

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



**NECESSIDADES DE CUIDADOS NO IDOSO: COMPARAÇÃO ENTRE UM
CENTRO DE DIA E UM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Filipa Fidalgo Barreiros

Outubro, 2013

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



**NECESSIDADES DE CUIDADOS NO IDOSO: COMPARAÇÃO ENTRE UM
CENTRO DE DIA E UM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Filipa Fidalgo Barreiros

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
em Saúde e Envelhecimento

Orientador:

Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira, Faculdade de Ciências Médicas,
Universidade Nova de Lisboa

Outubro, 2013

RESUMO

Promover a qualidade de vida no envelhecimento implica responder às necessidades de cuidados dos mais velhos. Actualmente, muitos idosos permanecem no seu domicílio, o que exige a prestação adequada de cuidados informais e/ou formais nesse contexto. O presente estudo teve como objectivo identificar e comparar as necessidades de cuidados de utentes de um centro de dia e de um serviço de apoio domiciliário numa Instituição Particular de Solidariedade Social. A amostra foi constituída por 54 utentes idosos e pelos seus cuidadores informais. Os utentes foram avaliados com recurso a: *Camberwell Assessment of Need for the Elderly*, *Geriatric Depression Scale*, *Mini Mental State Examination*, Índice de Barthel e Escala de Lawton e Brody para as actividades de vida diária. Os respectivos cuidadores informais foram avaliados quanto a necessidades de cuidados e a sobrecarga familiar. As necessidades de cuidados mais frequentes na amostra estavam relacionadas com alimentação, companhia, saúde física e actividades diárias. Parte das necessidades estavam cobertas. Porém, muitas necessidades psicológicas e sociais, nomeadamente actividades diárias, companhia e memória, não estavam cobertas, em particular nos utentes de apoio domiciliário. Tal como esperado, foi encontrado um maior número de necessidades de cuidados em situações de dependência e de doenças neuropsiquiátricas. Comparativamente com os utentes de centro de dia, os utentes de apoio domiciliário apresentaram números superiores de necessidades de cuidados, necessidades não cobertas. Uma melhor identificação das necessidades de cuidados e dos factores associados a estas poderá ajudar a delinear intervenções adequadas em centros de dia e em serviços de apoio domiciliário.

Palavras chave: Idosos, necessidades de cuidados, centro de dia, serviço de apoio domiciliário

ABSTRACT

To promote quality of life in aging means responding to the health and social needs of older people. Today, elderly people tend to stay at home until later stages of disease, which requires the provision of adequate informal care, formal care or both. This study aimed to identify and compare the needs for care of users of a day centre and a domiciliary care service, in a nonprofit organization in Portugal. The sample consisted of 54 elderly users and of their informal caregivers. The users were assessed using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE), the Geriatric Depression Scale, the Mini Mental State Examination, the Barthel Index and the Lawton and Brody Scale for activities of daily living. Informal caregivers were assessed using the CANE and the Zarit Burden Interview. The more frequent care needs were related to food, company, physical health and daytime activities. A proportion of needs were met. However, many psychological and social needs were unmet, namely daytime activities, company and memory, and this was so in particular concerning domiciliary care users. As expected, a higher number of needs was related to dependency and the presence of neuropsychiatric conditions. The domiciliary care users had more total needs and more unmet needs when compared with day centre users. The identification of needs for care and their associated factors can help in the planning of appropriate interventions in day centres and domiciliary care services.

Keywords: Elderly, care needs, day centre, domiciliary care service

Aos meus Avós

ÍNDICE

Resumo	v
Lista de Figuras	xi
Lista de Quadros	xi
Lista de Siglas	xiii
Introdução.....	1
Capítulo 1. Enquadramento teórico.....	3
1. Envelhecimento: Contextualização e caracterização	3
1.1 Envelhecimento: Definição de conceitos	4
1.2 Envelhecimento e doença	4
2. Cuidadores Informais.....	7
2.1 Caracterização dos cuidadores informais.....	7
2.2 Cuidar e sobrecarga do cuidador	8
3. Redes de Cuidado Formal	9
3.1 Cuidados de Longa Duração e IPSS	11
3.1.1 Centro de Dia.....	12
3.1.2 Serviço de Apoio Domiciliário.....	13
4. Necessidades de cuidados	14
4.1 Necessidades de cuidados: Definição de conceitos	14
4.2 Avaliação de necessidades de cuidados	15
4.2.1 Limitações no processo de avaliação de necessidades de cuidados	16
4.2.2 Instrumentos de avaliação de necessidades de cuidados.....	18
4.3 Necessidades de cuidados da população idosa	22
4.3.1 Necessidades de cuidados nos Serviços sociais e de saúde.....	22
Capítulo 2. Metodologia	25
Capítulo 3. Resultados.....	35
Capítulo 4. Discussão.....	51
Conclusão.....	65
Bibliografia.....	67
Anexos	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Necessidades de cuidados (total) no grupo de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário	41
Figura 2. Necessidades de cuidados cobertas no grupo de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário	41
Figura 3. Necessidades de cuidados não cobertas no grupo de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário	41
Figura 4. Necessidades de cuidados (total de necessidades cobertas e não cobertas) com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Itens avaliados pelo <i>CANE</i>	20
Quadro 2. Dimensões avaliadas e respectivos instrumentos	27
Quadro 3. Características sócio-demográficas.....	36
Quadro 4. Características clínicas	37
Quadro 5. Terapêutica farmacológica em curso: número de utentes usando fármacos	38
Quadro 6. Sintomas depressivos e deterioração cognitiva.....	39
Quadro 7. Avaliação funcional	39
Quadro 8. Necessidades de cuidados: total, cobertas e não cobertas	40
Quadro 9. Frequência de necessidades por área de cuidado	43
Quadro 10. Variáveis associadas às necessidades de cuidados	47
Quadro 11. Características sócio-demográficas, necessidades de cuidados e sobrecarga dos cuidadores informais	48

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AIVD – Actividade Instrumental de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Actividade de Vida Diária

CAN – Camberwell Assessment of Need

CANE - Camberwell Assessment of Need for the Elderly

CANFOR - Camberwell Assessment of Need – Forensic Version

CD – Centro de Dia

CNRSSM – Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental

CNS - Cardinal Needs Schedule

DGS – Direcção Geral de Saúde

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders: Text revision

EASYcare - Elderly Assessment System Care

GDS – Geriatric Depression Scale

GEECD - Grupo de Estudo de Envelhecimento Cerebral e Demências

GTDCSP - Grupo Técnico para o Desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primários

GTSMEPI - Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental no Envelhecimento e Pessoas Idosas

HTA – Hipertensão Arterial

IDS - Instituto para o Desenvolvimento Social

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

MDS/RAI - Minimum Data Set Resident Assessment Instrument

MMSE – Mini Mental State Examination

MRC NCA – MRC Needs for Care Assessment

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

OR – Odds Ratio

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

USF – Unidade de Saúde Familiar

ZBI – Zarit Burden Interview

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, FCM UNL), Orientador da Tese.

À Prof^a Doutora Ana Papoila (FCM, UNL), pela colaboração e supervisão da análise estatística.

À Direcção da IPSS onde foi realizado o trabalho de campo, pela cedência do espaço e do tempo.

Aos Técnicos da IPSS pela colaboração no processo de recolha de dados.

Aos utentes e famílias que participaram neste estudo.

À minha família, ao Nuno e aos amigos pela compreensão e suporte.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é actualmente um desafio na nossa sociedade. Com a melhoria das condições de saúde foi possível prolongar os anos de vida. Esta conquista, apesar de ter sido importantíssima para a vida do ser humano, acarretou novas responsabilidades para a sociedade.

Com o aumento da longevidade são mais visíveis as alterações físicas e mentais inerentes ao envelhecimento e a prevalência de algumas doenças aumentou. O impacto negativo que estas alterações podem causar no estado de saúde geral do idoso interfere com a sua autonomia, debilitando-o e tornando-o cada vez mais dependente. São fundamentais redes de apoio formal e informal que proporcionem aos mais idosos a melhoria ou manutenção da sua qualidade de vida. Esta é alcançada principalmente através da satisfação das necessidades de cuidados sentidas pelos idosos.

