos (“insuficiente”, “suficiente”, “bom”, “muito bom” e “não aplicável”), maioritariamente com “muito bom” (tabela 6).

Relativamente ao grau de satisfação com a informação, avaliado a partir dos parâmetros divulgação, atendimento presencial, atendimento telefónico e atendimento por e-mail e quanto ao grau de satisfação com os produtos e serviços, avaliado por serviços prestados, colaboradores, instalação e serviços, horários de funcionamento e tempo de resposta às solicitações, à semelhança ao ponto anterior, a maioria dos utentes responderam com “muito bom” (tabela 6).

Tabela 6

Imagem global da organização

	1	2	3	4	5	Não respondeu
Entidade Promotora						
Credibilidade	0	0	12 (23,08%)	40 (76,92%)	0	0
Confiança	0	0	12 (23,08%)	40 (76,92%)	0	0
Qualidade dos serviços	0	2 (3,85%)	12 (23,08%)	38 (73,08%)	0	0
Serviços prestados	0	0	13 (25%)	39 (75%)	0	0
Melhorias implementadas	0	0	13 (25%)	38 (73,08%)	0	1 (1,92%)
Informação						
Divulgação	0	0	7 (13,46%)	44 (84,62%)	0	1 (1,92%)
Atendimento presencial	0	1 (1,92%)	6 (11,54%)	45 (86,54%)	0	0
Atendimento telefónico	0	1 (1,92%)	6 (11,54%)	42 (80,77%)	3 (5,77%)	0
Atendimento por e-mail	0	0	4 (7,69%)	3 (5,77%)	29 (78,85%)	4 (7,69%)
Produtos e serviços						
Serviços prestados	0	1 (1,92%)	7 (13,46%)	44 (84,62%)	0	0
Colaboradores	0	0	7 (13,46%)	45 (86,54%)	0	0
Instalação e serviços	0	0	8 (15,38%)	44 (84,62%)	0	0
Horários funcionamento	0	3 (5,77%)	9 (17,31%)	40 (76,92%)	0	0
Tempo resposta solicitações	0		7 (13,46%)	43 (82,69%)	0	1 (1,92%)
		1 (1,92%)				

Nota: 1 - Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom; 5 – Não aplicável

Relativamente à avaliação do grau de satisfação com o Projeto, este foi avaliado com as mesmas oito questões do inquérito inicial, para as quais os idosos dispunham, à semelhança dos parâmetros anteriores, de uma escala de 5 pontos.

Para todos os itens, à semelhança do inquérito inicial, pode-se constatar que a maioria dos

utentes responderam com “muito bom”, refletindo a satisfação para com o projeto de uma forma geral (tabela 7).

Tabela 7

Avaliação da satisfação

	1	2	3	4	5	Não respondeu
O projeto mudou a sua qualidade de vida?	0	1 (1,92%)	11 (21,15%)	40 (76,92%)	0	0
Notou melhorias no seu dia-a-dia?	0	1 (1,92%)	10 (10,23%)	41 (78,85%)	0	0
Importância das atividades propostas	0	2 (3,85%)	12 (23,08%)	38 (73,08%)	0	0
Nível de esforço para realização das tarefas solicitadas	0	1 (1,92%)	16 (30,77%)	35 (67,31%)	0	0
Recursos necessários para a realização de tarefas	0	1 (1,92%)	17 (32,69%)	34 (65,38%)	0	0
Estratégias adotadas para a promoção da qualidade de vida	0	4 (7,69%)	14 (26,92%)	34 (65,38%)	0	0
Considera que as atividades desenvolvidas no projeto têm sido importantes para o seu dia-a-dia?	0	3 (5,77%)	14 (26,92%)	35 (67,31%)	0	0
Considera que as atividades desenvolvidas o estão a ajudar?	0	1 (1,92%)	14 (26,92%)	37 (71,15%)	0	0

Nota 1 - Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom; 5 – Não aplicável

Relativamente, à variável organização em contexto pandémico, cuja avaliação foi realizada pelos parâmetros “procedimentos existentes que visam melhorar a autonomia”, “ajustamento de regras e normas face aos desafios colocados pela pandemia”, “relevância do projeto” e “readaptação do CSCP para acompanhamento dos seus clientes”.

Averiguou-se que a maioria dos utentes respondeu com “muito bom” para todos os parâmetros em avaliação, tal como no inquérito inicialmente aplicado, embora que com algumas diferenças. (tabela 8).

Tabela 8*Organização em contexto pandémico*

	1	2	3	4	5
Procedimentos	0	1 (1,92%)	8 (15,38%)	43 (82,69%)	0
Ajustamento das regras e normas	0	1 (1,92%)	12 (23,08%)	39 (75%)	0
Relevância do projeto	0	1 (1,92%)	9 (17,31%)	42 (80,77%)	0
Readaptação do CSCP	0	1 (1,92%)	8 (15,38%)	43 (82,79%)	0

Nota 1 - Insuficiente; 2 - Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom; 5 – Não aplicável

Por fim, dado que se está a aproximar o fim deste projeto e de maneira a avaliar a continuidade deste projeto, optou-se por aplicar uma pergunta referente ao pagamento da prestação de serviços (tabela 9). Averiguou-se que a maioria dos utentes não estão disposto a pagar algum valor pelos serviços do Projeto “Cuidar em Casa” referindo *que “não tenho rendimentos suficientes”*. Relativamente aos utentes que responderam que sim, estes referiram *“desde que não fosse muito exagerado”, “se tivesse que ser e se não fosse muito”, “dava um valor simbólico”*.

Tabela 9*Pagamento da prestação de serviços*

	1	2
Estaria disposto a apagar algum valor pelos serviços do Projeto “Cuidar em Casa”?	9 (17,31%)	43 (82,69%)

Nota: 1 - Sim; 2 – Não

No que concerne às diferenças entre as duas avaliações, apesar de se manter a predominância de respostas nível 4 (“muito bom”), apurou-se ligeiras diferenças, nomeadamente a diminuição da perceção de respostas nível 4 e aumento de respostas nível 3 (“bom”).

Conclusão

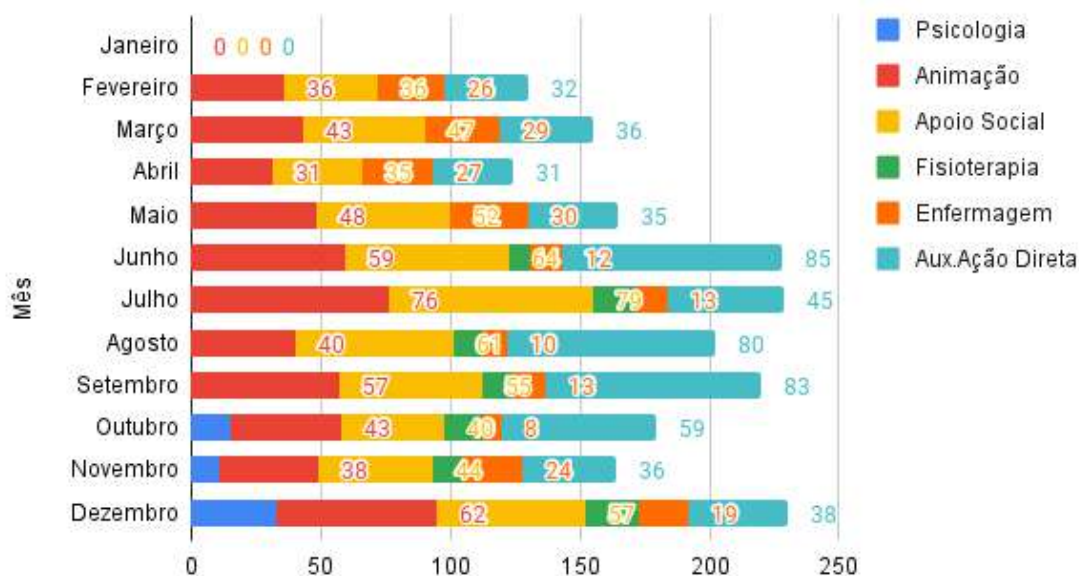
O projeto “Cuidar em casa” arrancou com o principal objetivo de combater o isolamento físico e social dos idosos, pelo que se considera que foi um objetivo alcançado. Foi visível,

quer a partir das melhorias observadas ao nível da socialização, saúde, bem-estar e componente física, bem como a partir dos próprios relatos dos utentes. Assistiu-se a uma constante referência às técnicas do projeto como algumas das suas principais companhias, sendo demonstrado um grande grau de satisfação com a presença dos técnicos *“Passei cá muitas dores sozinha. Não eram dores físicas, eram dores no coração. Senti-me muito sozinha. Há poucos vizinhos, os que há não saem de casa e é bom ter com quem comunicar. Eram só coisas más a acontecer, foi um período difícil e começar a receber estas visitas foi uma coisa boa, porque eu precisava muito de amor, de carinho”* in Notícias da Covilhã.

No que concerne às visitas, foram realizadas na totalidade 2026 visitas, das quais 570 na área de apoio social, 560 pela auxiliar de Ação Direta, 533 na área de Animação Sociocultural e Terapêutica, 211 na área de enfermagem, 93 na área da fisioterapia e 59 na área da psicologia.

Gráfico 1

Número de sessões por área de intervenção

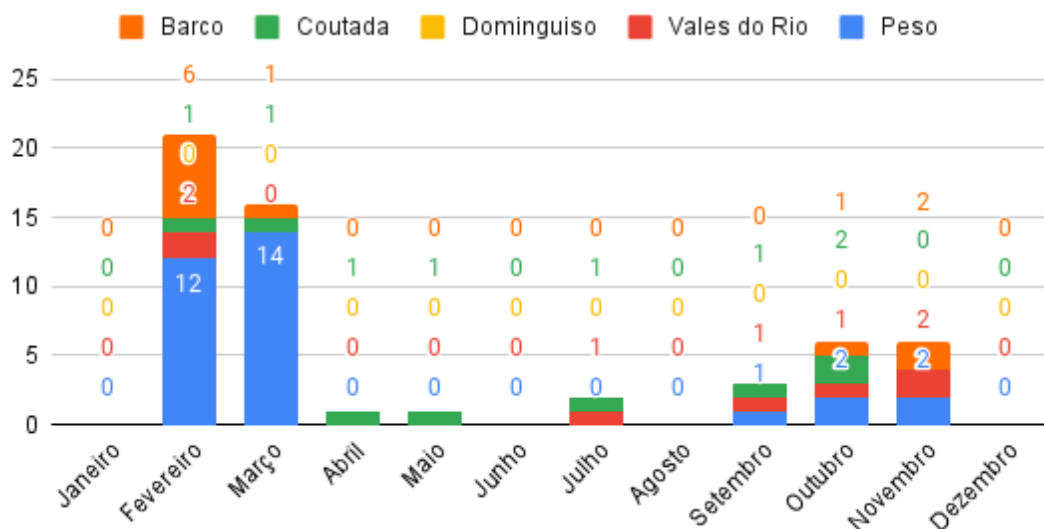


Relativamente à sinalização dos utentes, o maior pico foi visível nos meses de fevereiro e março, respetivos ao arranque do projeto. Nos meses de outubro e novembro voltou-se a verificar um elevado número de idosos sinalizados, devendo-

se à divulgação a que o projeto foi alvo a partir das diferentes entrevistas realizadas, nomeadamente nas estações televisas.

Gráfico 2

Número de idosos sinalizados por mês e freguesia



O projeto Cuidar em Casa apresenta algumas perspetivas futuras, como a integração da tecnologia. A ideia consistiria em promover a literacia tecnológica aos utentes, a partir da distribuição de *kits* tecnológicos e formação. Acredita-se que o meio tecnológico permitiria, logo à partida, um contacto mais próximo com os utentes, a partir da funcionalidade de videochamada e também de atividades de estimulação. Além do contacto mais próximo com os técnicos do projeto, acrescenta-se ainda o contacto com os próprios familiares. Esta é uma questão que, em certa medida, atenuaria o isolamento derivado quer pelo afastamento geográfico dos familiares como pela privação do contacto em contexto pandémico.

Nesse sentido e em termos de futuro de prevenção devia existir mais equipas multidisciplinares, que possibilitam um enfoque holístico no que tange à melhoria da saúde e qualidade de vida dos idosos. Na perspetiva multidisciplinar inclui-se o Técnico Superior de Animação Sociocultural para integrar os Centros de Saúde para ajudar a promover, aconselhar e a desenvolver atividades de Animação Terapêutica.

É com esta consciência, de que é fundamental prevenir para acautelar demências no futuro,

que a Animação Sociocultural, na sua vertente terapêutica, tem ganho relevância.

Além dos fármacos, há necessidade de outras terapias para a população idosa. Como tratamentos não farmacológicos, tem sido difundida a intervenção da Animação Terapêutica para os idosos, com atividades lúdicas em equipas multidisciplinares, com o destaque na Animação Sociocultural. A proposta é a estimulação de forma lúdica e terapêutica, onde podem ser incluídos vários tipos de dinâmicas que permitam uma multiplicidade de recursos e de intervenção que visam a melhoria de respostas na promoção da qualidade de vida, melhoria e manutenção cognitiva e motora com processos de socialização.

Neste sentido a Animação Terapêutica é a melhor ferramenta que permite ajudar a desenvolver e estimular as vertentes sensoriais e cognitivas do cérebro, contribuindo ainda a vertente da expressão físico motora.

A implementação da Animação Sociocultural, nos serviços de apoio à comunidade de forma consistente e planificada, na sua vertente Animação Terapêutica, é essencial, pois só trabalhando na prevenção se pode melhorar os Cuidados de Saúde.

Ajudando na prevenção e estimulação das suas capacidades, levando o ser humano a trabalhar as suas competências, prevenindo a longo prazo os problemas para o nosso Serviço Nacional de Saúde irão ser cada vez mais elevados, com a previsão de um aumento de pacientes.

Acautelar, trabalhar e desenvolver, é necessário efetuar as devidas prevenções.

É com esta consciência, de que é fundamental prevenir para acautelar demências no futuro, que a Animação Sociocultural, na sua vertente terapêutica, tem ganho relevância.

A Animação Terapêutica desenvolve e estimula as vertentes sensoriais e cognitivas do cérebro, contribuindo, assim, como um “medicamento” para a prevenção de doenças neurológicas. Sendo uma intervenção interativa e dinâmica cujo objetivo é auxiliar na melhora do desempenho cognitivo e motor dos idosos, a fim de alavancar o desempenho nas atividades diárias. Buscando proporcionar uma qualidade de vida, pois propicia melhoria no desempenho cognitivo, melhoria na capacidade funcional, autonomia, indepenencia, integração social; melhoria da atenção, concentração, memória,

aprendizagem, velocidade de raciocínio, linguagem e etc.