Mas estarão os serviços de apoio social a responder às necessidades da população idosa? Só após responder a esta questão, será possível delinear intervenções eventualmente mais adequadas.

É neste contexto que surge o presente trabalho. O seu objectivo principal é conhecer e comparar as necessidades de cuidados dos utentes de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário de uma Instituição Particular de Solidariedade Social. A utilização deste conhecimento para adequar a organização e funcionamento dos referidos serviços à melhoria da qualidade de vida dos utentes poderá vir a ser uma mais-valia deste estudo.

Para responder ao problema enunciado, o trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma.

O Capítulo 1 resume o estado da arte sobre avaliação de necessidades de cuidados da população idosa. O tema é enquadrado na literatura sobre envelhecimento, redes de apoio formal e informal.

O Capítulo 2 apresenta a metodologia do estudo, nomeadamente a descrição do local onde foi realizado, população-alvo e amostra, bem como os instrumentos de avaliação, os procedimentos, as questões éticas e as técnicas estatísticas utilizadas.

O Capítulo 3 sistematiza os resultados obtidos. Este encontra-se dividido em secções, as quais reflectem a organização do estudo descritivo e analítico da amostra.

No Capítulo 4 são discutidos os resultados principais e o seu enquadramento na literatura, sendo apresentadas as limitações do estudo e feitas sugestões para investigação futura. Seguem-se as conclusões do trabalho.

CAPÍTULO 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. ENVELHECIMENTO: CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO

“Envelhecer não é doença. Negar a própria velhice é.”

(Goethe)

O aumento crescente da população idosa no mundo tornou-se um desafio para a saúde pública.

Nos últimos anos, devido ao declínio da fecundidade e da mortalidade e ao aumento da esperança de vida tem-se verificado um envelhecimento global da população (Gaspar, 2009). Este é um fenómeno que tem vindo a acontecer um pouco por todo o mundo, com particular enfoque na Europa do Sul, onde Portugal não é excepção.

No ano de 2010, 87 milhões de europeus tinham mais de 65 anos, o que representou 17.4% da população total (Eurostat, 2012). Em Portugal, o cenário é semelhante. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de idosos residentes em Portugal rondava os 2.023 milhões em 2011, o que representava cerca de 19% da população total (INE, 2012). Na última década o número de idosos cresceu cerca de 19% e perspectiva-se que aumente para 2.95 milhões em 2050 (INE, 2012). A região Norte é a mais envelhecida, com cerca de 31% do total da população idosa do país, ao invés das regiões autónomas da Madeira e dos Açores, onde se encontram 2% e 1.6% dos idosos residentes no país, respectivamente (INE, 2012).

O envelhecimento aumenta a probabilidade de se sofrer de doenças crónicas, algumas das quais incapacitantes e que exigem maior acompanhamento médico e social. Esta realidade tem um grande impacto na gestão dos recursos de cuidados de saúde e nos custos crescentes com os mesmos.

De facto, as despesas com prestações sociais em Portugal registaram 39.850,5 milhões de euros em 2008 (mais 4,3% do que em 2007), sendo que as funções Velhice (44,2%) e Doença (28%) absorveram mais de 70% do total das mesmas (INE, 2009).

É notória a necessidade de se otimizar e rentabilizar os recursos de apoio social e de saúde em prol do desenvolvimento económico e da sustentabilidade social, para que seja garantida qualidade de vida à população idosa.

1.1 Envelhecimento: Definição de conceitos

O processo de envelhecimento é caracterizado pela mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos ao longo da vida. Tem carácter universal, gradual e irreversível e ocorre com a influência de factores biológicos, psicológicos e sociais (Figueiredo, 2007). O facto de ser um processo adaptativo, lento e contínuo pressupõe uma série de modificações em todos os domínios da vida do indivíduo (Martín, 2006).

De entre os conceitos que melhor caracterizam o envelhecimento destacam-se a vulnerabilidade e a variabilidade. A vulnerabilidade decorre das perdas físicas, mentais e sociais que vão ocorrendo e da capacidade dos indivíduos se adaptarem às mesmas. Por variabilidade entende-se o carácter individual do próprio envelhecimento, resultado da diversidade de manifestações e percepções. Segundo Shock (1985) (citado por Paúl, 2006) “o envelhecimento é um processo altamente individualizado que com o aumentar da idade maximiza as diferenças interindividuais de base, resultando num padrão de maior variabilidade com a idade”. Assim, o envelhecimento deve ser compreendido numa perspectiva holística, em que cada pessoa traça um trajecto individual.

O termo “idoso” não é consensual. O conceito pode variar e existem várias definições, muitas das quais fundamentadas em critérios cronológicos e de funcionalidade física e psicológica. Neste trabalho será utilizada a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera idoso um indivíduo com mais de 65 anos, independentemente do sexo e do estado de saúde (WHO, 2001).

O perfil da população idosa portuguesa apresenta uma preponderância do género feminino, devido as mulheres terem uma esperança de vida superior e enviuvarem mais cedo que os homens; a maioria destas mulheres tem o 1º ciclo de instrução e auferem rendimentos de baixo valor (entre 300 a 500€ por mês/agregado). Devido à heterogeneidade deste grupo etário existem perfis específicos e com grandes diferenças entre si, sendo determinados pelo contexto (rural ou urbano), pelas redes familiares e de sociabilização, pelo nível de instrução e pelo rendimento (Bandeira, 2009).

1.2 Envelhecimento e doença

É consensual que com o avançar da idade as perdas funcionais sejam mais frequentes, bem como o aparecimento de doenças crónicas, muitas destas incapacitantes e determinantes da dependência do idoso (Frank et al., 2007). A presença de uma ou mais doenças crónicas associadas a problemas metabólicos pode levar a que os idosos sejam polimedicados, o que também tem efeitos adversos na sua saúde (WHO, 2001; Galvão,

2006). Segundo informação do Ministério da Saúde (citado por Machado, 2009), o idoso português tem em média 5,6 patologias e um consumo de 7 medicamentos por dia, nos quais se incluem os prescritos, os naturais e os não convencionais.

A doença crónica é complexa, de longa duração e progressão lenta, causando 40% da mortalidade nos países pobres e 87% nos países ricos (Machado, 2009). Seguidamente são apresentadas, de forma sucinta, algumas doenças crónicas comuns na população idosa.

Segundo o INE (2009), após os 65 anos a prevalência das doenças cardiovasculares e dos tumores malignos aumenta.

A diabetes *mellitus* também é comum e encontra-se presente em 20% dos idosos com 80 anos (WHO, 2001).

De entre factores sócio-demográficos e clínicos que agravam a funcionalidade dos idosos destacam-se a baixa escolaridade, a frágil situação sócio-económica, a incontinência urinária, a diminuição da acuidade visual e auditiva e a perda de memória (Torres, Reis e Reis, 2010; WHO, 2001).

A incapacidade funcional é definida como “o balanço negativo entre as capacidades da pessoa e as exigências do meio” e apresenta-se como um dos maiores factores de risco para a institucionalização (WHO, 2001). Ainda que 21.8% dos idosos apresente vários tipos de incapacidade (e, destes, 92.5% necessitem de ajuda permanente), a maioria dos idosos é independente nas suas actividades básicas de vida diária (Branco, Nogueira e Dias, 2001). Diversos autores, entre os quais Pereira e Roncon (2010), referem que muitos idosos com doenças crónicas se encontram, mesmo assim, funcionais e sem limitações significativas nas actividades de vida diária.

Quanto às doenças neuropsiquiátricas, a prevalência das depressões, demências e outras perturbações é elevada no envelhecimento. Nos últimos anos poderá ter havido um aumento dos casos de gerontopsiquiatria nos serviços de saúde mental portugueses. De acordo com o 3º Censo Psiquiátrico, que ocorreu entre 12 e 18 de Novembro de 2001, foram registados 2968 casos de pessoas com mais de 64 anos (incluindo consultas, urgências e internamento), dos quais 718 devidos a esquizofrenia, 525 devidos a síndromes demenciais e 414 devidos a depressões (DGS, 2004).