As atividades lúdicas como brincadeiras e jogos cognitivos segundo Pocinho et al. (2018) são capazes de promover um ambiente planejado, motivador, agradável e enriquecido, possibilitando a aprendizagem de várias habilidades. Os jogos cognitivos proporcionam benefícios cognitivos e motores às diversas faixas etárias, sendo um facilitador dos processos de aprendizagem e reabilitação. Os benefícios também repercutem no âmbito social, melhorando o desempenho funcional, mantendo e promovendo a independência e a autonomia dos idosos.

Entre as principais terapias associadas à Animação Socio Terapêutica podemos destacar os jogos cognitivos. Os jogos cognitivos conforme é citado por Amaral e Ohy (2018, p.78-79) é uma excelente estratégia para propiciar a mudança no estilo de vida dos idosos. Promovendo benefícios na saúde física e mental dos idosos, como também a socialização e a integração intergeracional, pois permite a interação entre familiares. Jogos tradicionais, como jogos de memória, bingos, dominós, além de lúdicos, podem ser um caminho agradável para se trabalhar a estimulação cognitiva e motora nesta população.

A proposta de inclusão Animação Socio Terapêutica visa elaborar intervenções compostas por atividades, “brincoterapia”, jogos cognitivos e psicomotores, assim como atividades de arte / ludicidade, integrativas, sociais e culturais, onde o trabalho é centralizado no idoso, buscando a qualidade de vida, promoção de saúde, autonomia e independência através do engajamento em atividades propositadas e significativas, escolhidas de acordo com as necessidades, objetivos e histórico ocupacional.

Valorizando as atividades significativas e simbólicas. Possibilita o trabalho interdisciplinar, interagindo os diversos profissionais que compõem a equipa multidisciplinar em saúde do idoso. Os cuidados com o idoso impõem desafios aos profissionais, que precisam deter habilidades plurais para lidar com situações variadas. Para uma intervenção bem-sucedida é necessário o trabalho interdisciplinar.

A Animação Socio Terapêutica surge na vertente terapêutica, assumindo um papel importante no atendimento e de intervenção na saúde do idoso. Com objetivo primordial na estimulação cognitiva e motora utilizando a metodologia lúdica como estratégia para o

bem-estar, a participação e a diversidade de experiências e atividades.

Referências Bibliográficas

- Amaral, A. & Ohy, J. (2018). Jogos Cognitivos e o Cérebro do Idoso. *Revista Psique*. Edição 151, 78-79.
- Cabral, M. & Ferreira, P. (2014). *O Envelhecimento Ativo em Portugal. Trabalho, Reforma, Lazer e Redes Sociais*. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos.
- Pereira et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 28 (1), 27-28.
- Pocinho, R., Trindade, B. Amaral, A. et al. (2018). *Diferentes perspetivas da Animação e do Envelhecimento*. Coimbra / Portugal.
- Rodrigues, Lizete de Souza; Soare &, Geraldo António. (2006). Velho, Idoso e Terceira Idade na sociedade contemporânea. *Revista Ágora, Vitória*, 4, 1-29.
- Silva, T.B.L.; Neves, G.S.; Almeida, E.B. & Santos, F.S. (2018) *Estimulação Cognitiva para Idosos: Ênfase em Memória*. 2ª edição. Editora Atheneu.

“Todos os autores declaram que não há conflitos de interesse.”

SECÇÃO RESUMOS

“Além do sol e mar”: uma perspetiva sobre a diversidade intrarregional do envelhecimento demográfico no Algarve

Patrícia Coelho

Faculdade de Economia, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

Ana Rita Teixeira

Faculdade de Economia, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

José de São José

Faculdade de Economia, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais I Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (NOVA FCSH)

Resumo

Se olharmos para o nível nacional, o Algarve, com quase 177 idosos por 100 jovens, surge como a quarta região do país com o maior índice de envelhecimento. Nos Censos de 2021, verificou-se que, embora os concelhos mais envelhecidos estejam situados em territórios de baixa densidade, foi nos concelhos do litoral que se registou um aumento dos efetivos populacionais com 65 ou mais anos, o que evidencia, deste modo, uma crescente urbanização da população idosa.

O principal objetivo desta comunicação é apresentar um conjunto de quatro perfis territoriais de envelhecimento para a região algarvia elaborados a partir da proposta de Padeiro (2018).

Esta tipologia cruza a proporção de pessoas com 65 anos ou mais anos (através da qual se obteve os pontos percentuais para cada município do Algarve) com a taxa de variação, entre 2001 e 2021, da população residente com 65 ou mais anos.

A conjugação destas duas variáveis permite dar conta das dinâmicas que se observam em determinados territórios, muitas destas que não chegam a ser captadas pela análise estatística ao nível das NUTS II ou NUTS III. É nosso entendimento que uma melhor compreensão das dinâmicas do envelhecimento demográfico que estão associadas aos diferentes contextos territoriais da região, pode contribuir de facto para o

desenvolvimento de futuras políticas públicas regionais e locais com impacto na qualidade de vida da população idosa do Algarve.

Palavras-chave: envelhecimento demográfico; perfis territoriais; políticas sociais; algarve

“Viver em ERPI: incluir as vozes que ninguém escuta”

Sílvia Saramago

Resumo

Esta proposta de comunicação inscreve-se nos trabalhos em desenvolvimento para elaboração de tese de doutoramento em Serviço Social intitulada “Viver em ERPI na Primeira Pessoa”.¹ Pretende-se dar conta de alguns dos resultados preliminares de uma pesquisa empírica de natureza qualitativa realizada em Estruturas Residenciais Para Idosos, por meio de entrevistas não diretivas em profundidade aos/às residentes e de observação participante e não participante de contextos da vida quotidiana dos/das mesmos/as. Esta pesquisa, empenha-se num duplo objetivo: decifrar aspetos significativos das experiências quotidianas de vida em ERPI na perspetiva dos/das residentes; incluir, enquanto observáveis, pessoas idosas habitualmente excluídas deste processo pelo facto de já não apresentarem um discurso lógico e coerente. Trata-se de refletir acerca das ferramentas ao alcance dos/das pesquisadores/as que se debruçam sobre as pessoas idosas, no sentido de tornar os seus protocolos de pesquisa mais inclusivos, porque capazes de integrar uma maior diversidade de observáveis no contexto deste grupo social. Os resultados preliminares desta pesquisa apontam para a existência de evidências de que perante capacidades cognitivas e/ou de comunicação oral seriamente comprometidas devido a processos demenciais ou outros, continua a ser possível encontrar marcas da afirmação da própria identidade, da manifestação de memórias significativas do próprio percurso de vida e ainda de capacidades de afirmação de vontades relativamente ao seu futuro.

Palavras-chave: Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI); Experiências quotidianas; Pesquisas empíricas inclusivas

(Re)pensar as organizações sociais de resposta ao envelhecimento: o caso das estruturas residenciais para pessoas idosas

Tiago Correia

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Helena Luz

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Investigadora no CEIS20

Observatório da Cidadania e Intervenção Social da Universidade de Coimbra (OCIS)

Resumo

A intensificação do processo de envelhecimento das sociedades ainda que constitua uma realidade à escala global, ocorre para Portugal a um ritmo comprovadamente acelerado, conferindo às respostas de cuidado às pessoas idosas, especificamente às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) oriundas das organizações da economia social, destacada centralidade. A recente pandemia da COVID-19, veio desafiar de forma substantiva as ERPI elevando a discussão em torno da urgência da reconfiguração destes contextos residenciais. Neste âmbito, o presente artigo, pretende - tendo por base um estudo exploratório de natureza qualitativa abrangendo uma amostra de oito interlocutores alocados a ERPI, auscultados por via de entrevistas semiestruturadas, sujeitas a análise de conteúdo - discutir os efeitos da pandemia da COVID nas estruturas residenciais, e em particular sobre os cuidados a idosos, e a par sugerir recomendações para as ERPI com o intuito de, face às circunstâncias de mudança, poderem reequacionar vias de reforço da prestação de cuidados humanizados.

Palavras-chave: envelhecimento; ERPI; pandemia COVID-19, humanização.

A conjugalidade da pessoa idosa em estruturas residenciais para idosos:

Resultados preliminares de uma Scoping Review

Florbela Bia

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Professora Adjunta na universidade de Évora-Departamento de Enfermagem e investigadora integrada do Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS). ORCID: 0000-0001-5822-6537, Portugal

Cristina Marques-Vieira

Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) e investigadora colaboradora no Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR). Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. ORCID: 0000-0002-4409-7911, Portugal

Resumo

Existe um hiato na investigação sobre o relacionamento conjugal das pessoas idosas em contexto de Estrutura Residencial Para Idosos, evidenciando a necessidade de desafios e inovação sobre o envelhecimento. Deteve como objetivo mapear o fenómeno conjugalidade na pessoa idosa em Estrutura Residencial Para Idosos. Trata-se de uma Scoping review, segundo a Joanna Briggs Institute, pela mnemónica PCC (População=Pessoa idosa, Conceito de interesse=conjugalidade e Contexto=Estruturas Residenciais Para Idosos). Na pesquisa recorreu-se a bases de dados internacionais via EBSCO e OpenGrey. Através do software Rayyan® e selecionou-se conforme título, resumo e texto integral. Considerou-se os estudos em inglês, espanhol e português, sem friso temporal, de natureza quantitativa e qualitativa. Excluídos estudos de pessoas viúvas, divorciadas, ou viver só. Extraídos dados em tabela, segundo os objetivos, representados em diagrama Prisma Scoping Review. Como resultados destacam-se 16 estudos constituíram a amostra, na maioria a abordagem foi qualitativa, mais concretamente a Grounded Theory, com a recolha de dados através de entrevistas. Os estudos abordaram um cônjuge, exceto em quatro casos, sendo apenas dois destes focalizados em casais. Existem semelhanças no processo experiencial vivido pelos casais na institucionalização. A conjugalidade preserva a continuidade da identidade de casal. Os achados destacam a necessidade de partilha de atividades conjugais, o ambiente e a

equipa não são consideradas fatores facilitadores da intimidade conjugal, podendo ser um obstáculo à conjugalidade. Os casais de idosos podem fazer as transições saudáveis em contexto de ERPI, no entanto, existe a necessidade de investigação nesta área e a conjugalidade deve ser vista sob um novo olhar.

Palavras-chave: revisão; relação conjugal; institucionalização

A importância do diagnóstico das alterações do ritmo circadiano na terceira idade

Diana Tavares

Escola Superior de Saúde I Instituto Politécnico do Porto

Resumo

O aumento da esperança média de vida nestes últimos anos tem potenciado a incidência/prevalência de determinadas patologias. Está descrito na literatura um aumento de distúrbios do sono relacionados com o envelhecimento como por exemplo patologias do sono associadas a doenças neurodegenerativas, mas também alterações relacionadas com os ritmos circadianos. Este estudo teve como objetivos analisar e sistematizar a literatura existente sobre esta temática. Trata-se de uma revisão sistemática nas bases de dados Pubmed, ScienceDirect e Web of Science, utilizando os termos “sleep”, “aging” e “circadian”, dos artigos publicados nos últimos 10 anos, em português e inglês, com recurso às guidelines PRISMA de 2020. Ainda em fase de recolha e seleção dos artigos, sendo que na Pubmed foi obtido um total de 744 artigos, de 8019 na ScienceDirect e 176 na Web of Science. Será apresentado o fluxograma PRISMA para apresentação das diferentes fases de seleção/análise e uma tabela síntese com os artigos finais. As alterações do ritmo circadiano do sono estão presentes em indivíduos na terceira idade, sendo muitas vezes, confundidas com outras queixas como a insónia. O seu correto diagnóstico depende da sensibilização tanto dos utentes como os profissionais de saúde, dando ênfase a uma intervenção precoce e cultivando as regras de higiene do sono.

Palavras-chave: estudos do sono; terceira idade; ritmo circadiano

Age-dependent reduction of polypharmacy after obesity and diabetes remission

Joana Dias

Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve (ESSUAlg)

Paulo Cardoso

Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas, Universidade do Algarve (FMCB-UAAlg) | Centro Hospitalar
I Universitário do Algarve (CHUA)

Mercedes Sanchez

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)

João Maia-Teixeira

Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA)

Ana Luísa De Sousa-Coelho

Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve (ESSUAlg) | Algarve Biomedical Center Research
Institute (ABC-RI), Universidade do Algarve

Abstract

Obese patients with type 2 diabetes (T2D) are at high risk of polypharmacy (taking ≥ 5 medications) because of multiple coexisting diseases (ex. hyperlipidemia, hypertension). Concurrent multiple chronic diseases in the elderly are associated with higher rates of polypharmacy, complications and mortality, based on an increased risk of drug-drug and drug-disease interactions. Remission of obesity, namely after bariatric/metabolic surgery (BS), may help control these conditions, resulting in the reduction of medication burden and adverse drug events. The main goal of this retrospective cohort study was to evaluate the evolution of the pharmacotherapeutic profiles of obese patients with T2D submitted to BS at 1 year after the procedure. From a sample of 78 patients, 41% were older than 55 years old (yo) (10% ≥ 65 yo). Before the procedure (M0), patients took on average 6.7 medicines, and 74% of the patients were polymedicated. At M0, mean

body mass index (BMI) was 42Kg/m², and HbA1c was 7%. Increased age was correlated with increasing number of medicines taken ($p<0.001$). One year after BS (M12), mean BMI was 29Kg/m², and HbA1c was 5.7%, reflecting a partial remission of both obesity and diabetes, and patients were taking a mean of 1.9 medicines and only 10.3% were taking 5 or more medicines. Although patients on polypharmacy at M12 were all older than 53yo (mean=59yo), 5 of 7 patients ≥ 65 yo (all polymedicated at M0) reduced at least by half the number of medicines. We conclude weight loss achieved by BS is a suitable strategy for polypharmacy reduction in the elderly.

Keywords: elderly; obesity; diabetes; polypharmacy; bariatric surgery

Ageing in place em territórios de baixa densidade demográfica de Portugal continental: alguns desafios e oportunidades

Alexandre Martins

Instituto Politécnico de Portalegre, CICS.NOVA

Isabel Muñoz

Instituto Politécnico de Portalegre

Luísa Carvalho

Instituto Politécnico de Portalegre, CIEP-UE

Resumo

Esta comunicação visa debater o conceito de ageing in place tendo em conta alguns dos principais desafios que a sua promoção coloca às comunidades em territórios de baixa densidade demográfica. O conceito tem vindo a tornar-se um referente central das análises, dos discursos e das práticas em torno dos processos de envelhecimento em vários países (Scharlach & Moore, 2016). Em Portugal o conceito tem vindo, igualmente, a fazer o seu caminho (Fonseca, 2018), constatação a que não serão alheios dados como os da preferência, largamente maioritária, dos indivíduos que envelhecem, por permanecerem no seu domicílio e comunidade em idade avançada.

Não obstante, amplos desafios, em múltiplos campos, se colocam à promoção de um ageing in place promotor de efetiva qualidade de vida, em particular nas regiões de baixa densidade demográfica, em que a relativa ausência de serviços dedicados às pessoas mais velhas, bem como a rarefação demográfica colocam problemas específicos a essa promoção.