As demências são síndromes que podem ser causados por diversas doenças progressivas que afectam a memória, o pensamento, o comportamento e a capacidade para realizar as actividades de vida diária (Alzheimer’s Disease International, 2010). Os seus efeitos são significativos nos domínios funcional, emocional, social e ocupacional da pessoa e da sua família. Segundo a OMS (2003), as pessoas com mais de 60 anos com demência vivem 11,2% dos anos com incapacidade, mais do que se tivessem sofrido um acidente

vascular cerebral, cancro ou doença cardiovascular. A Doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum, no entanto existem outras, nomeadamente a demência vascular, de Corpos de Lewy e demência frontotemporal.

Relativamente ao tratamento, são utilizados fármacos antidemenciais e intervenções não-farmacológicas. Houve sugestões de que a existência de redes sociais e de actividades sociais podem estar associadas a uma incidência reduzida de Doença de Alzheimer (Ballard et al., 2011).

A demência afecta maioritariamente pessoas idosas, no entanto existe uma preocupação crescente com o seu aparecimento em idades mais jovens. Após os 65 anos a probabilidade de desenvolver uma demência duplica em cada cinco anos (Alzheimer's Disease International, 2010). O relatório de 2010 da Alzheimer's Disease International estimou que em 2010 existiam 35.6 milhões de pessoas no mundo com demência, este número seria de 65.7 milhões em 2030 e 115.4 milhões em 2050. Segundo o estudo *Delphi*, na Europa ocidental a prevalência de demência em pessoas com mais de 60 anos era de 5.4% em 2005, com previsão de aumentar para 6.9%, em 2020, e para 9.9% em 2040 (Ferri et al., 2005).

Em Portugal, foi realizado um estudo sobre prevalência de défice cognitivo em zonas rurais e urbanas do norte do país. A amostra não inclui apenas pessoas idosas, pois a idade variava entre 55 e 79 anos. Concluiu-se que nas zonas rurais há uma maior prevalência de défice cognitivo (com ou sem diagnóstico de demência) e a prevalência de demência foi 2.7% (IC 95%: 1.9-3.8%) (Nunes et al., 2010). Está presentemente em curso um estudo epidemiológico de base comunitária das doenças neuropsiquiátricas do idoso, incluindo a demência, segundo os protocolos do grupo de estudos 10/66 (Gonçalves-Pereira et al., 2012).

A depressão é outro quadro psiquiátrico com grande prevalência na população com mais de 65 anos. Na Europa afecta entre 0.4% a 35% dos idosos, sendo a depressão *minor* (9.8%) mais frequente que a *major* (1.8%). De acordo com os estudos EURODEP, foram inquiridos 13808 idosos, dos quais cerca de 1700 estão diagnosticados com depressão (Copeland et al., 2004; Houtjes et al., 2011).

A vulnerabilidade para a depressão aumenta com os seguintes factores: hereditariedade, sexo feminino, idade avançada, nível sócio-económico baixo, rede social enfraquecida, existência de doenças crónicas e défice cognitivo (Alexopoulos, 2005; Copeland et al., 2004; Djernes, 2006).

Entre os sintomas que permitem diagnosticar a perturbação depressiva, encontram-se o humor deprimido, a anedonia e a agitação ou lentificação psicomotora (DSM-IV-TR,

2002). Estes sintomas causam sofrimento à própria pessoa, perturbam o funcionamento familiar e promovem a incapacidade funcional e cognitiva do idoso (Alexopoulos, 2005).

A depressão encontra-se muitas vezes subdiagnosticada pelo facto de os seus sintomas serem, erradamente, atribuídos ao processo de envelhecimento (WHO, 2001). Este aspecto é preocupante quando existe um risco de saúde associado à depressão, a qual também se encontra relacionada com alterações cognitivas (Silva et al., 2013), comorbilidade (Sheeran, Byers e Bruce, 2010) e incapacidade funcional (Li e Conwell, 2007).

Em suma, a vulnerabilidade do idoso pode ser agravada pela existência de doenças que condicionam a sua funcionalidade e exige intervenções centradas nas suas necessidades de cuidados.

2. CUIDADORES INFORMAIS

“Cuidar faz parte da história, experiência e valores da família”
(Lage, 2005)

2.1 Caracterização dos cuidadores informais

A prestação de cuidados informais ao idoso dependente é maioritariamente realizada pela família, sendo que as mulheres assumem um lugar de destaque, especificamente as esposas e as filhas (Lage, 2005).

Este facto é confirmado por estudos realizados na União Europeia, os quais concluem que 70% a 80% dos cuidados prestados a idosos dependentes são assegurados pela família, sendo que na maioria dos casos a tarefa de cuidar compete ao cônjuge (também ele idoso), em 17% aos filhos, em 5% aos irmãos e em 4,4% a outros familiares (Pimentel e Albuquerque, 2010). O cenário é semelhante em Portugal, onde a família é o suporte principal de cuidados informais, mesmo que, por vezes, com uma preparação inadequada para a sua prestação, o que contribui para a sobrecarga do cuidador e coloca em causa a prestação dos cuidados (Bandeira, 2009; Imaginário 2008). Citando Lage (2005):

O que caracteriza os cuidados prestados pelas famílias é a diversidade, uma vez que as actividades desenvolvidas cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e o bem-estar dos idosos: suporte psicológico, emocional, financeiro, e cuidados e assistência nas actividades básicas e instrumentais da vida diária. A duração, frequência e intensidade do cuidado estão estritamente relacionadas com as exigências objectivas deste, nomeadamente, com a deterioração cognitiva, com as perturbações comportamentais e com a dependência funcional para as actividades da vida diária (Lage, 2005).

2.2 Cuidar e sobrecarga do cuidador

O cuidar, descrito como “um dos acontecimentos potencialmente mais perturbadores na vida das pessoas”, pode constituir uma experiência física e emocionalmente stressante para a família (Lage, 2005). Daqui emerge a noção de sobrecarga do cuidador, a qual é geralmente definida como “os problemas físicos, psicológicos, sociais, emocionais e financeiros que podem ser experienciados pelos membros da família que cuidam de um idoso dependente” (George e Gwither, 1986, citados por Ankri et al., 2005) ou ainda como “o impacto negativo ou as consequências negativas do cuidar” (Hoenig e Hamilton, 1966).

A experiência de cuidar não acarreta somente consequências negativas. Podem ser considerados também aspectos positivos, como a gratificação pessoal, o ganho de um sentido para a vida, o aumento da auto-estima, o sentir-se útil ou a aquisição de conhecimentos sobre a saúde e a doença (Lage, 2005; Gonçalves Pereira e Mateos, 2006; Imaginário, 2008).

A sobrecarga não adquire a mesma intensidade para todos os cuidadores, nem aumenta linearmente com a gravidade da doença da pessoa cuidada. A sobrecarga depende de inúmeras variáveis, nomeadamente do contexto sócio-cultural e familiar, das características biológicas, psicológicas, emocionais e de personalidade da pessoa cuidada e do cuidador, bem como, da relação entre estes (Brodaty, 1994, 2005; ou Marriott, 2005, citados por Gonçalves Pereira e Mateos, 2006). O suporte social ou uma relação de maior proximidade entre a pessoa cuidada e o cuidador, anterior ao aparecimento da dependência (por exemplo, se são cônjuges), podem ser factores protectores da sobrecarga (Lage, 2005).

Os cuidadores sentem frequentemente dificuldade em gerir o seu *stress* físico e emocional, o que se pode reflectir na alteração dos padrões de sono, pressão arterial elevada, baixa imunidade celular ou aparecimento de sintomatologia depressiva (Haley, 2000; Marriott, 2005). Como cuidar é um trabalho a tempo inteiro, é comum observar que os cuidadores tendem também a isolar-se (Li, 2012). Estes aspectos têm consequências para a saúde física e mental dos cuidadores e alertam para as necessidades dos mesmos. É importante cuidar dos cuidadores, fornecendo-lhes suporte, informação e formação, reconhecimento, apoio emocional e aconselhamento (Orrell, Cooper e Braithwaite, 2006).

▪ Cuidar de um idoso com demência

A sobrecarga experimentada pelos cuidadores de idosos com demência merece especial atenção, pois são eles que possibilitam a sua permanência em casa, à qual são acrescidos custos pessoais e sociais elevados. Estes cuidadores prestam maior assistência,

registam níveis elevados de *stress* e sofrem mais o impacto negativo do “cuidar” na sua família, trabalho e actividades de lazer, que os cuidadores de idosos sem demência (Ory et al., 1999). No idoso com demência, os problemas comportamentais (mais do que os cognitivos) podem exacerbar o impacto negativo do “cuidar” (Pinquart e Sörensen, 2004).

Os resultados iniciais do projecto FAMIDEM (“Famílias de pessoas com Demência”), desenvolvido na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, sugerem que uma proporção elevada dos familiares inquiridos sofre de uma perturbação psiquiátrica *minor*, e que o seu conhecimento sobre a demência não influencia significativamente a percepção dos aspectos negativos ou positivos do cuidar (Gonçalves Pereira et al., 2010).

Tendo em consideração os aspectos referidos, é necessário ajudar o cuidador para que este cuide do idoso, nomeadamente através de apoio nas actividades da vida diária. As estruturas de apoio aos cuidadores informais surgem como recurso para satisfazer as suas necessidades e solucionar os problemas quer destes, quer dos idosos dependentes, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida de ambos. Os sistemas de cuidados formais e informais são desta forma complementares e interdependentes.

3. REDES DE CUIDADO FORMAL

“Curar às vezes. Tratar sempre que possível. Cuidar sempre”
(Hipócrates)

Entende-se por cuidado formal aquele “em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual, isto é, neste caso a relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício das suas funções” (IDS, 2002).

Na sociedade portuguesa foram implementados, progressivamente, serviços e equipamentos de apoio social para responder às necessidades de populações mais vulneráveis como os idosos e/ou dependentes. Segundo os Social Services Inspectorate (cit. em Challis et al., 2001), os serviços podem ser diferenciados em três tipologias de gestão de cuidados:

1. Tipo “administrativo”, que tem como objectivo fornecer informação, aconselhamento e um serviço simples; 2. Tipo “de coordenação”, que considera o fornecimento de um serviço único ou um conjunto de serviços simples; 3. Tipo “intensivo”, destinado a pessoas com necessidades mais complexas. O tipo intensivo torna-se a vertente fundamental da gestão dos cuidados.

Entende-se por cuidados intensivos, ou de longa duração, o fornecimento contínuo de serviços de cuidado médico, social e pessoal, a indivíduos que sofrem de doenças físicas ou mentais crónicas, o que pode ser feito em diferentes contextos, nomeadamente institucional, comunitário e domiciliário (Mosby's Medical Dictionary, 2009).

As intervenções dos cuidados de longa duração têm como foco o tratamento sintomático, a manutenção e a reabilitação pessoal, através da melhoria da funcionalidade, autonomia e bem-estar do indivíduo (Melis et al., 2008; Mosby's Medical Dictionary, 2009).

As políticas europeias sublinham a necessidade de as pessoas em cuidados de longa duração permanecerem a viver no seu domicílio durante o maior tempo possível. Este não é apenas o objectivo das políticas europeias e nacionais, mas é geralmente o desejo expresso do próprio idoso e o factor primordial na decisão dos familiares (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2006).

Nesta perspectiva, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas tem como uma das suas metas a promoção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente, no seu domicílio e meio natural de vida (DGS, 2004).

De forma a integrar estas directrizes, a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, sustenta a elaboração de propostas para a criação de mais respostas ao nível dos cuidados de longa duração, adoptando como orientações, “a participação das pessoas idosas ou em situação de dependência, ou do seu representante legal, na elaboração do plano de cuidados e no encaminhamento; (...) o envolvimento da família na prestação de cuidados; (...) a promoção, recuperação ou manutenção contínua da autonomia, que consiste na prestação de cuidados aptos a melhorar os níveis de autonomia e de bem-estar dos utilizadores.” (Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2005).

São exemplos de respostas de cuidados de longa duração: os Centros de Dia (CD), os Hospitais de Dia, os Lares para pessoas dependentes e independentes, os Serviços de Apoio Domiciliário e as unidades de Cuidados Continuados (Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2005).

Os serviços sociais e de saúde prestados na comunidade e em casa têm efeitos protectores na saúde mental e física dos idosos. Segundo Tang e Lee (2010), os cuidados de saúde e sociais podem reduzir a mortalidade em idosos que revelam incapacidade nas suas actividades de vida diárias.

▪ **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)**

A RNCCI foi fundada em 2006, sob tutela dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social. As carências observadas ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, fomentaram a criação de respostas novas e diversificadas para fazer face às necessidades de saúde e sociais (Decreto-Lei n.º 101/2006, de 06 de Junho).

Entre as respostas criadas encontram-se as Unidades de Internamento, as Unidades de Ambulatório, as Equipas Hospitalares e as Equipas Domiciliárias, compostas por diferentes tipologias:

- Unidades de Internamento: Unidades de Convalescença (até 30 dias), Unidades de Média Duração e Reabilitação (de 30 a 90 dias), Unidades de Longa Duração e Manutenção (internamentos superiores a 90 dias) e Unidades de Cuidados Paliativos;

- Unidades de Ambulatório: Unidade de dia e de promoção da autonomia;

- Equipas Hospitalares: Equipas de gestão de altas e Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e,

- Equipas Domiciliárias: Equipas de cuidados continuados integrados.

A RNCCI é composta pelo conjunto das Instituições Públicas ou Privadas que integram as referidas respostas. A intervenção que se pratica assenta na “adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou de manutenção de funções básicas do indivíduo, permitindo-lhe, quando possível, recuperar a autonomia para as actividades da vida diária e reduzir o seu grau de dependência” (Nogueira, 2009).

3.1 Cuidados de Longa Duração e IPSS

Em Portugal, a maior parte dos cuidados aos idosos são prestados por Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Associações de Solidariedade e Irmandades da Misericórdia. Estas entidades são financiadas pelo Estado, embora com autonomia administrativa. Promovem uma acção organizada por respostas sociais, com o objectivo de satisfazer as necessidades dos seus utilizadores. No caso específico da população idosa, os equipamentos sociais são: Lares, Centros de Dia, Residências Temporárias de Recuperação ou Cuidados Domiciliários.

O facto de a acção destas Instituições ser territorial, permite-lhes um maior conhecimento das necessidades da população, bem como do contexto social onde se encontram inseridas (Carvalho, 2005).

Assim, nos últimos anos, o Estado Português tem investido na oferta de novos serviços aos mais idosos, nomeadamente em termos de Centros de Dia ou de Cuidados Domiciliários. Ambos têm registado um crescimento significativo, com taxas de ocupação alcançando os 70% e os 90%, respectivamente. Actualmente existem cerca de 3500 IPSS a trabalhar nesta área (Bandeira, 2009).

3.1.1 Centro de Dia

Os Centros de Dia surgiram nos finais dos anos 60, como equipamentos abertos, com o objectivo de assegurar a prestação de um conjunto de serviços e de contribuir para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar. (Carta Social, 2007¹; Nogueira, 2009).

O Centro de Dia pode ser definido como um recurso de apoio familiar, que oferece durante o dia, a atenção necessária para apoiar as necessidades básicas, terapêuticas e sócio-culturais das pessoas idosas com diferentes graus de dependência, promovendo a sua autonomia e permanência no domicílio (Sancho, 1996, citado por Teixeira, 2008).

São igualmente enunciados como objectivos do CD “prestar serviços que satisfaçam as necessidades básicas, prestar apoio psico-social e fomentar as relações interpessoais ao nível dos idosos e destes com outros grupos etários, a fim de evitar o isolamento” (Bonfim e Saraiva, 1996).

Segundo Conrad et al. (1993) (citado por Teixeira, 2008), são também objectivos do CD manter, desenvolver ou melhorar as funções físicas e/ou mentais do idoso, através da manutenção da sua saúde, das actividades de vida diárias e da interacção social.

Para a concretização destes propósitos, o CD dispõe dos serviços de alimentação, cuidados de higiene, tratamento de roupas e organização de actividades lúdicas, culturais e recreativas.