A comunicação a apresentar visa debater esta temática convocando elementos teóricos sobre o ageing in place, mas também elementos empíricos, oriundos de processos de investigação desenvolvidos pelos autores, que permitem contextualizar e perspetivar de forma mais situada esses desafios.

Os dados apresentados serão oriundos de análise documental e de séries estatísticas oficiais e de inquérito por questionário. As conclusões versarão sobre alguns dos

principais défices e dificuldades que se colocam à implementação de um efetivo ageing in place em territórios de baixa densidade, bem a identificação de algumas oportunidades e apresentação de algumas recomendações de política.

Palavras-chave: ageing in place; territórios de baixa densidade demográfica; desafios; oportunidades.

Alta em cuidados continuados integrados, como melhorar? - Na perspetiva dos utentes, dos cuidadores e dos profissionais

Vanda Varela Pedrosa

Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria

Luís Miguel Machado

Escola Superior de Tecnologia e Gestão – Instituto Politécnico de Leiria

Cristina Garrido

Diretora Técnica da Unidade da Redinha

Soraia Vicente

Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria

Inês Sousa Lopes

Escola Superior de Saúde de Leiria – Instituto Politécnico de Leiria

Resumo

O internamento nas Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), visa a obtenção de ganhos em saúde e bem-estar, sobretudo em pessoas com 65 ou mais anos que, em algum momento perderam autonomia e funcionalidade. Como, este internamento, dura habitualmente até 90 dias, é decisivo planear atempadamente o regresso a casa. É precisamente, tudo o que envolve a alta que poderá ditar, a manutenção dos ganhos obtidos. Neste sentido, averiguou-se a perceção dos profissionais, utentes, cuidadores sobre o processo de alta. Desse conhecimento foi possível sistematizar o que impacta positivamente na manutenção de ganhos em saúde e bem-estar. Recorreu-se a metodologia qualitativa, num estudo de caso com 2 unidades de análise UMDR (uma em zona rural e uma urbana), onde se realizaram 20 entrevistas semiestruturadas com tratamento via análise de conteúdo. Os participantes destacaram o envolvimento/capacitação do utente/cuidadores, como favorecedor da manutenção

dos ganhos em saúde e bem-estar na alta. Tanto as famílias, como os profissionais reforçaram que, a capacitação deve incidir sobretudo em: (1) treinos de Atividades de Vida Diária e (2) Adequação de Barreiras Arquitetónicas e do Espaço Habitacional. Também o conhecimento sobre os recursos institucionais e individuais da comunidade de origem é decisiva, na perspetiva dos entrevistados. Neste sentido, parece continuar a ser imperioso repensar-se a alta das UMDR, a ser ponderada desde a referenciação até ao regresso a casa para que, o investimento em ganhos em saúde e bem-estar se mantenham, sobretudo no médio e longo prazo.

Palavras-chave: promoção do bem-estar; promoção da saúde; resultado tratamento; serviços públicos de saúde; serviços de saúde para pessoas idosas.

As universidades seniores do nordeste transmontano e a participação cívica e social na perspetiva dos líderes

Maria Cramês

Departamento de Ciências Sociais | Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Braga

Resumo

Esta comunicação pretende dar a conhecer a investigação que está a ser desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Ciências da Educação, tendo por objetivo principal analisar criticamente a forma como as universidades seniores (US) do Nordeste Transmontano promovem a participação cívica e social das pessoas mais velhas. Importa atender à diversidade destas pessoas na crescente investigação sobre a participação cívica (Serrat, Scharf, Villar, & Gómez, 2020). Considerando que as US valorizam a aprendizagem e desenvolvimento comunitário (Jacob, Torres, & Pocinho, 2018) e que se baseiam no princípio da aprendizagem ao longo da vida, compreendemos que a participação cívica e social pode fazer parte integrante do desenvolvimento de carácter pessoal, social e comunitário. No plano de investigação adota-se uma metodologia mista, predominantemente de natureza qualitativa, baseada no estudo de casos múltiplos. A investigação integra dois estudos. O primeiro incide no diagnóstico/caracterização das US quanto à participação cívica e social, contando com a participação voluntária dos líderes (membros da direção, gestores) das US. O segundo refere-se à auscultação das perceções das pessoas mais velhas, dos professores/educadores e outros voluntários relativamente à participação cívica e social nas US. O estudo 1 utiliza como instrumento de recolha de dados um questionário, procurando-se perceber de que forma as US do Nordeste Transmontano que participam no estudo promovem a participação cívica e social destas pessoas. Como resultados esperados prevê-se identificar diferentes contextos e práticas de participação, bem como perceções distintas sobre a forma como estas instituições valorizam a participação das pessoas mais velhas na sociedade.

Palavras-chave: participação cívica e social; aprendizagem ao longo da vida; universidades seniores.

Aspectos socioafetivos de idosos em um ambiente virtual de aprendizagem: um olhar a partir de learning analytics

Jacqueline Mayumi Akazaki

Leticia Rocha Machado

Patricia Alejandra Behar.

Resumo

A expectativa de vida da população idosa no Brasil aumentou para 76,3 anos em 2018, o que corresponde a um acréscimo de três meses referente aos dados anteriores, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Paralelamente, os avanços tecnológicos estão acontecendo de maneira rápida em todas as áreas, especialmente na educação, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas que possam auxiliar os idosos nos processos de ensino e de aprendizagem, principalmente na Educação a Distância. Nesse contexto, a análise do perfil socioafetivo em Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) possibilita a elaboração de metodologias e ferramentas para melhor interação dos idosos nessa modalidade de ensino. O AVA da Rede cOOperativa de Aprendizagem (ROODA) possui as funcionalidades Mapa Social e Mapa Afetivo que fornecem inferências e apresentações gráficas dos perfis sociais e afetivos dos usuários. Desta forma, este trabalho tem como objetivo identificar os possíveis Cenários Socioafetivos de idosos recorrentes em um AVA utilizando Learning Analytics (LA). A pesquisa possui uma abordagem qualitativa e quantitativa, sendo realizada com base em dois estudos de casos. O público-alvo foram 105 idosos que participaram de cursos de extensão em uma universidade pública no Brasil. Os dados coletados apontaram 51 Cenários Socioafetivos usando LA, que permite perceber sujeitos mais animados, satisfeitos, indefinidos afetivos e menos insatisfeitos e desanimados. A análise dos perfis dos idosos possibilita que os professores desenvolvam estratégias pedagógicas condizentes com as necessidades de cada indivíduo.

Palavras-chave: idosos; cenários socioafetivo; learning analytics; ambiente virtual de aprendizagem.

Competências digitais de influenciadores idosos: um foco na aprendizagem ao longo da vida

Carla Bueno Sigal

Leticia Rocha Machado

Patricia Alejandra Behar

Resumo

O presente estudo busca identificar quais são as competências digitais para atuação dos idosos como influenciadores digitais. A sociedade está cada vez mais conectada com as tecnologias digitais (TD), sendo impactada pelo acesso e velocidade com que as mudanças ocorrem. Nesse sentido, cresceu exponencialmente a quantidade de pessoas idosas que acessam a internet e buscam participar ativamente das mídias sociais. Essa nova forma de interagir nas redes criou possibilidades de empoderamento digital, prolongamento das funções intelectuais e sociais das pessoas idosas. Dessa forma, para que os seniores possam não apenas consumir, mas também produzir conteúdos apoiados pelas TD, faz-se necessário a construção de competências digitais voltadas para o uso crítico e seguro dos recursos tecnológicos. Além disso, ao utilizar as redes sociais para compartilhar seus conhecimentos e se posicionar frente a temáticas diversas, como moda, alimentação, viagens e bem-estar, acabam influenciando outras pessoas sobre decisões não só de compras, mas também de estilo de vida. A metodologia empregada caracterizou-se como abordagem qualitativa, exploratória, de natureza aplicada. Na coleta de dados foram utilizados questionários on-line, entrevista e observação em curso de extensão a distância. O público-alvo foram influenciadores e idosos com 60 anos ou mais. Assim, participaram 3 influenciadoras e 56 idosos. Os resultados prévios, mostraram três competências digitais primárias, sendo elas: Comunicação digital, Compartilhamento informacional e Engajamento digital. Desse modo, os resultados encontrados até agora, apontam para uma necessidade de construção de competências relacionadas à produção de conteúdo digital que sejam mais relevantes para obtenção de engajamento nas redes sociais.

Palavras-chave: competências digitais. influenciadores digitais. idosos. conteúdo digital.

Competências digitais: um foco no empoderamento das pessoas 60+

Letícia Rocha Machado

Resumo

O objetivo deste estudo é apresentar as competências digitais (CD) necessárias para idosos desenvolverem o empoderamento nas redes sociais digitais. A perspectiva de uma vida longa para os idosos representa desafios no que tange às tecnologias, as políticas públicas e a educação. Nesse processo, discutir uma educação permanente durante o envelhecimento é fundamental para que seja possível empoderar digitalmente do público mais velho. Portanto, entende-se que é necessário construir competências digitais que possibilitem o desenvolvimento do senso crítico, emancipatório e autoral pelas pessoas com 60 anos ou mais. As CD podem ser definidas como o uso crítico e seguro das tecnologias digitais para a solução de uma situação-problema. Elas são compostas por conhecimentos, habilidade e atitudes que permitem, através das suas mobilizações, atender a diferentes desafios que os idosos possam enfrentar. Assim, a presente pesquisa tem uma abordagem qualitativa do tipo interpretativa, de natureza aplicada, sendo exploratória quanto aos objetivos. O público-alvo foram pessoas de 60 anos ou mais, com conhecimento básico de informática que serão convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os instrumentos de pesquisa foram um questionário on-line. A pesquisa teve três etapas que permitirão mapear as CD. Assim, foram identificados três grandes grupos de competências: Alfabetização Digital, Letramento Digital e Fluência Digital. Desta forma, almeja-se que os resultados contribuam para o exercício do protagonismo dos idosos no contexto digital.

Palavras-chave: idosos; competências digitais; empoderamento.

Condições crônicas associadas a quedas em pessoas idosas institucionalizadas

Mayara Priscila Dantas de Araújo

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Paulo Henrique do Nascimento

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Gilson de Vasconcelos Torres

Resumo

Quedas e condições crônicas são frequentemente observadas em pessoas idosas que residem em instituições de longa permanência (ILPI), e são graves problemas de saúde pública. Este estudo teve como objetivo analisar a associação entre hipertensão, diabetes e quedas em pessoas idosas institucionalizadas.

Trata-se de um estudo transversal realizado em oito ILPIs na região metropolitana de Natal, Brasil. Os dados foram coletados entre fevereiro e dezembro de 2018 usando os prontuários e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Os participantes eram pessoas idosas (> 60 anos), presentes na ILPI no momento da coleta de dados. Para a análise dos dados, foram utilizados os testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher e o odds ratio, considerando um nível de significância de 5%. Os dados foram analisados no software SPSS.

Dos 224 participantes, 74,1% sofreram quedas nos últimos cinco anos. Os resultados mostraram uma associação entre quedas e idade entre 60 e 79 anos ($p=0,034$), presença de hipertensão ($p=0,002$) e diabetes ($p=0,006$).

Quando estas condições ocorreram simultaneamente, elas foram associadas às quedas ($p<0,001$). A idade entre 60 e 79 anos foi identificada como fator de risco para quedas (OR = 1,94, IC95% 1,05-3,60). As quedas foram associadas com hipertensão e diabetes nas pessoas idosas institucionalizadas.

Alguns medicamentos usados no controle da hipertensão e diabetes podem contribuir

para a ocorrência das quedas, sendo necessário incluir essas condições e seus medicamentos na avaliação do risco de quedas nas ILPIs.

Palavras-chave: pessoa idosa; instituição de longa permanência para idosos; doenças crônicas. acidentes por quedas.

Construção e evidências de propriedades psicométricas da escala de ações de autocuidado com enfoque nas atividades avançadas da vida diária para pessoas longevas

José Vitor da Silva

Fabiana de Souza Orlandi

Silvana Maria Coelho Leite Fava

Márcio Daniel Nicodemos Ramos

Bruna da Graça Macêdo Pereira

Marcos Toyotoshi

Resumo

As Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs) constituem um indicador de saúde entre as pessoas idosas. Por isso, construiu-se a Escala de Ações de Autocuidado com enfoque nas Atividades Avançadas da Vida Diária (EACAC-AAVD) e analisaram-se suas propriedades psicométricas. O estudo foi do tipo metodológico, descritivo e analítico. A amostra foi de 1200 entrevistados, de ambos os sexos, com 70 anos ou mais, residentes em cidades do sul do estado de Minas Gerais do Brasil. Os instrumentos utilizados foram: Instrumento de caracterização dos fatores condicionantes básicos de pessoas idosas, EACAC-AAVD e Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado. EACAC-AAVD ficou constituída por 20 itens e quatro domínios: Social (α Cronbach = 0,768), Lazer (α Cronbach= 0,643), Intelectual (α Cronbach = 0,708) e Religioso (α Cronbach = 0,704). A validade convergente foi satisfatória, pois apresentou correlação positiva e significativa ($p \leq 0,001$). Para a validação discriminante, foi utilizada as análises comparativas das variáveis sociodemográficas com as EACAC-AAVD, apresentando nível de significância entre as mesmas, o que demonstrou poder discriminativo. Sendo assim, a escala elaborada evidenciou confiabilidade e validade adequadas à realidade brasileira.

Palavras-chave: atividades avançadas da vida diária; atividades de autocuidado; propriedades psicométricas.

Contribuição da tecnologia para um envelhecimento saudável

Azevedo, F.

Unidade Saúde Familiar de Baião

Mota, D.