A frequência num CD pode ser uma intervenção eficaz para a redução do sofrimento psicológico, visto que nos Centros de Dia são frequentes os programas de actividades que têm como premissas manter o idoso activo, promover o contacto social e manter a sua capacidade funcional (Navarro e Marcon, 2006).

¹ A informação relativa à Resposta Social de Centro de Dia encontra-se disponível em <http://www.cartasocial.pt> (acedido em 2/12/2011).

3.1.2 Serviço de Apoio Domiciliário

Nas últimas décadas, os serviços de cuidados de saúde no domicílio tornaram-se um elemento central nas políticas de saúde de muitos países da União Europeia (Campen e Woittiez, 2003).

Os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) surgiram em Portugal nos anos 80 direccionados a pessoas com dependência (Nogueira, 2009). O SAD define-se como “uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária” (Carta Social, 2007²).

Nesta linha são pressupostos de acção do SAD “contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias, contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação das suas necessidades básicas, prestar cuidados de ordem física e apoio psico-social e colaborar na prestação de cuidados de saúde” (Bonfim e Veiga, 1996). Para tal, o SAD dispõe dos serviços de prestação de cuidados de higiene e conforto, arrumação e pequenas limpezas no domicílio, confecção, transporte e/ou distribuição de refeições, tratamento de roupas, entre outras diligências, nomeadamente o acompanhamento ao exterior.

O SAD permite, assim, promover atitudes e medidas preventivas do isolamento, da exclusão e da dependência, nomeadamente através da promoção da funcionalidade dos idosos e da redução de institucionalizações (Gil, 2009; Kato et al., 2009).

No entanto, existem ainda constrangimentos que limitam a qualidade do SAD, nomeadamente a diversidade insuficiente dos serviços para responder às necessidades da população, o que os condiciona às actividades de apoio social e de saúde (por exemplo, alimentação e higiene) e gera deficiências em termos de funcionamento e de formação dos recursos humanos na prestação de um serviço de qualidade (Gil, 2009).

O conceito de necessidades de cuidados pode assim ter grande utilidade no desenvolvimento dos cuidados informais e formais, como se verá na próxima secção.

² A informação relativa à Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário encontra-se disponível em <http://www.cartasocial.pt> (acedido em 2/12/2011).

4. NECESSIDADES DE CUIDADOS

“O essencial é invisível aos olhos”

(Antoine de Saint-Exupéry)

4.1 Necessidades de cuidados: Definição de conceitos

“Necessidade” é um conceito subjectivo (Priebe, Huxley e Burns, 1999). O termo “necessidade” nem sempre tem sido objecto de consenso, em parte devido à existência de diferentes contextos e métodos de trabalho nesta área, bem como à ideologia que cada autor defende (Xavier, 1999).

No presente trabalho serão consideradas algumas definições de “necessidade” com aspectos complementares. Segundo a legislação sobre cuidados sociais e de saúde do Reino Unido (National Health Service and Community Care Act 1990), “necessidades” correspondem a “requisitos dos indivíduos que lhes permitem alcançar, manter ou recuperar um nível aceitável de independência social ou qualidade de vida” (Fahy e Livingston, 2001). Brewin (2001) completa esta definição, afirmando que uma “necessidade de cuidados está presente quando, em determinada área, o funcionamento de uma pessoa diminui ou ameaça diminuir abaixo do nível mínimo, sendo possível uma intervenção”. Assim, uma necessidade pode estar coberta (ou alcançada), o que significa que está a ser alvo de uma intervenção eficaz e adequada, ou pode não o estar (necessidade não coberta ou não alcançada), ou seja, não está a receber uma intervenção adequada quando existe no meio essa possibilidade (Brewin, 2001).

O facto de o conceito “necessidades de cuidados de saúde” ser entendido como a possibilidade de beneficiar de serviços específicos, permitiu novas abordagens práticas (Stevens e Gillam, 1998).

No entanto convém explorar algumas particularidades do conceito. Desta forma, para categorizar diferentes perspectivas de necessidades, Bradshaw (1972) (citado por Gago, 1996 e Xavier, 1999) distinguiu quatro tipologias:

- a) *Necessidade sentida ou percebida* – é a percepção que as pessoas têm dos seus problemas de saúde ou do que desejam como serviços de saúde;
- b) *Necessidade expressa* – traduz-se na manifestação da necessidade, é visível através do número de pessoas que estão a usar, ou a requisitar, os serviços de cuidados de saúde;
- c) *Necessidade normativa* – consiste na definição dos serviços de saúde, feita por profissionais, de acordo com o que estes pensam ser desejável e adequado para

a população, e no qual se reflecte o estado actual dos conhecimentos, nomeadamente os aspectos técnicos e científicos;

- d) *Necessidade comparativa* – ocorre quando um indivíduo, grupo ou serviço de saúde é comparado com outro que tenha características e necessidades semelhantes.

As necessidades podem também ser caracterizadas como subjectivas e objectivas. As necessidades subjectivas são as que são experimentadas pela pessoa em si e pelos seus cuidadores, enquanto as objectivas podem ser diagnosticadas e identificadas por outrem. Ainda é possível distinguir necessidades a nível pessoal e a nível social, como por exemplo, o facto de haver um serviço de apoio domiciliário para a pessoa alvo do cuidado e um serviço de voluntariado para apoiar o cuidador, respectivamente (Schölzel-Dorenbos, Meeswsen e Rikkert, 2010).

As necessidades podem ser igualmente categorizadas como individuais ou de grupo, caso a avaliação se centre no indivíduo alvo de um plano individual de cuidados, ou num grupo com necessidades específicas (Gago, 1996).

4.2 Avaliação de necessidades de cuidados

A avaliação de necessidades de cuidados é um processo sistemático, no qual deve estar definida qual a área de cuidados a avaliar, em que população e com que objectivo (Slade e McCrone, 2001; Alder et al., 2009).

A avaliação depende do contexto, podendo ocorrer a diversos níveis, nomeadamente, internacional, regional, local; pode também ser aplicada a uma especialidade (por exemplo, saúde mental), a uma patologia (por exemplo, doença de Alzheimer), a um grupo (por exemplo, pessoas idosas) ou a um indivíduo específico (Slade et al., 1996; Wilkinson e Murray, 1998).

Esta diversidade de âmbitos de aplicação encontra-se inerente a diferentes abordagens de utilização de serviços, o que por sua vez condiciona o processo de avaliação de necessidades (Slade e McCrone, 2001; Alder et al., 2009).

Independentemente do contexto de aplicação, para que a qualidade do cuidado seja optimizada e os recursos disponíveis sejam adequadamente distribuídos, é fundamental que a avaliação de necessidades seja abrangente. Ou seja, deve ir para além do problema em questão e deve considerar diferentes perspectivas sobre o mesmo (a do próprio, a do cuidador e a de profissionais de saúde) (Hancock e Orrell, 2004). A avaliação de necessidades permite que seja desenhado um plano individual de cuidados centrado na pessoa, o qual deve ser revisto regularmente. Este plano de cuidados deve incluir os

prestadores de cuidado formal e informal na resposta às necessidades apresentadas (Hancock e Orrell, 2004).

4.2.1 Limitações no processo de avaliação de necessidades de cuidados

As diferenças de conhecimento e treino, bem como a influência de valores pessoais e deontológicos, podem afectar a forma como os profissionais avaliam as necessidades (Walters et al., 2001, citado por Hancock et al., 2003; Slade et al., 1996). O facto de o conceito “necessidade” poder adquirir diferentes interpretações para quem avalia, também pode conduzir a divergências na avaliação (Walters et al., 2000).

Outra questão a considerar emerge da criação de expectativas nas pessoas inquiridas sobre as respostas às suas necessidades não cobertas, as quais podem não vir a ser colmatadas devido à incapacidade dos serviços (Alder et al., 2009; Orrell, Cooper e Braithwaite, 2006).

Para além destes aspectos, são igualmente consideradas como limitações na avaliação de necessidades: a relutância que alguns participantes têm em admitir as suas necessidades e preocupações com os serviços de saúde que frequentam e a possibilidade de responderem de forma dúbia (Soriano, 1995; Crome e Phillipson, 2000).

- **Limitações no processo de avaliação de necessidades de cuidados na população idosa**

Apesar de a investigação ter identificado, com frequência, um grande número de necessidades de cuidados não cobertas na população idosa, ainda não estão claras as razões de tal facto.

Segundo Backett e Davidson (1992), as pessoas idosas são menos impressionáveis por mensagens de educação para a saúde, atribuindo-as a algo que “está na moda”. A percepção de que a doença se encontra relacionada a incapacidade, leva a que haja uma resistência da pessoa idosa em se descrever como doente, ou referir que necessita de algo (Walters, Iliffe e Orrell, 2001; Schölzel-Dorenbos, Meeswsen e Rikkert, 2010). As pessoas poderão minimizar os seus problemas de saúde, evitando enquadrar-se no estereótipo negativo do “idoso” (Walters, Iliffe e Orrell, 2001).

Estudos realizados na área do envelhecimento revelam que as pessoas idosas apresentam um elevado grau de adaptação às perdas sentidas, como resultado do uso de estratégias de *coping*, muitas vezes mais de regulação emocional que de resolução de problemas (Martín, 2006; Paúl, 2006).

O facto de alguns idosos demonstrarem resignação para com a sua situação, com pouca motivação para procurar ajuda ou baixas expectativas no futuro, obriga os serviços de

apoio social e de saúde a compreenderem melhor a sua realidade, para que as necessidades de cuidados existentes possam vir a ser detectadas e cobertas (Walters, Iliffe e Orrell, 2001).

O processo de recrutamento, recolha de dados e avaliação de necessidades no idoso requer paciência e tempo, não só devido às alterações relacionadas com o envelhecimento, mas também devido à presença de doenças e incapacidades crónicas (Hancock et al., 2003). É um processo que poderá ser moroso e cansativo para o entrevistado, o que exige ao avaliador um maior conhecimento das limitações da pessoa a avaliar e flexibilidade na gestão do processo (Leahy, Thurber e Calvert, 2004).

▪ **Importância do conceito “necessidade” nos serviços de cuidados formais**

A avaliação e monitorização das necessidades de cuidados são dois aspectos fundamentais para a qualidade dos cuidados de saúde e sociais.

Anteriormente, os conceitos de doença, incapacidade e sintomatologia eram os que definiam os serviços e intervenções necessárias para o indivíduo (Hancock et al., 2003). Com o desenvolvimento de estudos na área da avaliação de necessidades de cuidados, concluiu-se que esta permite uma melhor identificação de situações-problema, sendo possível definir intervenções mais adequadas (Hancock et al., 2003; Kaufman e English, 1979). No caso específico da saúde mental, o tratamento deve ter como fundamento uma avaliação das necessidades da pessoa e não somente o diagnóstico (Boardman et al., 1999, citado por Hancock e Orrell, 2004).

Ao ser possível monitorizar as respostas às necessidades de cuidados, identificando o número de necessidades cobertas e não cobertas, o serviço está também a ser avaliado. Wennström, Berglund e Lindbäck (2010) utilizaram o *Met Needs Index* para estimar os benefícios da avaliação de necessidades numa clínica de reabilitação psiquiátrica, identificando as necessidades que se encontravam cobertas. Este instrumento revelou-se benéfico na avaliação e gestão de serviços psiquiátricos (Wennström, Berglund e Lindbäck, 2010).

Outra vantagem da avaliação de necessidades nos serviços de cuidados formais é uma possível redução de custos mediante a rentabilização dos recursos humanos e materiais (Slade e Thornicroft, 1995, citado por Hancock e Orrell, 2004).

Desta forma, a avaliação de necessidades é útil no planeamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde e pode ser uma mais-valia na prática clínica e na investigação (Gonçalves Pereira et al., 2007).

4.2.2 Instrumentos de avaliação de necessidades de cuidados

Provavelmente nunca existirá um instrumento de avaliação de necessidades que seja perfeito. No entanto, para que seja utilizado em contexto clínico, deverá ser válido, fiável, breve, de fácil aprendizagem e rápida aplicação.

Dentro dos instrumentos de avaliação de necessidades com maior projecção, nos últimos anos, encontra-se o *Camberwell Assessment of Need (CAN)* (Phelan et al., 1995).

O *CAN* é um instrumento direccionado para a população adulta que sofre de doença mental. O instrumento fornece uma avaliação compreensiva das necessidades em 22 áreas de saúde e sociais, é aplicável em 25 minutos e é de fácil aprendizagem pelos técnicos com diferentes formações profissionais (Phelan et al., 1995; Gago, 1996). O *CAN* compreende a avaliação segundo múltiplas perspectivas, quer dos profissionais de saúde, quer dos familiares, quer do próprio paciente, as quais podem diferir entre si e, por isso, são avaliadas separadamente. Este instrumento determina não só as necessidades normativas (perspectiva dos técnicos), mas também as necessidades expressas (perspectiva dos pacientes) e avalia se as mesmas estão cobertas ou não. Relativamente às características psicométricas da versão original, a fiabilidade inter-avaliadores e teste-reteste são boas e a validade tem sido claramente documentada (Phelan et al., 1995).

O instrumento encontra-se traduzido e com níveis de fiabilidade aceitáveis, em vários países. O estudo de validação da versão portuguesa do *CAN* foi realizado por Gago (1996), que avaliou as necessidades de indivíduos com doenças mentais crónicas integrados em programas de reabilitação psicossocial.

Depois do desenvolvimento do *CAN* surgiram outras variantes com base na mesma estrutura e conteúdos. O *CANFOR (Camberwell Assessment of Need – Forensic Version)* é utilizado nos serviços de saúde mental, na área forense, tendo sido recentemente desenvolvida a versão portuguesa (Talina et al., 2013). O *CANDID (Camberwell Assessment of Need for Adults with Developmental and Intellectual Disabilities)* é utilizado especificamente para pessoas com dificuldades de aprendizagem e com problemas de saúde mental. O *CAN-M (Camberwell Assessment of Need for Mothers)* foi desenvolvido para avaliar quais as necessidades mais problemáticas para as mulheres grávidas e para mães com doença mental. Por seu lado, o *CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly)* foi desenvolvido para avaliar as necessidades de pessoas idosas e as suas características serão descritas adiante (Reynolds et al., 2000).

No entanto, são ainda de referir outros instrumentos de avaliação de necessidades, alguns dos quais antecederam, inclusivamente, o *CAN*. Entre eles, destaca-se o *MRC Needs for Care Assessment / MRC NCA* (Brewin et al., 1987; Xavier, 1999). Este instrumento foi desenhado para identificar áreas onde possam existir necessidades na

população adulta com doença mental prolongada, que se encontra a viver na comunidade e em contacto com os serviços de Saúde Mental (Brewin et al., 1987). A sua aplicação divide-se em duas fases – identificação de problemas em áreas de funcionamento clínico e social e definição de intervenção para os mesmos, na qual o paciente não participa. Apesar de ser um instrumento útil no estudo de necessidades, apresenta algumas limitações nomeadamente, longa duração de aplicação e impossibilidade de ser aplicado em algumas populações (Gago, 1996).

Para responder às limitações do *MRC NCA*, Marshall et al. (1995) desenvolveram uma versão modificada do instrumento designada por *Cardinal Needs Schedule (CNS)*. Este instrumento avalia as necessidades de cuidados através de três etapas, sendo mais preciso na selecção dos problemas do indivíduo que o instrumento anterior e considerando a perspectiva do paciente e dos cuidadores informais no processo (Xavier, 1999).

O *Bangor Assessment of Need Profile* (Carter, Crosby e Geertshuis, 1996) é outro instrumento de avaliação de necessidades para pessoas com doença mental prolongada, sendo apenas aplicado em investigação.

- **Instrumentos de avaliação de necessidades de cuidados para a população idosa**

O *Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE)* foi desenhado para identificar as múltiplas necessidades de pessoas com mais de 65 anos (Reynolds et al., 2000; Hancock e Orrell, 2004). Este instrumento foi desenvolvido com base no modelo estrutural do *CAN*, embora tenha algumas questões adaptadas para as pessoas mais velhas (Reynolds et al., 2000).