Unidade Saúde Familiar de Baião

Resumo

O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 161,3% em 2019 (PORDATA), o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente, por parte dos sistemas de saúde, segurança social, entre outros. Neste âmbito, a tecnologia oferece uma variedade de ferramentas e soluções que podem contribuir para um envelhecimento ativo e saudável. A boa utilização das tecnologias de informação, comunicação e eletrónica, é essencial para proporcionar à população idosa a manutenção do seu estilo de vida de uma forma autónoma, com qualidade e no seu ambiente familiar. Fez-se uma pesquisa na base Pubmed dos trabalhos científicos publicados com as Palavras-chave: “aging OR elderly” “technology OR smart*” “health OR care”, publicados desde 2017, perfazendo um total de 27 artigos. Como principais resultados destaca-se a contribuição da tecnologia para um envelhecimento saudável assenta nos seguintes eixos: monitorização da saúde – uso de equipamentos inteligentes; telemedicina; socialização - Aplicações de mensagens, videochamadas e redes sociais; segurança – Através de sistemas de segurança doméstica, dispositivos para alertas médicos, alertas de quedas; e aprendizagem/Informação São inúmeras as vantagens do uso da tecnologia para um envelhecimento saudável. No entanto, o uso excessivo de tecnologia pode levar a problemas psicológicos, como ansiedade, depressão e dependência. É importante destacar ainda que a tecnologia não substitui a importância de um estilo de vida saudável, da interação social presencial e do cuidado humano, mas pode ser uma ferramenta valiosa para ajudar a melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Palavra-chave: envelhecimento; saúde; tecnologia; smart*

Cybersêniors multiplicadores de saberes: Mapeamento do perfil de idosos

Tássia Priscila Fagundes Grande

Leticia Rocha Machado

Patricia Alejandra Behar

Resumo

Este trabalho tem como objetivo mapear o perfil dos cybersêniors multiplicadores de saberes na Educação a Distância (EaD). Essa necessidade surgiu a partir do panorama atual na qual os idosos estão cada vez mais compartilhando informações, tornando-se multiplicadores na EaD. Assim, a definição do perfil dos cybersêniors multiplicadores pode auxiliar no desenvolvimento de materiais educacionais e cursos para EaD considerando as diferentes especificidades do público. A metodologia caracteriza-se como qualitativa, sendo exploratória do tipo estudo de casos múltiplos. A coleta de dados foi realizada por meio de observações participantes, questionários, entrevistas e produções tecnológicas dos idosos em ambiente virtual de aprendizagem. No decorrer da pesquisa foi oferecido um curso de extensão para pessoas idosas, para que esses pudessem construir oficinas e atuarem como multiplicadores na EaD. Assim, participaram da pesquisa 12 cybersêniors multiplicadores, que criaram oficinas e atuaram como multiplicadores na EaD. Os dados coletados possibilitaram analisar que o perfil dos multiplicadores é bem específico e se caracteriza em ter interesse na construção de materiais digitais para compartilhar seus saberes com outras pessoas. Além disso, destaca-se o potencial para uma expansão dos materiais criados, assim como na oferta de mais cursos a distância para idosos de diferentes lugares do mundo.

Palavras-chave: cybersêniors. educação a distância. Multiplicadores

De fio a pavo - Os mais crescidos e as artes plásticas

Ana Maria Gonçalves

Resumo

Oficina Odivelas 55 eMais (OOCEM) é um conceito holístico de educação para a cidadania que convoca o bem-estar e a arte. Um projeto da Câmara Municipal de Odivelas (2019-2023), dirigido a pessoas com 55 e mais anos que residam ou trabalhem no Concelho. Desenhado para se desenvolver em dois espaços, um híbrido escritório-oficina-ateliê e equipas de serviços ambulatoriais que se deslocam aos domicílios dos munícipes elegíveis. O diagnóstico partindo de estudos de inquérito por questionário, revelou seis tipologias de problemas – cidadania, falta de respostas sociais, comportamental, socioeconómica e saúde. Contando com uma equipa multidisciplinar de facilitadores, prestadores de serviços e voluntários, desenvolvem-se um conjunto de ações para que cada participante tenha variados e saudáveis momentos. Por um lado, melhorar as condições de habitabilidade e melhorar a saúde através de terapêuticas não convencionais, por outro proporcionar fruição patrimonial e a experiência artística, ações das Atividades 7 e 8. No âmbito das aulas de Desenho e Pintura visitámos o Museu Militar de Lisboa. A título de passeio, fomos ao Museu da Tapeçaria de Portalegre – Guy Fino e ao Museu Francisco Tavares Proença Júnior onde encontramos arte têxtil contemporânea portuguesa e ainda a possibilidade de fazer oficinas de tapeçaria. Estas viagens, para alguns dos viajantes, porque frequentavam as aulas de tapeçaria, tornaram-se visitas de estudo, para outros, uma experiência que os trouxe às aulas de tapeçaria e de costura. Todas as ações do OOCEM têm tido boa aceitação e muita participação, sendo o sexo feminino o mais prevalente. Todos dizem querer repetir.

Palavras-chave: Odivelas, bem-estar, arte, património, museus

Digital transformation of physical and cognitive activities: let's get ACTIF

Flávia Borges-Machado

Actif, Portugal | Research Centre in Physical Activity, Health and Leisure (CIAFEL), Faculty of Sports,
University of Porto, Portugal

Sara Gonçalves

Actif, Portugal

Abstract

Older adults struggle to access specialised physical exercise and cognitive stimulation programs. Generally, when these individuals want to access activities adapted to their health conditions and preferences they need to acquire several materials or pay for multiple services. In parallel, institutions have difficulties offering personalised activities for their guests due to the heterogeneity of conditions, complexity of planning and scarcity of resources. At ACTIF, we provide on-demand videos that are automatically generated for individuals and groups. By using scientific evaluations tools, we diagnose the user's conditions and we automatically generate an activities plan. Our platform is multi-device compatible and we have an innovative approach for content production that makes it highly scalable. This exploratory study with a crossover design aims to examine the impact of using ACTIF for 3-months on cognitive function and functional capacity of healthy older adults. 150 community-dwelling adults (aged 60 years and older) will be randomly allocated in the two groups. In phase 1 participants in group A will use our digital solution and group B will not have access to the platform. After 3-months of intervention, there will be a 1-month washout period. In phase 2, the groups A and B will change between them. The main outcomes will be lower body function (Short Physical Performance Battery) and cognitive function (Montreal Cognitive Assessment Scale) measured at baseline, after phase 1, after washout period and after phase 2. Secondary outcomes will be quality of life (EQ-5D-3L), Satisfaction with Life (SWLs), 6-Metres Walk test and Timed-up-and-Go test.

Keywords: healthy ageing, age tech, digital health.

Dinâmicas territoriais do envelhecimento: a NUT III Beiras de Serra da Estrela

Ana Ventura Lopes

Instituto Politécnico da Guarda

Rosa Tracana

Instituto Politécnico da Guarda

Resumo

Com o aumento do número de idosos caminhamos, progressivamente, para o designado Inverno Demográfico. De acordo com os últimos dados estatísticos (INE), projeta-se que nas próximas décadas se assista, a uma inversão demográfica da população, podendo mesmo a população com 65 anos ou mais aumentar para os 37% até 2065. Tendo em conta que o índice de envelhecimento é de 182%, o índice de longevidade 48,7%, a esperança média de vida de 80,7% e a esperança de vida aos 65 anos é de 19,3%, são valores que nos demonstram a dimensão do fenómeno do envelhecimento.

A especificidade da área de estudo, Beiras e Serra da Estrela, não depende apenas dos elementos físicos da paisagem natural e dos seus condicionalismos, mas também da ação do Ser Humano, que tem um papel decisivo nas características deste território, tornando-se imprescindível uma abordagem demográfica, conducente à compreensão dos aspetos mais relevantes em termos das suas dinâmicas e das suas relações com o meio que ocupa. É nosso propósito fazer um retrato da realidade concelhia inserindo-a na sub-região respetiva, tendo em conta a dinâmica nacional. Apresentaremos uma abordagem comparativa dos diferentes concelhos que integram a NUT III Beiras e Serra da Estrela, de forma a ter uma leitura dinâmica global das tendências evolutivas da população, em cada um dos concelhos, comparativamente com os restantes, num primeiro momento. Numa segunda fase, abordaremos os diferentes indicadores analisados, à escala da freguesia, para que desta forma seja possível aferir acerca das suas dinâmicas internas.

Palavras-chave: envelhecimento; dinâmicas demográficas; Beiras e Serra da Estrela

Direito ao vento nos cabelos – pedalar sem idade Portugal

Margarida Guedes de Quinhones –

Diretora Executiva da Associação Pedalar Sem Idade Portugal

Resumo

A Pedalar Sem Idade pertence a um movimento internacional sem fins lucrativos, que nasceu na Dinamarca, em 2012, e que pretende combater o isolamento social e a solidão não desejada dos seniores ou pessoas com mobilidade reduzida, oferecendo passeios em bicicletas adaptadas (trishaws), realizados por pilotos voluntários devidamente treinados. O fundador, Ole Kassow, vê hoje a sua ideia presente em 59 países, com mais de 3 milhões de passeios realizados e meio milhão de beneficiários, com 3500 trishaws e mais de 36 000 voluntários envolvidos. Na Pedalar Sem Idade, apostamos numa intervenção comunitária, em rede, através do estabelecimento de relações de proximidade com parceiros, com o objetivo de unir comunidades locais, em particular em volta daqueles que se encontrem em situações de maior fragilidade e solidão. Avaliações realizadas noutros países (Espanha, Escócia e Dinamarca), evidenciam o impacto das atividades desenvolvidas na redução dos índices de solidão e no aumento do bem-estar e dos níveis da felicidade nos beneficiários. Os impactos positivos fazem-se sentir nos beneficiários diretos (os seniores ou pessoas com mobilidade reduzida), bem como nos beneficiários indiretos (os familiares ou cuidadores) e ainda nos voluntários. É uma solução simples, mas inovadora, sustentável e com um relevante impacto positivo. Através desta iniciativa, é possível envolver voluntários nas comunidades por forma a promover a participação ativa destes na resolução do problema do isolamento social e solidão, motivando o crescimento de uma atitude de cidadania ativa e participativa.

Palavras-chave: envelhecimento; solidão; inovação social

Doença arterial obstrutiva periférica: estratégia de rastreio na população idosa

Luís Claro

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Liliana Gonçalves

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Fábio Jesus

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Artur Carvalhinho

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Teresa Vaio

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Resumo

Atualmente Portugal é o país da União Europeia que está a envelhecer mais depressa. Por outro lado, está identificada uma prevalência da Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) até 10% na população geral, aumentando para 20% nos indivíduos com mais de 70 anos. Assim, o Hospital de Cantanhede está a implementar um rastreio para a DAOP dirigida à população idosa através da avaliação do índice de pressão tornozelo-braço (IPTB).

Este estudo deteve como objetivos avaliar o IPTB à população com idade igual ou superior a 50 anos; promover a acessibilidade para despiste de DAOP; identificar utentes para avaliação multidisciplinar diferenciada- Trata-se de uma medição do IPTB através de dispositivo automático específico para o efeito.

A população-alvo é referenciada pelos cuidados de saúde primários e, inseridos no projeto “Meios Complementares de Diagnóstico de Proximidade”, os Enfermeiros da Unidade de Tratamento de Feridas Complexas do Hospital de Cantanhede deslocam-se

semanalmente às unidades de saúde. Sendo detetado um valor de IPTB $< 0,9$ ou $> 1,4$, o utente é referenciado para avaliação multidisciplinar diferenciada. Com a inclusão desta nova valência o enfermeiro consegue medir em aproximadamente 3 minutos o IPTB. A medição do IPTB permite detetar tanto os casos sintomáticos como os assintomáticos relacionados com a DAOP.

É fundamental o rastreio precoce do IPTB, de modo a serem corrigidos os fatores de risco e controlar a progressão da doença. Deve ser promovida a literacia em saúde de toda a população, com vista à redução dos impactos clínico e económico associados à DAOP avançada e consequente carga sobre o SNS.

Palavras-chave: doença arterial periférica; índice tornozelo-braço; meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Efeitos de um programa de exercício físico multicomponente na aptidão física e na função cognitiva em idosos institucionalizados

Ana Pereira

Polytechnic Institute of Setubal

Luís Leitão

Polytechnic Institute of Setubal

Rui Bessa

University of Trás-os-Montes and Alto Douro

Jorge Soares

University of Trás-os-Montes and Alto Douro

Resumo

Este estudo pretendeu investigar os efeitos de um programa de exercício físico multicomponente na aptidão física e na cognição em idosos institucionalizados. A amostra foi constituída por 26 idosos institucionalizados, acima dos 65 anos, divididos em dois grupos. O grupo de intervenção, constituído por 12 idosos (84.75 ± 5.07 anos de idade, IMC 29.09 ± 3.76 kg/m²), realizou um programa de exercício físico multicomponente durante 16 semanas com uma frequência de 3 sessões semanais de baixo volume (25-35 minutos por sessão), onde foi dado ênfase a exercícios de força, marcha e equilíbrio dinâmico.

O grupo de controlo, constituído por 14 idosos (81.50 ± 7.90 anos de idade, IMC 29.69 ± 6.38 kg/m²), não realizou qualquer tipo de exercício físico. A aptidão física foi avaliada a partir da bateria de testes Senior Fitness Test, e para avaliar a função cognitiva foi utilizado o teste Mini Exame de Estado Mental.

Os idosos do grupo de intervenção, obtiveram melhorias significativas na aptidão física, nomeadamente em componentes de força de membros inferiores e superiores, flexibilidade de membros inferiores e superiores, agilidade e equilíbrio dinâmico/marcha e capacidade aeróbia, como também na função cognitiva ($p < 0.05$). Os

idosos do grupo de controlo apresentaram um declínio significativo nas variáveis força membros inferiores, capacidade aeróbia, como também na função cognitiva ($p < 0.05$). Estes resultados vêm reforçar a ideia de que a implementação de programas de exercício físico multicomponente têm um impacto positivo em componentes físicas e cognitivas, sendo estas variáveis fundamentais para a manutenção e melhoria da qualidade de vida e independência do idoso.

Palavras-chave: exercício físico; treino multicomponente; capacidade funcional; função cognitiva; mini-exame do estado mental; envelhecimento.

Envelhecimento e a aprendizagem ao longo da vida - projeto entre tempos

Alexandra Janeiro

Cooperativa Operária Portalegrense

Luísa Carvalho

Instituto Politécnico de Portalegre, CIEP-UE

Ana Fartouce

Cooperativa Operária Portalegrense

Abílio Amiguiho

Cooperativa Operária Portalegrense

Célia Tavares

Mindshift Talent Advisory

Resumo

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, contribuindo para o bem-estar das pessoas idosas. Envelhecer é natural, embora se lhe dê maior significado numa fase avançada da vida: nascemos, crescemos e, em todo o decorrer deste tempo, o processo de envelhecimento está inerente.

O aumento da esperança de vida, ligado aos avanços dos cuidados de saúde, traduzem-se num tema da atualidade. Envelhecimento associa-se a viver mais, mas será que vivemos melhor? Será que viver até uma idade mais avançada se traduz numa melhor qualidade de vida? Na presente comunicação, assume-se como objetivo apresentar um projeto desenvolvido, nos últimos três anos, na Cooperativa Operária Portalegrense (COP), mais especificamente: o projeto Entre Tempos.

Refira-se que o projeto se enquadra no âmbito do Envelhecimento ativo e na comunidade, financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian, com o objetivo de contribuir para a autonomia, participação social útil, a aprendizagem ao longo da vida e

o bem-estar social na população sénior do concelho de Portalegre. Pretende-se, igualmente, na comunicação, apresentar a avaliação do projeto, efetuada por meio da recolha de dados junto dos participantes nas atividades, com particular enfoque nos dados de natureza quantitativa (aplicação de inquérito por questionário).