O *CANE* pode ser aplicado em diferentes contextos (investigação, prática clínica, serviços sociais e serviços de saúde da comunidade) e a diversas populações (por exemplo, com ou sem doença mental), por profissionais de diferentes formações na área da saúde e mediante um treino prévio, específico mas não intensivo (Reynolds et al., 2000).

As áreas de necessidade são avaliadas na perspectiva do próprio, do cuidador formal e do cuidador informal. O resultado das várias avaliações permite delinear um plano de cuidados com intervenções adequadas às necessidades do indivíduo.

O instrumento é composto por 26 itens, os primeiros 24 são referentes aos domínios de funcionamento do indivíduo e os últimos dois incidem sobre as necessidades do cuidador informal (estes não são avaliados pelo idoso) (Quadro 1).

Quadro 1. Itens avaliados pelo *CANE*

Itens do <i>CANE</i>	
Idoso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alojamento 2. Cuidados com a casa 3. Alimentação 4. Cuidados pessoais 5. Cuidados com outras pessoas 6. Actividades diárias 7. Memória 8. Visão/audição/comunicação 9. Mobilidade/quedas 10. Continência de esfíncteres 11. Saúde física 12. Medicamentos ou tóxicos 13. Sintomas psicóticos 14. Sofrimento psicológico 15. Informação (sobre a doença e tratamento) 16. Segurança pessoal (conduta parasuicidária) 17. Segurança pessoal (risco não intencional) 18. Abuso/negligência 19. Comportamento 20. Álcool 21. Companhia 22. Relações íntimas 23. Dinheiro/economias 24. Benefícios sociais
Cuidador	<ol style="list-style-type: none"> A. Necessidade de informação B. Sofrimento psicológico

A avaliação é feita atribuindo uma cotação: **(0)** se não existir necessidade no referido domínio, **(1)** se existir necessidade e esta estiver coberta, **(2)** se existir necessidade e esta não estiver coberta e ainda **(9)** se não houver informação disponível. Quando se pontua **(1)** ou **(2)** os sujeitos são inquiridos sobre o apoio recebido por fontes informais e pelos serviços de apoio formal, qual o grau de adequação dos mesmos às necessidades identificadas e qual a satisfação com os referidos apoios (Gonçalves Pereira et al., 2007).

No estudo de validação original, o *CANE* apresentou boas propriedades psicométricas (valores de fiabilidade teste-reteste de 0.87, 0.93, 0.97, para paciente, profissional e cuidador, respectivamente; os valores de κ demonstraram elevada concordância entre avaliadores, variaram entre 0.75 e 1.00, à excepção de um valor de

0.60) (Reynolds et al., 2000). Actualmente, o instrumento encontra-se disponível em 16 línguas e é utilizado por investigadores e profissionais de saúde por todo o mundo³.

Em 2003 foi constituído um grupo de trabalho responsável pela tradução do instrumento para Portugal (Gonçalves Pereira et al., 2007). A sua aplicabilidade foi testada num estudo-piloto em Lisboa e Porto, com 21 indivíduos de idades entre os 65 e os 85 anos, com patologia neuropsiquiátrica. O instrumento revelou aceitabilidade nesta pequena amostra, comprovando-se a validade facial e de conteúdo da tradução (Gonçalves Pereira et al., 2007).

No estudo de validação desta tradução portuguesa, o instrumento foi aplicado a 79 indivíduos, com uma média de idade de 73.8 anos (DP 6.6), dos quais 61% tinha diagnóstico de demência (Fernandes et al., 2009). Os resultados obtidos permitiram sustentar a validade e fiabilidade da versão portuguesa (Fernandes et al., 2009). Os valores médios de κ para fiabilidade inter-avaliador foram de 0.96 para as avaliações do paciente, 0.93 para as avaliações do cuidador e 0.90 para as avaliações do profissional (Fernandes et al., 2009). Os valores médios de κ para fiabilidade teste-reteste foram de 0.80, 0.77 e 0.81, para as avaliações do paciente, cuidador e profissional, respectivamente (Fernandes et al., 2009). Os resultados relativos à validade ecológica, de critério e de constructo foram adequados (Fernandes et al., 2009).

O *CANE* tem a vantagem de identificar e comparar, em simultâneo, as necessidades cobertas e não cobertas identificadas pelo idoso, pelo cuidador e pelo profissional de saúde (Walters et al., 2000).

Existem outros instrumentos de avaliação de necessidades na população idosa. De entre vários, destaca-se o *EASYcare (Elderly Assessment System)* que foi o primeiro sistema de avaliação multidimensional desenhado especificamente para a população idosa (Philp, 1997). Este instrumento pretende caracterizar a qualidade de vida e bem-estar através da avaliação de necessidades de saúde e sociais (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). A escala é constituída por 26 variáveis relacionadas com qualidade de vida e bem-estar, sendo que pontuações mais elevadas representam maior incapacidade (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). O *EASYcare* pretende ajudar os técnicos a melhorar os cuidados ao idoso e poderá ser útil na gestão de serviços e na fundamentação de políticas de saúde (Sousa, Galante e Figueiredo, 2002). Sousa e Figueiredo (2000) desenvolveram a versão portuguesa deste instrumento.

Outro instrumento é o *Minimum Data Set Resident Assessment Instrument (MDS/RAI)* que surgiu para possibilitar uma avaliação funcional, completa e uniforme da

³ A informação relativa ao Camberwell Assessment of Need in the Elderly encontra-se disponível em <http://www.ucl.ac.uk/cane> (acedido em 24/11/2012).

pessoa idosa que se encontra hospitalizada ou integrada em lar (Hawes et al., 1997). Este instrumento pretende ser uma ferramenta que oriente o plano de cuidados da pessoa, assumido por uma equipa multidisciplinar. A avaliação incide sobre as potencialidades, interesses e necessidades da pessoa, em áreas de saúde específicas que são avaliadas através de 18 protocolos. O resultado desta avaliação permite fundamentar a decisão sobre o plano de cuidados e os serviços necessários para a pessoa em questão. Em vários estudos, a aplicação e monitorização deste instrumento teve um impacto positivo na qualidade de vida e na qualidade dos cuidados (Morris, Murphy e Nonemaker, 1995; Hawes et al. 1997). Quando comparado com o *CANE*, o *MDS/RAI* apresenta informação mais detalhada em cada domínio e fornece mais indicações sobre possíveis planos de acção através dos 18 protocolos, o que pode ter mais utilidade em determinados contextos (especificamente em lares ou unidades residenciais) (Worden et al., 2010).

4.3 Necessidades de cuidados da população idosa

O número de necessidades de cuidados de saúde existentes na população idosa é elevado (Walters, Iliffe e Orrell, 2001; Smith e Orrell, 2007). A frequente coexistência de incapacidade, doença física e problemas sociais contribui para que estas necessidades se tornem ainda mais complexas (Reynolds et al., 2000, Reynolds e Orrell, 2001). Muitas destas necessidades não se encontram cobertas, e pode subsistir falta de informação sobre a melhor forma de as identificar, o que faz com que este tema continue a ser objecto de investigação (Walters et al., 2000; Greaves et al., 2006).

Uma avaliação geriátrica multidimensional e multidisciplinar permite assim identificar e gerir situações-problema, conduzindo a uma intervenção adequada no que concerne às necessidades não cobertas desta população (Iliffe e Orrell, 2006). Os benefícios resultantes desta avaliação podem traduzir-se na redução dos níveis de mortalidade, na redução do tempo de permanência em hospitais, ou na prevenção dos próprios internamentos hospitalares (Smith e Orrell, 2007).

4.3.1 Necessidades de cuidados nos Serviços sociais e de saúde

São múltiplos os estudos que têm incidido sobre necessidades de cuidados dos idosos que utilizam serviços sociais e de saúde. Referem-se, como exemplo: estudos realizados em lares com pessoas com e sem demência (Hancock et al., 2006; Fahy e Livingston, 2001; Worden, Challis e Pedersen, 2006; Worden et al., 2010; Harmer e Orrell, 2008; Orrell et al., 2007; Meaney, Croke e Kirby, 2005); estudos realizados em hospitais com pessoas com doença neuropsiquiátrica (Ashaye, Livingston e Orrell, 2003; Hancock et

al., 2003; Greaves et al., 2006; Meaney, Croke e Kirby, 2005) e estudos realizados nos cuidados de saúde primários (Walters et al., 2000; Smith e Orrell, 2007).