Os resultados permitiram obter uma melhor perceção relativamente aos impactos do projeto Entre Tempos junto dos que nele participaram, deixando, em simultâneo, pistas a considerar na continuidade das atividades da COP, junto da comunidade, em particular dos mais velhos.

Palavras-chave: envelhecimento saudável; qualidade de vida e aprendizagem ao longo da vida.

Envelhecimento e solidão no pós-covid-19: uma visão hermenêutica dialética

Aline Gomes de Oliveira

Ricardo de Oliveira Ferreira

Isabella Gomes de Oliveira Karnikowski

Maurício Matheus Mitsuo Barbosa Aoyama

Margô Gomes de Oliveira Karnikowski

Resumo

O Brasil foi um dos países afetado pela COVID-19 e a população idosa sofreu intensamente os efeitos causados pelo isolamento social compulsório, acentuando cenários de solidão não desejada. Assim, o Programa UniSER da Universidade de Brasília (UnB), criado em 2015 e dirigido a indivíduos 45+, que visa fomentar ações educativas e integrativas para a promoção do envelhecimento ativo e da qualidade de vida, atuou durante a pandemia com 12 projetos e dentre eles, o Fale Comigo. Este projeto consistiu em promover a integração intergeracional de estudantes de graduação à população 50+ por meio de ligações telefônicas. O objetivo do presente trabalho foi analisar os efeitos das ações de escuta e diálogo intergeracionais no âmbito do projeto Fale Comigo. Para tanto, foram procedidas entrevistas semiestruturadas com participantes 50+, e suas falas foram categorizadas. O conteúdo das entrevistas (n=21) foi gravado, transcrito e analisado à luz do método Análise Hermenêutica-Dialética de Minayo (1996). O principal resultado referenciou que, para aquela população, as interações com os extensionistas de graduação trouxeram uma percepção positiva quanto ao enfrentamento ao isolamento compulsório e à solidão não desejada. Assim, estudos similares ao projeto Fale Comigo, que utilizem a intergeracionalidade e metodologias com canais digitais, devem ocorrer para esclarecer com maior profundidade a dimensão do alcance dessas ações enquanto estratégia de combate à solidão das pessoas mais velhas e seus efeitos a longo prazo sobre a promoção de bem-estar à esta faixa etária.

Palavras-chaves: isolamento social; idoso; Intergeracionalidade; bem-estar; COVID-19.

Envelhecimento LGBTQ+: um olhar para a (in)visibilidade da saúde das pessoas idosas não-heterossexuais

Ana Sant'Anna

Resumo

Envelhecer é um fenômeno natural, porém as formas como se vivencia esse processo dependem de múltiplos aspectos, tais como culturais, econômicos, sociais, históricos, saúde e a autopercepção e reflexão do próprio indivíduo frente à estas questões. Para além disto, nossa sociedade impõe estereótipos e mitos acerca das pessoas idosas, surgindo assim, a necessidade de elaborar este trabalho de investigação para analisar como estes estereótipos podem influenciar positiva ou negativamente na afirmação, presença, visibilidade, bem-estar e qualidade de vida de pessoas idosas LGBTQ+/não-heterossexuais. Trata-se de uma investigação proveniente da tese de mesmo título, que levou em conta como são recebidas nossas atuais pessoas idosas LGBTQ+/não-heterossexuais nos atendimentos de saúde, sendo assim, os objetivos gerais desta investigação foram (1) analisar a qualidade do envelhecimento das pessoas idosas que se identificam como LGBTQ+; (2) descrever os fatores sociais e ambientais que influenciam na qualidade do envelhecimento destas pessoas; (3) verificar o preparo dos profissionais de saúde e de cuidadores formais, para a recepção e atendimentos destes indivíduos. A metodologia utilizada foi uma abordagem qualitativa exploratória, através de entrevistas semiestruturadas aplicadas em duas amostras: (I) pessoas idosas LGBTQ+ e (II) profissionais de saúde. Conclusão: realizar esta investigação é importante não só para chamarmos a atenção para o debate acerca da sexualidade da pessoa idosa, mas também para as questões que o isolamento, exclusão, invisibilidade e falta de representatividade da população de pessoas idosas LGBTQ+ pode trazer, incluindo nos acessos à saúde para esta população.

Palavras-chave: idosos; envelhecimento; LGBTQ; envelhecimento LGBTQ

Estratégias pedagógicas com foco na interação de idosos no ambiente virtual de aprendizagem: construção de uma matriz

Deyse Cristina Frizzo Sampaio

Leticia Rocha Machado

Patricia Alejandra Behar

Resumo

As pessoas estão cada vez mais longevas, buscando utilizar as tecnologias digitais e participar de cursos sem encontros presenciais. Conforme essa tendência, cada vez mais os espaços on-line se destacam, permitindo desenvolver estratégias pedagógicas que permitam o engajamento entre alunos, professores e objeto de conhecimento nos Ambientes Virtuais de Aprendizagem. Assim, apresenta-se um estudo cujo objetivo foi construir uma Matriz de Estratégias Pedagógicas para fomentar interações sociais de idosos em Ambiente Virtual de Aprendizagem. Para tanto, foi adotada uma metodologia qualitativa e quantitativa, do tipo interpretativa, de natureza aplicada, sendo de natureza exploratória. O público-alvo foram 35 idosos, 12 profissionais interessados em trabalhar na Educação a Distância com idosos, e 06 professores que possuem vivência em aulas para idosos nessa modalidade de ensino. O instrumento de coleta de dados utilizado foi questionário on-line, além do Sociograma do Mapa Social do ambiente de Educação a Distância. Os resultados possibilitaram o esboço de uma matriz, denominada MEPISAV, a qual é voltada à elaboração de ações pedagógicas baseadas em aspectos sociais do aluno no AVA, as quais os professores possam aplicar aos sujeitos que participam de atividades educacionais na modalidade à distância. Nessa matriz foi construída e validada 85 estratégias pedagógicas. Desta forma, considera-se que a Matriz MEPISAV se mostrou útil e adequada como ferramenta para apoiar o professor a preparar ações pedagógicas baseadas em aspectos sociais do aluno, permitindo uma atenção personalizada em Ambientes Virtuais de Aprendizagem, em especial, na modalidade à distância.

Palavras-chave: idosos; interações sociais; estratégias pedagógicas; ambiente virtual de aprendizagem.

Estudo sociodemográfico e hábitos de vida dos participantes do programa interdisciplinar de promoção à saúde e qualidade de vida do idoso durante a pandemia COVID-19

Anderson Amaral

Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – UNIRIO

Adriana Limeira do Nascimento

Hospital Regional Inácio de Sá

Priscilla Alfradique de Souza

Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) - UNIRIO

Bruno Trindade

Sport Health & Exercise Research Unit (SHERU)-Instituto Politécnico de Castelo Branco; Centro Social Comunitário do Peso

Ricardo Pocinho

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais – IPLeiria I CICS-NOVA - IPLeiria

Resumo

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e de hábitos de vida dos idosos do Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde e Qualidade de Vida do Idoso – Grupo Renascer do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal de caráter descritivo. As variáveis analisadas foram: sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade) e hábitos de vida (atividade física e tomar sol). Resultados: Participaram da pesquisa 169 idosos, sendo a grupos composto de 88,8% do sexo feminino; a idade variou de entre 64 e 96 anos, uma média de 78 anos e desvio-padrão de 8. O maior número de idosos se encontra na faixa etária de 71 a 80 anos; situação conjugal predominante foi “viúvos” (37,9%); a maioria com Ensino Médio completo (26,0%) ou Ensino Fundamental completo (19,5% %), e possuindo de 0 a 6

filhos. A maioria praticava atividade física (61%) e tinha hábito de tomar banho de sol (48,5). Conclusão: Com base nos resultados deste estudo, constatou-se que o perfil sociodemográfico predominante é de idosos com nível de escolaridade alto quando comparados a média do país; e com relação aos hábitos de vida, a maioria praticava atividade física e tomava banho de sol. A relação da prática de bons hábitos de vida verificada no grupo estudado pode estar associada ao maior nível de escolaridade e entendimento sobre a importância de tais hábitos para qualidade de vida e saúde. Desse modo, enfatiza-se a necessidade para maior difusão sobre a temática abordada no estudo. Com isso, promovendo uma maior acurácia profissional, educação em saúde e conscientização dos idosos. Conclui-se que há necessidade de políticas públicas voltadas para o idoso, que devem corresponder a várias carências, além de ações de educação em saúde que possam promover hábitos de vida saudáveis como praticar atividade física e tomar banho de sol regularmente.

Palavras-chave: idoso; atividade física; saúde do idoso; hábito de vida; saúde pública.

Food security in social support institutions

Cristina Santos

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC- Coimbra Health School, Departamento de Audiologia,
Fisioterapia e Saúde Ambiental

António Saraiva

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC- Coimbra Health School, Departamento de Fisiologia Clínica e
Imagem Médica e Radioterapia

Esmeralda Santos

ARS Centro, ACES Baixo Mondego, Condeixa-a-Nova, Portugal

Abstract

Changes in the lifestyle and pace of life of modern society have led to an increase in the consumption of meals outside the home environment.

Food safety management aims at the consumption of safe food and includes the control of hazards and risks along the food chain. In this sense, food safety is a major concern in terms of Public Health, especially in institutions that serve groups at risk. The objective of this work was to evaluate the structural and functioning conditions of the canteens, quality of frying oils, food temperatures and nutritional quality of meals served in canteens of public and private institutions of social solidarity.

The sample consisted of 39 canteens/cafeterias and 105 professionals including food handlers and managers, covering 2840 users and serving 3365 meals per day. There were deficiencies in structural conditions and functioning, including inadequate preservation and packaging of food; warehouse spaces with low capacity, inadequate hygiene plans and the existence of pests due to sloppiness in complying with the pest control plan.

It was also found that meat and fish dishes were preserved at temperatures located in the danger zone. It is concluded that it is fundamental to promote and ensure food safety is currently a requirement in any service involving the supply of food, as a way to ensure the promotion of a high level of protection and consumer confidence. Knowledge

and development of the skills of professionals involved in the whole process of food preparation should be promoted in order to broaden their competences in this field.

Keywords: collective food, food security, public health

Funcionamento de uma unidade de fisioterapia num hospital amigo dos + velhos

Inês Gaspar

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Carina Freitas

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Carla Guapo

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Teresa Vaio

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Resumo

O Hospital Arcebispo João Crisóstomo (HAJC) é a primeira instituição portuguesa e a segunda na Europa a ser incluída na lista de boas práticas de saúde amigas do idoso. A média de idade dos doentes internados no HAJC nos últimos 3 anos foi de 77 anos. Assim sendo, a nossa ação estratégica consiste na valorização da pessoa idosa, pela promoção da saúde e bem-estar, envelhecimento ativo, autonomia e mobilidade através de diversas dinâmicas não só em contexto de ginásio como também reabilitação no exterior, atividades em datas comemorativas, literacia em saúde, entre outros. Este estudo deteve como objetivo monitorizar a evolução funcional dos utentes internados no HAJC. Foi utilizada a Escala de Barthel Modificada (EBM) nos momentos de entrada e alta, para avaliar o nível de independência/autonomia do indivíduo. Com resultados destacamos: os dados de 2022 mostram que a média da EBM de entrada é de 51% e a média de saída de 74%. A evolução média foi de 23%; dos 162 doentes avaliados verificou-se que 127 utentes melhoraram, 34 utentes mantiveram o seu estado funcional e 1 regrediu; e o grau de satisfação dos utentes e cuidadores foi bastante elevado. Através da análise dos dados, pode-se verificar que não só houve uma evolução funcional significativa dos utentes que realizaram o plano de reabilitação, como 65%

regressaram ao domicílio e apenas 35% dos utentes foram encaminhados para outra resposta social. Considera-se que este dado seja um bom indicador relativamente ao cumprimento dos objetivos terapêuticos.

Palavras-chave: hospital; fisioterapia; funcionalidade; mobilidade; envelhecimento

Hospitalização e mortalidade por deficiências nutricionais em pessoas idosas brasileiras

Paulo Henrique do Nascimento

Mayara Priscilla Dantas Araújo

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Gilson de Vasconcelos Torres

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Resumo

Este estudo buscou analisar a evolução temporal de hospitalizações por deficiências nutricionais e mortalidade por desnutrição em pessoas idosas no Brasil e em suas cinco regiões.

Este é um estudo descritivo e ecológico de séries temporais, baseado em dados secundários obtidos do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso) sobre hospitalizações por deficiências nutricionais e mortalidade por desnutrição em indivíduos com mais de 60 anos de idade, de ambos os sexos, nas cinco regiões do Brasil, num período de 10 anos (2007 a 2017). Para análise dos dados, foram utilizadas análises descritivas e o teste Mann-Whitney, considerando um nível de significância de 5%. Os dados foram analisados utilizando o programa estatístico SPSS.

Verificou-se que, na região Sudeste, o maior número de internações levou à maior mortalidade por desnutrição ($p=0,017$), sendo essa a região com maior mortalidade e internações em número absoluto, correspondendo a 42,4% e 44,9% de casos, respectivamente. Tem havido uma tendência decrescente no número de internações desde 2011 em todas as regiões. Houve também uma redução na taxa de mortalidade devido à desnutrição no Brasil, de 94,86 em 2007 para 56,93 em 2017, para 100 mil pessoas idosas.

No período analisado, foi observada uma maior redução percentual no número de

internações quando comparado ao número de mortes. Houve uma tendência de diminuição das hospitalizações por deficiências nutricionais e mortes por desnutrição, exigindo ações de saúde voltadas à população idosa visando o fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional.

Palavras-chave: pessoa idosa. desnutrição. hospitalização. mortalidade.

Hospitalização por desnutrição em pessoas idosas brasileiras

Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Mayara Priscila Dantas de Araújo

Paulo Henrique do Nascimento

Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Ana Elza Oliveira de Mendonça

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Gilson de Vasconcelos Torres

Resumo

Este estudo buscou descrever as hospitalizações por desnutrição em pessoas idosas brasileiras e verificar sua evolução temporal nas cinco regiões do país.

Trata-se de um estudo descritivo e ecológico, de séries temporais, baseado em dados secundários obtidos do SISAP-Idoso. Foram utilizados dados referentes aos anos 2000 a 2019 sobre hospitalizações por deficiências nutricionais consideradas evitáveis correspondente as categorias E40-E46 e E50-E64 do CID-10, em homens e mulheres de 60 a 74 anos nas cinco regiões brasileiras. Os dados foram analisados de forma descritiva utilizando o software Microsoft Excel®.

Entre 2000 e 2019, houve 232.592 hospitalizações por desnutrição em pessoas idosas, porém, observou-se uma diminuição de 44,6% no número de hospitalizações nesse período. As regiões Sudeste e Nordeste tiveram os maiores números de internações, 46,5% e 30,2%, respectivamente. A região Norte apresentou um aumento de 16,6% no número de internações, enquanto a região Centro-Oeste apresentou uma redução de 52,7%. Quanto ao sexo, 59,5% das internações foram de homens.

A região Sudeste concentrou o maior número de internações para ambos os sexos, 43,3% de mulheres e 48,7% de homens. Uma maior redução foi observada na hospitalização de mulheres na região Nordeste (-58,5%) e de homens na região Centro-Oeste (-52,2%).

Observou-se uma tendência de diminuição das hospitalizações por desnutrição em pessoas idosas brasileiras. Apesar disso, ainda são necessárias ações para

fortalecimento da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária à saúde a fim de reduzir o risco de hospitalização por esta condição.

Palavras-chave: pessoa idosa; desnutrição; hospitalização.

Implantação da prática de imposição de mãos para tratamento da depressão em pessoas idosas em um serviço de práticas integrativas e complementares em saúde: Implantação do método cuidado integrativo às pessoas idosas em instituições de longa permanência

Michael Rosenfeld de Paula Rodrigues

Silvia Soriano Silveira Bacelar

Mariane Elivânia Silva

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Ana Tânia Lopes Sampaio.

Resumo

O Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (LAPICS) é um serviço de saúde que oferece à população atendimento em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) em conformidade com a Política Nacional de PICS do Ministério da Saúde do Brasil (MS).

O LAPICS é aberto à comunidade e recebe, marcadamente, pessoas idosas em situação de depressão. Consta nas práticas autorizadas pelo MS a imposição de mãos. Temos em Natal/RN/Brasil uma experiência êxito saem imposição de mãos no tratamento da depressão pelo magnetismo (TDM), criada e desenvolvida numa instituição de longa permanência que abriga pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, o Lar Espírita Alvorada Nova (LEAN).

Este trabalho pretendeu relatar a implantação no LAPICS da técnica de imposição de mãos TDM, desenvolvida no LEAN, no atendimento às pessoas idosas em situação de depressão. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido no LAPICS, na cidade de Natal/RN/Brasil, nos anos de 2018, 2019 e 2022 por terapeutas integrativos, durante os atendimentos às pessoas idosas.

Como resultados observamos uma melhora considerável no quadro da depressão, incremento na qualidade de vida das pessoas idosas atendidas e aumento da procura por atendimento no LAPICS.

O magnetismo humano é uma técnica de imposição de mãos criada pelo médico

austríaco Anton Von Mesmer que se disseminou pela Europa nos séculos XVII e XVIII, chegando também ao Brasil. É estudado e praticado no LEAN a mais de vinte anos. OTDM lá desenvolvido foi implantado de forma exitosa no LAPICS, constituindo uma alternativa ao uso de medicamentos antidepressivos.

Palavras-chave: pessoa idosa; depressão; imposição de mãos; magnetismo humano.

Informal caregivers as promoters of Healthy Ageing: Developing a blended course

Ana Raquel Costa-Brito

Polytechnic of Guarda, Guarda

Antonio Bovolini

Polytechnic of Guarda, Guarda

Ana Lopes

Polytechnic of Guarda, Guarda

Diogo Chouzal

Polytechnic of Guarda, Guarda

Ermelinda Marques

Polytechnic of Guarda, Guarda

Rosa Tracana

Polytechnic of Guarda, Guarda

Juan Francisco Ortega-Morán

CCMIJU -Fundación Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres,

Blas Pagador

CCMIJU -Fundación Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres

José Barbosa

MORE -Laboratório Colaborativo Montanhas de Investigação, Bragança

Estefânia Gonçalves

MORE -Laboratório Colaborativo Montanhas de Investigação, Bragança

Tereza Otcenaskova

University of Hradec Králové, Hradec Králové

Vladimir Bures

University of Hradec Králové, Hradec Králové

Eva Macourková

Charles University, Hradec Králové

Slávka Homolková

Charles University, Hradec Králové

Laszlo Kostyal

Semmelweis University, Institute of Mental Health, Budapest

Zsuzsa Széman

Semmelweis University, Institute of Mental Health, Budapest

Carolina Vila-Chã

Polytechnic of Guarda, Guarda

Abstract

Recently, the United Nations has described the plan for a Decade of Healthy Ageing 2021-2030, where caregivers, including young people and family members, play an important role as educators to 'foster healthy ageing for current and future generations and promote intergenerational solidarity. For this reason, an innovative approach based on digital transformation is needed to empower formal and informal caregivers to Support older people to understand and put into practice Healthy Ageing directives. The EducAGE project aims to improve caregivers' competences that support older adults towards Healthy Ageing strategies based on a digital transformation of their training and daily work. In this sense, a blended course, following the World Health Organization Integrated Care for Older People (ICOPE) guidelines, is being developed to promote

caregivers' best practices. The modules will be divided into several structured lessons to address the relevant topics about older adults' care (30h of online classes plus 7.5h of presential classes). The next phase of this project consists of presenting the blended course to caregivers. This pilot trial will be essential to understand the acceptability and usability of the created blended course among informal caregivers and to make the necessary adjustments if required. EducAGE will directly contribute to generating training content and tools that promote a digital transformation of the learning context of older people caregivers, emphasizing the need for improving the competencies of both formal and informal caregivers.

Keywords: ageing; caregivers; education; digital transformation.

This project is funded by the Erasmus+ Programme of the European Union as project nr. 2021-1-PT01-KA220-ADU-000028254. This work is being presented on behalf of the EducAGE consortium (IPG, CCMIJU, MORE, CUNI, UHK and SE-DSRT).

Isolamento social de adultos mais velhos – uma leitura antes e durante a pandemia

Joana Guedes

ISSSP | 4CLISSIS, Lusíada

Hélder Alves

ISSSP | INESC TEC

Idalina Machado

ISSSP | Instituto de Sociologia

Sara Melo

ISSSP | Instituto de Sociologia

Sónia Martins

ISSSP | CINTESIS@RISE

Filipa Melo

Domus Social

Resumo

Dos desafios do envelhecimento destacam-se o isolamento social e a solidão dos idosos. A COVID-19 veio alertar para a necessidade dos profissionais dedicarem especial preocupação ao diagnóstico da solidão e do isolamento social, enquanto parte essencial de uma avaliação contínua de necessidades (Melo, Guedes & Ribeiro, 2020). Pretende-se comparar o risco de isolamento social de antes e no decorrer da pandemia. O risco foi avaliado a partir de um indicador compósito tendo por base a Escala de Rede Social Lubben-6, o Índice de Barthel e Lawton, o Teste de Comprometimento Cognitivo de 6 Itens e a Escala de Depressão Geriátrica-15. Consideraram-se variáveis sobre a qualidade dos recursos sociais e sentimento de solidão. Dos participantes na 1ª edição (n=1213) e na 2ª edição (n=235) em plena pandemia, a maioria era do sexo feminino (74% e 69%)

e tinham baixa escolaridade (<4anos). Na 1ª edição, 44% estavam em risco de isolamento social, 41.3% não viam familiares e amigos as vezes desejadas, 45% revelaram poucos contactos com “outros” e 48% mantinham contactos pouco satisfatórios com a família. Na 2ª edição, 61% estavam em risco de isolamento social, 47,4% não viam familiares e amigos as vezes desejadas, 65% revelaram poucos contactos com “outros” e 57% mantinham contactos pouco satisfatórios com a família. A pandemia teve impacto significativo nos recursos sociais dos participantes, aumentando o risco de isolamento social. Estes resultados fazem pensar na necessidade contínua de monitorizar a situação de indivíduos em risco e de acionar intervenções sociais que minimizem os efeitos destes fenómenos.

Palavras-chave: envelhecimento; isolamento social; solidão

Literacia digital para idosos no Brasil: um estudo sobre acesso e habilidades por faixas etárias

Maíra Rocha Santos

Universidade de Brasília - Brasil

Marília Miranda Forte Gomes

Universidade de Brasília - Brasil

Resumo

Este estudo investigou o acesso, habilidades e técnicas relacionados às tecnologias de informação e comunicação (TIC) utilizados por pessoas idosas no Brasil. A partir de dados secundários do Cetic.br, a pesquisa se concentrou em uma amostra de 5.111 indivíduos com 60 anos ou mais, divididos em seis faixas etárias distintas. Os resultados indicaram que o acesso às TIC é crescente entre as faixas etárias mais jovens de idosos, mas diminui à medida que as pessoas envelhecem. Além disso, a pesquisa evidenciou que as habilidades digitais também são afetadas pela idade, com os idosos mais jovens tendo habilidades mais avançadas em comparação aos idosos mais velhos. Quanto às técnicas mais utilizadas, a pesquisa mostrou que o uso de dispositivos móveis, como smartphones e tablets, é mais comum entre os idosos jovens, enquanto o uso de computadores desktop é mais frequente entre os idosos mais velhos. As principais conclusões apontam para a importância da promoção da literacia digital entre os idosos, especialmente os idosos longevos, para garantir sua inclusão digital e acesso a serviços e informações essenciais em uma sociedade cada vez mais digital.

Palavras-chave: educação, literacia digital, pessoa idosa, acesso, habilidades.

Mas agora vocês vêm-me dar banho porquê? Eu já não sou a mesma?” – uma investigação sobre trajetórias e significados de receção de cuidados

Ana Rita Teixeira

Faculdade de Economia da Universidade do Algarve

José de São José

Faculdade de Economia da Universidade do Algarve e Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas (CICS.NOVA)

Resumo

É visível o aumento das gerações mais velhas, sobretudo o aumento gradual da faixa etária dos 75 e mais anos relativamente aos maiores de 65 anos. Contudo, o aumento da longevidade, não é sinónimo de saúde, e viver mais anos não significa necessariamente que estes sejam vividos com qualidade de vida. De facto, à medida que a população envelhece, a necessidade de cuidados a pessoas idosas aumenta de igual forma.

No âmbito de uma tese de doutoramento em Sociologia, cujo objetivo era identificar e compreender as trajetórias de receção de cuidados sociais, bem como os significados que as pessoas idosas lhes atribuíam, adotou-se uma estratégia qualitativa, nomeadamente uma abordagem narrativa/retrospectiva e foram realizadas 36 entrevistas (média de idades = 83 anos), 22 mulheres e 14 homens.

A amostra contemplou indivíduos com idades compreendidas entre os 73 e os 97 anos, residentes na região do Algarve, com autonomia cognitiva, integrados em três contextos diferentes: Centro de dia, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e residência das próprias onde recebiam o Serviço de Apoio ao Domicílio (SAD).

O objetivo desta comunicação é identificar as trajetórias de receção de cuidados desenvolvidas ao longo do tempo e do espaço e os significados atribuídos a estas por parte das pessoas idosas.

Pretende-se, assim, dar conta dos fatores ou dinâmicas que estão associados às experiências positivas e negativas de receção de cuidados e ao mesmo tempo as estratégias que as pessoas idosas usam para lidar com as perdas diretamente

relacionados com a experiência de receber cuidados.

Palavras-chave: pessoas idosas; trajetória de receção de cuidados sociais; significados; abordagem narrativa/retrospectiva.

**Modelo de ação para o desenvolvimento de tecnologias inovadoras
focadas na promoção do investimento ativo na região euroace: o caso do
projeto EUROAGE2
MP-MULTIDIGI - Modelos pedagógicos para o multiletramento digital de
idosos**

António Bovolini

Instituto Politécnico de Guarda, Guarda, Portugal

Raquel Brito

Instituto Politécnico de Guarda, Guarda, Portugal

Carolina Vila-Chã

Instituto Politécnico de Guarda, Guarda, Portugal | Centro de Investigação em Desporto, Saúde e
Desenvolvimento Humano, Guarda, Portugal

Blas Pagador

Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres, España

Juan Francisco Ortega Morán

Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres, España

Nicolas Montero Jaramillo

Clúster Sociosanitario de Extremadura, Cáceres, España

Paulo Gonçalves

Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal

Trinidad Rodríguez Domínguez

Universidad de Extremadura, Cáceres, España

Pedro Nuñez

Universidad de Extremadura, Cáceres, España

Resumo

A alteração demográfica é uma realidade inegável na Europa. Em alguns territórios esta alteração é mais acentuada, particularmente em áreas de menor densidade populacional como a região Euro ACE (Extremadura, Centro de Portugal e Alentejo). Assim, urge desenvolver estratégias para garantir que, à medida que as pessoas envelhecem, possam continuar a contribuir para a sociedade, prolongando uma vida independente e com qualidade. O projeto EuroAGE2 pretende promover o envelhecimento ativo (através da estimulação física, cognitiva, social e emocional) para melhorar e aumentar a esperança de vida saudável através de ações baseadas em tecnologias e conhecimentos dos agentes de I+D localizados em Portugal e Espanha. O projeto integra uma equipa multidisciplinar (áreas da atividade física, saúde, psicossociologia do envelhecimento, tecnologias da informação e robótica) pertencente a instituições espanholas (CCMIJU, UEX, Cluster SE) e portuguesas (IPGeIPC), visando a continuidade do desenvolvimento e implementação de várias atividades, nomeadamente: 1) programas de estimulação físico-cognitiva através de tecnologias inovadoras; 2) desenvolvimento da robótica social e assistiva para idosos; 3) criação de uma rede I+D+I para o desenvolvimento de tecnologia e de métodos para a sua aplicação na prestação de cuidados. No âmbito da estimulação física e cognitiva espera-se alterações de comportamento através de ações de sensibilização direcionadas aos idosos, familiares e cuidadores, ministradas através das TIC. Simultaneamente, espera-se a criação e validação de sistemas de tecnologia que promovam função física, cognitiva e a interação social, atrasando a perda da qualidade de vida e autonomia dos idosos.

Palavras-chave: envelhecimento ativo; tecnologias inovadoras e assistivas.

Agradecimentos: Este projeto é cofinanciado pelo programa INTERREG V-A Espanha-Portugal (POCTEP) (0770_EuroAGE2_4_E -EuroAGE2).

O idoso na sociedade digital

Dulce Franco

Universidade Lusófona de Lisboa & IPLUSO – ESEL

Maria Teresa Pereira Ramilo

Universidade Lusófona de Lisboa

Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo e, com a chegada da sociedade digital, surgem novos desafios e oportunidades para os idosos, onde também se colocam problemas de segurança. Em Portugal, o aumento significativo do número de pessoas idosas remeteu o nosso país para um dos mais envelhecidos da União Europeia (Eurostat, 2021). O presente trabalho faz parte de uma investigação mais ampla e foi realizado com alunos de uma universidade portuguesa privada no âmbito de duas unidades curriculares: Tecnologia e Educação e Gerontologia. Participaram neste estudo 29 alunos (M=17,2 % e F= 82,8%). Os objetivos deste estudo tiveram em conta uma visão interdisciplinar e perceber sobre a segurança do idoso na Sociedade Digital na qualidade de utilizador. Para realizar esta investigação, selecionou-se uma metodologia que consistia na construção e validação de um questionário composto por perguntas de escolha múltipla abertas e fechadas. O questionário foi aplicado na conclusão do semestre. A amostra foi intencional. Para o tratamento dos dados seguiu-se o método quantitativo (perguntas de múltipla escolha) e qualitativo (perguntas abertas). Os resultados obtidos refletem segundo os alunos, que o acesso dos idosos às tecnologias de informação e comunicação se faz com dificuldades específicas, nomeadamente a nível da produção de conteúdos digitais, dos procedimentos de segurança e privacidade e a nível de procedimentos técnicos. Também se dá nota que a melhoria da qualidade de vida está dependente da sua operacionalização nas atividades do quotidiano e do suporte da família.

Palavras-chave: idoso; sociedade digital; cibersegurança; inclusão.

O impacto da hidroginástica no sistema vascular

Helder Santos

ESTeSC-IPC

Rosa Teixeira

ESTeSC-IPC

Margarida Pocinho

ESTeSC-IPC

Manuel Veríssimo

FCDEF-UC

Paula Tavares

FCDEF-UC

Resumo

O envelhecimento é um processo contínuo e inevitável, conduzindo a um elevado risco das doenças cardiovasculares. Estilos de vida sedentários contribuem para o aumento da mortalidade e morbilidade. Nas Mulheres, o risco cardiovascular aumenta e agrava-se a partir da fase pós-menopausa. Em Portugal, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares têm maior incidência nas mulheres. O Objetivo deste estudo foi avaliar se o exercício físico aeróbio continuado reverte ou atrasa o envelhecimento vascular, em mulheres com idades superiores a 50 anos e se a Hidroginástica modifica, positivamente, o sistema vascular com o exercício físico. A metodologia recorreu a um grupo intervenção mulheres com idade média de 64 anos, avaliada em 3 momentos durante um ano. Variáveis avaliadas, pressão arterial, frequência cardíaca, pressões arteriais periféricas e avaliou-se as artérias carótidas por ecoDoppler. Podemos concluir que a Hidroginástica permitiu reduzir a pressão arterial e a frequência cardíaca. Verificámos a diminuição das resistências vasculares periféricas, a diminuição da rigidez arterial nas artérias carotídeas, fatores que podem contribuir para a diminuição do risco

de AVC. Os resultados mais potentes foram a diminuição da espessura íntima média e do perímetro da cintura o que pode ser sinal de inversão de aterosclerose. O exercício físico aeróbico e continuado pode ser considerado um excelente fator na prevenção de doenças cardiovasculares e a Hidroginástica deve ser encarada numa perspetiva de saúde pública não só pela melhoria da qualidade de vida mas também numa perspetiva sócio económica uma vez que, com estes resultados, poderíamos ponderar a redução ou cessação de alguns fármacos.

Palavras-chave: atividade física; hidroginástica; alterações vasculares; idosos, exercício continuado, espessura íntima média

O suicídio na velhice em Portugal

José de São José

Faculdade de Economia, Universidade do Algarve, Faro, Portugal | Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICS.NOVA), Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (NOVA FCSH)

Patrícia Coelho

Faculdade de Economia, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

Resumo

Os idosos são o grupo populacional de maior risco para o suicídio. O Alentejo e o Algarve são as regiões onde mais pessoas com 65 e mais anos põem fim à vida. Contudo, este problema social tem sido pouco pesquisado em Portugal.

Esta comunicação dá conta dos resultados de um estudo transversal e descritivo que analisa a mortalidade por suicídio entre a população mais velha, segundo o sexo, o grupo etário (65-74; 75-84; 85+) e local de residência (NUTS II), entre os anos de 2014 e 2019. Verifica-se uma tendência de descida da mortalidade por suicídio, mantendo-se a assimetria Sul/Norte (taxas mais elevadas no Sul), embora no Centro a taxa de suicídio tenha crescido nos últimos anos. Continuam a suicidar-se mais homens do que mulheres, mas no Algarve as mulheres mais velhas (85+) exibem os valores de mortalidade por suicídio mais elevados do país.

Em nosso entendimento, os futuros instrumentos de planeamento no domínio da saúde mental devem considerar intervenções diferenciadas em função do risco de suicídio em cada região, grupo etário e sexo.

Palavras-chave: suicídio; idosos; Portugal

Participação comunitária e envelhecimento ativo e saudável: um estudo de caso na cidade do Porto

Ana Maria Bertão da Silva Neto

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto

Aida Lorenzo Campos

Universidade de Santiago de Compostela

Resumo

Financiado pelo programa IACOBUS (GNP-AECT), desenvolveu-se, entre maio e dezembro de 2022, um estudo na cidade do Porto com o objetivo de compreender se a participação comunitária das pessoas idosas se traduz em melhorias a nível da sua saúde e bem-estar.

Nesta investigação de natureza qualitativa, utilizou-se como técnicas de recolha de dados a entrevista semiestruturada, a sêniors e profissionais, e o Focus Group, tendo sido, posteriormente, efetuada uma análise de conteúdo dos discursos obtidos.

Após a análise dos dados, destacam-se os seguintes resultados: na cidade convivem diferentes iniciativas focadas no envelhecimento ativo e saudável, apresentando distintas dimensões face à participação; existe um consenso sobre a relação entre participação comunitária e benefícios ao nível de saúde (física, psicológica, social e emocional); existência de vários preconceitos que determinam como vivenciar a velhice; necessidade de mudança do paradigma das necessidades para o paradigma dos direitos. O estudo salientou, ainda, algumas estratégias de incentivo ao envelhecimento ativo e saudável através da participação (e.g., importância na tomada de decisão em assuntos relativos à comunidade/contexto de morada).

As conclusões apontam para a relevância da educação, vinculada ao envelhecimento ativo e saudável, a dois níveis: a necessidade de assegurar o direito à educação permanente, e a importância de promover a educação para a participação.

Concretamente, nesta segunda dimensão, é urgente reconhecer as pessoas idosas como potenciais criadoras de iniciativas comunitárias, envolvê-las em todas as fases dos projetos, e não olhar para elas como consumidoras de ações, mas sim como agentes

ativos para o desenvolvimento da comunidade.

Palavras-chave: participação comunitária; envelhecimento ativo e saudável; educação para a participação.

Participação das pessoas idosas nas práticas integrativas coletivas em um serviço-escola

Sílvia Silveira Soriano

Bacelar, Mariane Elivânia Silva

Michael Rosenfeld de Paula Rodrigues

Lorena dos Santos Leal, Stephany Campanelli Esmail

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Vilani Medeiros de Araújo Nune

Ana Tânia Lopes Sampaio

Resumo

O Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares em saúde (LAPICS) é um serviço-escola de atenção especializada em prática integrativa e complementar em saúde (PICS), vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Sua atuação ocorre em 4 vertentes: ensino, pesquisa, atenção e extensão. As PICS contemplam sistemas e recursos terapêuticos, cuja abordagem estimula mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, com uma visão ampliada do processo saúde-doença, desenvolve vínculo terapêutico, integração do homem com meio ambiente e sociedade e escuta acolhedora, numa visão global do cuidado humano, especialmente o autocuidado. Este estudo teve como objetivo relatar participação dos idosos nas diversas práticas integrativas coletivas que ocorrem no LAPICS e como essas vivências influenciam e beneficiam à saúde dessas pessoas. Método: estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido no LAPICS/UFRN no ano de 2022, durante as práticas integrativas coletivas ofertadas pelo laboratório. Resultados: Em 2022, o serviço teve grande procura de idosos pelo serviço, que após passarem pelo acolhimento integrativo. Participaram de práticas coletivas como yoga, prática corporal chinesa, constelação familiar, dança circular, meditação, roda de terapia comunitária integrativa, e oficina de automassagem. As vivências e cuidados experienciados pelos idosos possibilitaram inúmeros benefícios: alívio de tensões,

relaxamento e bem-estar, melhoria da consciência corporal e gestão das emoções. O impacto social é significativo, pois os idosos tiveram acesso a conhecimentos e ferramentas de cuidado, possibilitando autonomia, auto responsabilidade com relação a sua saúde, e gerando melhora da qualidade vida.

Palavras-chaves: prática integrativa; pessoa idosa; saúde integral.

Perfil de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos atendidos no ambulatório de gerontologia de um hospital universitário no Brasil

Mariane Teixeira Machado

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Ana Carolina Ottaviani

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Felipe Bueno Silva

Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Aline Maino Pergola-Marconato

Centro Universitário Hermínio Ometto – FHO

Aline Cristina Martins Gratão

Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Resumo

Este estudo teve como objetivos descrever o perfil de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos atendidos no Ambulatório de Gerontologia de um Hospital Universitário no interior do estado de São Paulo, Brasil. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado com 54 pessoas idosas atendidas no Ambulatório de Gerontologia de um Hospital Universitário no Estado de São Paulo, Brasil.

A coleta de dados foi realizada utilizando um questionário de caracterização sociodemográfica e o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20, cuja pontuação varia de 4 a 34 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a vulnerabilidade clínico-funcional entre os idosos.

Todos os aspectos éticos foram respeitados. Foi realizada estatística descritiva com contagem de frequências simples, percentuais e médias com desvio-padrão. Como resultados obtidos observamos que dos 54 idosos, a maioria eram mulheres (54,7%; n=31), com média de idade de 75,0 ($\pm 1,11$) anos, de etnia branca (51,9%; n=28), casadas (50,0%; n=27) ou viúvas (24,1%; n=13). Em relação ao Índice de Vulnerabilidade Clínico-

Funcional a pontuação média foi de 17,7 ($\pm 1,0$), 63,0% (n=34) apresentaram alta vulnerabilidade, 29,6% (n=16) moderada vulnerabilidade e 7,4% (n=4) baixa vulnerabilidade. O perfil da amostra apontou predomínio de mulheres brancas com alta vulnerabilidade clínico-funcional.

Estes resultados subsidiam o estabelecimento de indicadores para aperfeiçoar o monitoramento e o planejamento de ações voltadas ao contexto ambulatorial, viabilizando a organização de prioridades de medidas preventivas à população idosa frágil e vulnerável. Ademais, o instrumento mostrou-se prático e de alto potencial para determinar as capacidades e as limitações que os indivíduos apresentam.

Palavras-chaves: envelhecimento; vulnerabilidade em saúde; saúde do idoso.

Perspetivas de intervenção socioeducativa do curso da licenciatura em educação social: a voz dos estudantes

Maria Cramês

Departamento de Ciências Sociais I Escola Superior de Educação I Instituto Politécnico de Braga

Resumo

Nesta comunicação pretende-se refletir sobre as perspetivas dos estudantes acerca da intervenção socioeducativa contextualizada na unidade curricular de estágio que integra o plano de estudos do 3.º ano da licenciatura em Educação Social. Este momento formativo e de desenvolvimento de competências caracteriza-se pela mobilização de conhecimentos, habilidades e ações socioeducativas onde o estudante articula, de forma concertada, os diferentes elementos constitutivos do saber, do saber fazer e do saber ser e estar e em que poderá beneficiar de um conjunto de experiências e oportunidades singulares no seu processo formativo.

O estudo pretende contribuir para uma reflexão sobre a intervenção socioeducativa centrada nos aspetos didático/pedagógico, metodológico e comunicacional dando especial ênfase à voz dos estudantes. Como instrumento de recolha de dados recorreremos ao inquérito por questionário, online, estruturado com recurso ao Google Forms. Este integrava questões iniciais em que se pretendia caracterizar o grupo e uma segunda parte que incluía questões abertas e fechadas, procurando auscultar as perspetivas dos estudantes em relação à intervenção socioeducativa. A amostra era constituída por setenta e cinco estudantes, obtivemos 43 respostas. Para a análise dos dados recorreremos à análise de conteúdo para as questões abertas e análise estatística para as questões fechadas. Este estudo permitiu identificar tópicos de reflexão que podem ser muito profícuos para o foco deste estudo. Os estudantes atribuem pontos bastantes positivos a estas experiências em contexto socioeducativo, embora conscientes das dificuldades e obstáculos que terão que ultrapassar.

Palavras-chave: perspetivas de intervenção socioeducativa; educação social; voz dos estudantes.

Projeto CAPAZ - estratégias inovadoras e intervenção comunitária na promoção do envelhecimento ativo e saudável

Sandra Prata

Técnica Superior de Serviço Social I Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Isabel Castelo

Psicóloga Clínica I Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Madalena Rodrigues

Técnica Superior de Serviço Social I Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Paula Pires

Psicóloga Clínica I Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Tânia Sécio

Animadora Sociocultural I Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Ana Pissara

Enfermeira I Santa Casa da Misericórdia de Sintra

Resumo

Face ao aumento da longevidade nos países ocidentais, deve ser defendida a implementação de serviços que permitam a adoção de um novo paradigma de compreensão dos processos do envelhecimento.

O presente trabalho visa a apresentação de um projeto de intervenção comunitária, Espaço Capaz, que tem como objetivo principal a promoção do envelhecimento saudável e ativo, enquanto processo de desenvolvimento e manutenção de capacidades de funcionamento mental, viabilizando o bem-estar da pessoa idosa, a sua capacitação e participação social. A intervenção implementada no Espaço defendeu a capacitação da pessoa, prevenção da doença e promoção do envelhecimento ativo e inclusivo, através da manutenção de atividades diárias, vivência de relações interpessoais

gratificantes, promoção da autonomia individual e do bem-estar físico e psicológico para a continuidade da vida ativa. Para tal, foram prestados serviços nas áreas da saúde, intervenção social, atividade física, animação e socialização. Os beneficiários do projeto, pessoas com mais de 65 anos residentes numa freguesia do Concelho de Sintra, têm características de grande vulnerabilidade física, psicológica e social, potenciadas pelos desafios impostos pelo confinamento obrigatório durante o período pandémico.

Os resultados obtidos através do estudo de impacto permitiram identificar índices de satisfação elevados, com referências à eficácia ao nível do combate ao isolamento, empoderamento pessoal, melhoria do bem-estar físico e psicológico e mobilização de competências pessoais. O carácter experimental do projeto viabilizou a reflexão sobre o seu potencial de inovação e replicação noutros contextos, contribuindo para o apoio à formulação de futuras políticas inclusivas e ajustadas ao envelhecimento populacional.

Palavras-chave: intervenção comunitária, envelhecimento ativo e saudável, inovação social.

Projeto de melhoria continua da qualidade na notificação de episódios de violência no idoso

Sara Marisa de Sousa Marante

Médica de família, Unidade de Saúde Familiar de Baião

Daniela Patrícia Nogueira Mota

Interna de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar de Baião

Lúcia Bela Lemos Carvalho

Assistente social ACeS Baixo Tâmega

Liliana Carina Matos Teixeira de Vasconcelos

Enfermeira comunitária, Unidade de Saúde Familiar Vila Meã

Maria Luísa Teixeira do Couto

Enfermeira comunitária USP de Marco de Canaveses

Bárbara Susana Sousa Ribeiro Cibrão Guimarães

Psicóloga, URAP I Membro da Equipa para a Prevenção da Violência em Adultos do ACeS Baixo Tâmega

Resumo

Em 2022, registaram-se 1528 casos de violência em idosos. Os serviços de saúde são frequentemente a porta de entrada destes, contudo há uma subnotificação.

A Equipa para a Prevenção de Violência em Adultos (EPVA) Baixo Tâmega foi criada em 2019 e até esta data não se conheciam notificações neste sector. Este estudo deteve como objetivo aumentar o número de notificações de violência em idosos. Trata-se de um estudo transversal e retrospectivo de melhoria contínua da qualidade, com avaliação do número de notificações à EPVA Baixo Tâmega. População em estudo 162.655 utentes do ACeS. O padrão de qualidade foi classificado como insuficiente, suficiente, bom e muito bom, de acordo com os parâmetros estabelecidos. Foram efetuadas as seguintes intervenções: Webinar em cooperação com Fundação Bissaya Barreto; Nomeação e

formação aos pontos focais em cada unidade; Redação de coletânea de artigos; e Comemoração de efemérides. Como resultados, em 2021 a EPVA BT teve 1 notificação (suficiente), em adulto não idoso. Em 2022 registaram-se 17 referências, 35% em idosos (bom). Nestes casos em idosos, 83,3% eram mulheres e 100% dos agressores eram conviventes. Quanto à tipologia: 50% violência física; 66,7% psicológica; 16,7% financeira e 33,3% negligência. Na região Norte registaram-se 188 notificações em idosos, correspondendo a 3,2% as deste ACeS. Como conclusões indicamos que a pessoa idosa é uma vítima de vulnerabilidade acrescida. Os profissionais estão assoberbados, pouco despertos para a notificação e ativação da rede nacional de apoio à vítima. A equipa considerou profícua a intervenção, com resultados visíveis nas sinalizações e no auxílio concreto na saída do ciclo da violência.

Palavras-chave: violência; idoso; garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

Dina Gonçalves - Cruz Vermelha Portuguesa – Delegação Aveiro

Resumo

O projeto Emília é financiado pelo BPI e Fundação “la caixa”, no âmbito do Prémio Seniores 2022, promovido pela Delegação de Aveiro da Cruz Vermelha Portuguesa, tendo a duração de 12 meses.

Tem como objetivo geral combater a solidão e o isolamento sentido pelas pessoas idosas, através de visitas domiciliárias, nas quais se realizam momentos de interação social, atividades (cognitivas, motoras e emocionais), interação intergeracional (entre crianças/jovens e as pessoas idosas), encontros e convívios coletivos entre estas pessoas, satisfação de eventuais necessidades básicas (alimentação e vestuário) e trabalho em rede (encaminhamento para serviços estratégicos, como saúde).

A metodologia que sustenta este projeto chama-se Ageing in place, desenvolvida pela Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, que significa envelhecer em casa e na comunidade, que defende que muitas das pessoas idosas prefere envelhecer nas suas casas, recusando apoios institucionais, como lares residenciais.

Neste sentido, o projeto consiste em levar companhia a estas pessoas, em formato de visita de amigo/a (voluntários e voluntárias do banco de voluntariado da Delegação de Aveiro da CVP), assegurando a pessoa como ser social e individual (atividades de estimulação e aumento de autonomia).

Os principais resultados que pretendemos vir a obter é uma melhoria no bem-estar geral das pessoas que acompanhamos.

Palavras-chave: solidão e isolamento; envelhecimento; bem-estar; CVP Aveiro

Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural: mito ou realidade?

Humberto Pinto

Universidade do Algarve

Cláudia Luísa

Universidade do Algarve

Resumo

O processo de envelhecimento é mutável, progressivo e irremediável. Este ocorre de forma natural, gradual, previsível e irrecuperável, sendo comum a todas as pessoas, porém não é uniforme, provocando mudanças e transformações ao longo da vida, envolvendo também diferenciação, crescimento e desenvolvimento individual. A qualidade de vida é um conceito que tem assumido cada vez mais relevância nesta faixa etária, com a elucidação de que a sua avaliação é fundamental, para poder repensar os métodos interventivos de apoio social aos mais velhos e minimizar as perdas ou incapacidades que surgem com o avançar da idade. O estudo em questão visa avaliar a qualidade de vida do idoso isolado, nas suas diferentes dimensões, (físicas, culturais, sociais, financeiras, habitacionais, psicológicas e de saúde), na Freguesia de Salir, concelho de Loulé, Algarve. Utilizamos o método misto, dado que para a recolha de dados recorremos a aplicação de um inquérito por questionário e a aplicação do instrumento Whoqol-old, versão portuguesa, a pessoas com idades compreendidas entre os 75 e 85 anos. Os principais resultados indicam-nos que as pessoas idosas em meio rural apresentam distintas situações de vida, embora seja, comum o isolamento e a solidão bem como situações frágeis de vida, primadas por diversas necessidades. Concluimos ser urgente uma intervenção holística para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, onde haja uma maior articulação com os serviços locais de prestação de cuidados bem como com as redes informais de apoio.

Palavras-chave: envelhecimento; meio rural; qualidade de vida; respostas sociais.

Reconciliação terapêutica e desprescrição num hospital amigo dos mais velhos

Filipa Oliveira

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Margarida Seabra

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Teresa Vaio

Hospital Cantanhede Arcebispo João Crisóstomo

Resumo

O Hospital Arcebispo João Crisóstomo implementou o projeto "Hospital Amigo dos + Velhos", baseado na metodologia 4M: Estado Mental, Motivação, Mobilidade e Medicação. Em relação à medicação, a equipa multidisciplinar do hospital dá prioridade ao uso de medicação "Amiga do Idoso" que não afete a mobilidade e o estado mental dos idosos e à desprescrição, retirando fármacos que não são essenciais.

Este estudo teve como objetivo garantir a segurança e eficácia da medicação, melhoria do estado mental e mobilidade dos idosos. Foi efetuada uma realização da reconciliação terapêutica a todos os pacientes internados através de uma atividade multidisciplinar sistemática. Para a reconciliação terapêutica e desprescrição aplicamos os Critérios de Beers. Num dia aleatório, o grupo de trabalho analisou todas as tabelas terapêuticas da Unidade de Convalescença, aplicando os Critérios de Beers.

Avaliação do número total de fármacos prescritos por doente, os grupos terapêuticos prescritos, número de doentes com prescrição de fármacos potencialmente inapropriados para os idosos e em quais se podia retirar fármacos após avaliação do motivo da prescrição.

A reconciliação terapêutica multidisciplinar e a desprescrição permitiram uma melhoria significativa do estado mental e da mobilidade.

O projeto "Hospital Amigo dos + Velhos" do Hospital Arcebispo João Crisóstomo adota uma abordagem abrangente no cuidar dos idosos, com um foco especial na medicação

segura e eficaz. Os Critérios de Beers são ferramentas importantes para garantir a segurança dos idosos em relação à medicação.

Palavras-chave: idoso; reconciliação terapêutica; desprescrição: critérios de Beers.

Relato de experiência: Reiki à distância e pessoa idosa

Mariane Elivânia Silva

Silvia Silveira Soriano Bacelar,

Michael Rosenfeld de Paula Rodrigue

Marcio Rossato Badke,

Maria GorettiGalvão Leite,

Maria Alice Pimentel Fuscella,

Felizardo Oliveira França

Renata Galvão Diniz do Nascimento Silva

Ana Tânia Lopes Sampaio

Resumo

O Reiki é uma prática milenar que utiliza a imposição de mãos para o reestabelecimento do equilíbrio energético, podendo ser realizado tanto de forma presencial, como a distância.

Laboratório de práticas integrativas e Complementares em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte durante a pandemia de COVID-19 adaptou suas atividades para a modalidade remota, criando o projeto de extensão Reiki a distância: amor em movimento, que vem sendo desenvolvido desde 2020.

Diariamente, as pessoas podem solicitar o envio de Reiki via link disponível na página do Instagram do laboratório. O público do projeto abrange pessoas de diversas faixas etárias, dentre elas, pessoas de 60 anos ou mais. Este estudo teve como objetivo verificar participação da pessoa idosa no Projeto de Reiki a distância, destacando as variáveis gênero e principais queixas. Trata-se de uma análise estatística descritiva dos dados coletados dos formulários de solicitação do projeto no período de junho de 2022 a dezembro de 2022.

Foram 58 solicitações de pessoas com 60 anos ou mais, o que corresponde a 18% do público geral, a maioria do gênero feminino (84%), apresentando como principal queixa quadros de ansiedade (60%), seguido por queixas algicas (12%). Observou-se uma boa participação da pessoa idosa no projeto, assim como, foi possível conhecer as principais causas que fazem essa pessoa solicitar o envio de Reiki.

O uso do Reiki na pessoa idosa contribui para a manutenção do bem-estar, da autoestima, redução do estresse, ansiedade, depressão, dor, quadros muito frequentes nesse público.

Palavras-chave: pessoa idosa; terapias complementares; toque terapêutico.

Self-perception of health status: relationship with vitamin d levels and other factors in portuguese elderly - a cross-sectional observational study

Daniela Mota

Unidade de Saúde Familiar de Baião

Nuno Borges

Unidade de Saúde Familiar de Baião

Teresa Amaral

Unidade de Saúde Familiar de Baião

Joana Mendes

Unidade de Saúde Familiar de Baião

Abstract

Health self-perception (HSP) is a powerful indicator of morbidity and mortality. The aim of this study is to assess the HSP status of the Portuguese population above 65 years old and its relationship with serum levels of vitamin D and other sociodemographic and clinical factors. In this study, 1386 participants above 65 years old from the cross-sectional Nutrition UP 65 study were evaluated. HSP was classified as Poor or Very Poor, Fair, and Good or Very Good. The association between individual characteristics and HSP were analyzed through a multinomial logistic regression analysis. The frequency of Good or Very Good HSP is 32.25% and Poor or Very Poor is 18.2%. In the multivariate analysis, Poor or Very Poor HSP is associated with deficient serum levels of 25-hydroxyvitamin D (25(OH)D) (OR: 2.06, CI 1.33-3.20), frailty (OR: 4.71, CI 2.98-7.44), malnutrition or at risk of malnutrition (OR: 2.18, CI 1.37-3.47), living in the southern region of the country (OR: 1.5, CI 1.01-2.26), and number of chronic diseases (having five or six chronic diseases OR: 5.90, CI 1.28-27.2 versus having seven or more OR: 15.80, CI 3.33-75.33). The prevalence of Poor and Very Poor HSP is high (18.2%). In this study, potentially modifiable factors such as malnutrition, frailty, and 25(OH)D levels are strongly

associated with HSP. These findings may be particularly relevant in the development of public health policies in Portugal.

Keywords: elderly; health self-perception; NUTRITION P 65; vitamin D; Portugal

Solidariedade familiar: impactos da institucionalização em ERPI

Ana Sofia Pereira

Educadora Social - Santa Casa da Misericórdia de Arcos de Valdevez

Daniela Monteiro

Professora e Investigadora, Universidade Católica Portuguesa, Braga & Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos

Paula Sousa

Professora e Investigadora, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro & Centro de Estudos Transdisciplinares para o Desenvolvimento

Resumo

O envelhecimento demográfico tem levado à necessidade de respostas que garantam os cuidados para a população mais envelhecida, entre as quais, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Estas destinam-se, genericamente, às pessoas que não possam, de forma independente, viver nas suas próprias casas e, cujos familiares, não possam assegurar os seus cuidados, representando uma resposta alternativa que garante um ambiente seguro e protegido. No entanto, a institucionalização tem outros impactos, nomeadamente, nos laços e solidariedades familiares. Esta comunicação tem como objetivo explorar a perceção que as pessoas idosas em ERPI têm em relação à solidariedade familiar. Assim, e tendo como referência a teoria da solidariedade intergeracional, apresentamos os dados preliminares de um estudo em curso e mais abrangente, de natureza qualitativa, que realizou entrevistas semiestruturadas a dez pessoas idosas de uma ERPI em Portugal. Os resultados preliminares indicam que estas entendem a solidariedade familiar como fundamental nas suas vidas pelo conforto/apoio emocional proporcionado, o que reforça a importância da solidariedade afetiva (associada aos sentimentos positivos recíprocos). No entanto, a distância física e falta de contacto regular tem impacto na dimensão da solidariedade associativa (frequência e momentos de interação entre familiares) o que pode contribuir para a diminuição das relações de solidariedade e criação de barreiras

à manutenção das mesmas. Em suma, os resultados destacam a necessidade das ERPI criarem estratégias para a manutenção dos laços familiares no garante do bem-estar dos residentes.

Palavras-chave: idosos, envelhecimento, família, solidariedade intergeracional.

Uma Evidência na prevenção do luto patológico no âmbito do Plano IADem no concelho de Ponte da Barca

Laura Brito

Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca | Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de
Psicologia, Universidade do Minho

Odete Alves

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, ULSAM. EPE

Clara Ferreira

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, ULSAM. EPE

Alexandrina Rodrigues

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, ULSAM. EPE

Ricardo Ribeiro

Unidade de Cuidados na Comunidade de Ponte da Barca, ULSAM. EPE

Márcia Barreiro

Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca

Susana Pinheiro

Santa Casa da Misericórdia de Ponte da Barca

Graça Pereira

Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Resumo

O Luto corresponde a um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais normais experienciadas pelo ser humano face à perda de um ente querido sendo bastante variável em termos de evolução temporal, intensidade e resposta emocional. Este projeto pretende apresentar uma boa prática da evidência na prevenção de luto

patológico no âmbito do Plano IADem no concelho de Ponte da Barca. O acompanhamento ao luto realiza-se em contexto domiciliário e insere-se no Plano IADem (Plano de Investigação e Ação nas Demências).

A intervenção baseia-se num protocolo padronizado com cinco sessões realizado por uma equipa multidisciplinar que consiste numa intervenção sistematizada de apoio à família de base cognitiva-comportamental, no sentido de potenciar recursos internos/externos na reorganização após a morte. Participaram 23 pessoas enlutadas no período de janeiro de 2022 à presente data, em contexto domiciliário. Trata-se de um estudo descritivo que pretende identificar os fatores de risco no desenvolvimento do luto patológico antes e após a perda incluindo o momento peri-perda.

Verificou-se que 39% (9) desenvolveu estratégias de reorganização e adaptação a uma nova realidade tendo terminado o acompanhamento, 13% (3) apresentaram perturbação de luto prolongado tendo sido sinalizados para acompanhamento psicológico e 48% (11) ainda se encontram a receber a intervenção.

O apoio ao luto no domicílio tem permitido reduzir desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e sociais, permitindo uma intervenção especializada em função das necessidades individuais e promovendo o processo de luto normal após a perda.

Palavras –Chave: IADem; equipa multiprofissional; domicílio; prevenção; luto



Associação
Nacional de
Gerontologia
Social