No entanto, são ainda insuficientes os estudos que contemplam as necessidades de cuidados sentidas pelos idosos que se encontram integrados em Centros de Dia e em Serviços de Apoio Domiciliário.

Em Portugal, o Instituto da Segurança Social, IP encontra-se a desenvolver o Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais. Este Programa foi assinado entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, a União das Misericórdias Portuguesas e a União das Mutualidades Portuguesas, em Março de 2003⁴. O Programa tem como objectivo garantir aos utentes das várias respostas sociais o acesso a serviços de qualidade que sejam adequados à satisfação das suas necessidades. Para operacionalizar o objectivo referido, foram desenvolvidos dois instrumentos: um guia de recomendações técnicas e um guia de gestão da qualidade para cada resposta social, nomeadamente para Centro de Dia e para Serviço de Apoio Domiciliário.

O guia de gestão da qualidade compreende três instrumentos de trabalho, o referencial normativo que tem como base os Sistemas de Gestão da Qualidade e o Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management*, o manual de processos-chave e os questionários de avaliação da satisfação. O manual de processos-chave inclui instruções de trabalho e respectivos formulários para cada processo, embora seja da responsabilidade de cada instituição adequar as sugestões à sua missão e objectivos. Entre estas instruções de trabalho encontram-se questionários de “avaliação das necessidades e dos potenciais do cliente”, os quais fundamentam o seu plano individual.

Não obstante, não está contemplada no processo uma avaliação das necessidades de cuidados das pessoas que utilizem os serviços.

É necessário que se continuem a desenvolver estudos neste âmbito para que algumas das limitações possam ser ultrapassadas e para que os serviços de cuidados sociais e de saúde garantam uma melhor qualidade de cuidados, em adequação às necessidades específicas dos seus utentes.

Desta forma, o presente trabalho pretende contribuir para o conhecimento das necessidades de cuidados dos idosos que frequentem centros de dia e serviços de apoio domiciliário em Portugal, mediante um estudo exploratório numa Instituição Particular de Solidariedade Social da região de Lisboa e Vale do Tejo.

⁴ A informação relativa ao Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais encontra-se disponível em <http://www4.seg-social.pt/programa-de-cooperacao-para-o-desenvolvimento-da-qualidade-e-seguranca-das-respostas-sociais> (acedido em 6/01/2013).

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

1. Quais são as necessidades de cuidados de pessoas idosas, que frequentam as respostas sociais de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário de uma IPSS?
2. Neste contexto, quais as relações entre as necessidades de cuidados e outras variáveis sócio-demográficas, clínicas e funcionais da pessoa idosa ou do seu cuidador informal?
3. Haverá diferença no grau de cobertura das necessidades de cuidados de pessoas idosas que frequentam as respostas sociais de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário?

OBJECTIVOS

Os objectivos do presente estudo são:

1. Avaliar as necessidades de cuidados de pessoas idosas que frequentam as respostas sociais de uma IPSS, em centro de dia e em apoio domiciliário; explorar, neste contexto específico, as relações entre essas necessidades de cuidados e outras variáveis desses utentes (sócio-demográficas e clínico-funcionais) e dos respectivos cuidadores informais (necessidades de cuidados próprias e sobrecarga familiar).
2. Proceder ao estudo comparativo entre um centro de dia e um serviço de apoio domiciliário no que respeita a necessidades de cuidados dos utentes, suas características sócio-demográficas e clínico-funcionais, necessidades de cuidados e sobrecarga dos respectivos cuidadores informais.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado foi de cariz observacional, transversal, descritivo e analítico.

LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado numa IPSS da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta Instituição tem dois edifícios distintos, com respostas sociais nas áreas da infância (Creche Familiar, Creche, Pré-escolar e Centro de Actividades de Tempos Livres), dos idosos (CD, SAD, Centro de Convívio) e outras (Comunidade de Inserção para mulheres). No total presta apoio a, aproximadamente, 460 utentes, tendo cerca de 100 funcionários.

As respostas sociais da infância e o CD funcionam de segunda a sexta-feira, enquanto que o Centro de Convívio, SAD e Comunidade de Inserção funcionam todos os dias da semana. O Centro de Convívio, CD e a sede de apoio ao SAD encontram-se a funcionar no mesmo edifício.

Segue-se uma descrição das respostas sociais de CD e de SAD. Segundo os Regulamentos Internos de CD e de SAD, estas respostas sociais têm como objectivos: contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e suas famílias, apoiar os mesmos na satisfação das necessidades básicas e actividades de vida diária, prestar-lhes cuidados de ordem física e apoio psicossocial, e contribuir para retardar ou evitar a institucionalização (promovendo a autonomia e prevenindo situações de dependência) e criar condições para preservar e incentivar as relações inter-familiares.

Centro de Dia

O CD funciona de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 18h, excepto nos feriados nacionais e municipal. Esta resposta social tem capacidade para 50 utentes, os quais são acompanhados por uma técnica de serviço social, uma animadora e três ajudantes de acção directa.

Para a concretização dos objectivos acima referidos o CD proporciona os seguintes serviços, de acordo com as necessidades e interesses dos utentes: transporte (do domicílio para o CD e vice-versa), alimentação (pequeno-almoço, almoço e lanche), cuidados de higiene e conforto pessoal, cuidados básicos de saúde, actividades de animação/ocupação, apoio psicossocial, tratamento da roupa e outras diligências (marcação e acompanhamento a consultas, requisição de medicação, entre outras).

Os utentes admitidos devem ser autónomos e independentes na realização das actividades de vida diária (AVD) e das actividades instrumentais de vida diária (AIVD). Na admissão têm prioridade os indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos.

Serviço de Apoio Domiciliário

O SAD funciona todos os dias da semana, entre as 8h e as 20h, excepto nos feriados 1 de Janeiro, 1 de Maio, 25 de Dezembro e Domingo de Páscoa. Esta resposta social tem capacidade para 45 utentes, os quais são acompanhados por uma técnica de serviço social e doze ajudantes de acção directa.

O SAD presta serviços similares aos do CD, no entanto estes são maioritariamente prestados no domicílio do utente.

Os utentes admitidos devem ser dependentes de terceira pessoa para a realização das suas actividades de vida diária e, preferencialmente, devem ter um cuidador informal.

POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Este estudo pretendeu abranger a população de CD e de SAD, à data de Dezembro de 2011, em conjunto com os seus cuidadores informais principais. Foram excluídos os utentes com menos de 65 anos (num total de 15) e aqueles cujos cuidadores informais principais eram também utentes da mesma resposta social, uma circunstância possível em CD (o que fez um total de 20 utentes). No grupo de CD foram ainda eliminados 6 utentes por não consentimento. Desta forma, foi seleccionada uma amostra constituída por 27 utentes de cada resposta social (amostra final global composta por 54 pessoas), sendo também considerados os respectivos cuidadores informais principais.

Neste estudo, consideramos como cuidador informal principal o cuidador não remunerado, geralmente um familiar, que tem maior responsabilidade na ajuda à pessoa dependente, sendo também o que realiza a maior parte das tarefas associadas.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E DIMENSÕES DO ESTUDOInstrumentos de avaliação

Os dados sócio-demográficos dos utentes foram recolhidos através de uma ficha elaborada para o efeito, na qual constava: a identificação da resposta social, data de nascimento e idade, sexo, etnia, religião, língua-mãe, estado civil, escolaridade, profissão, habitação, classe social (Graffar, 1956), situação de vida, bem como elementos clínicos (antecedentes psiquiátricos; diagnóstico neuropsiquiátrico e outros; terapêutica em curso) e informação sobre o cuidador (sexo e relação de parentesco com o utente) (ver anexo 1). O diagnóstico principal foi obtido através de informação clínica que constava nos processos individuais dos utentes, nomeadamente, relatórios médicos e notas de alta hospitalares.

As dimensões em estudo foram avaliadas pelos seguintes instrumentos (quadro 2):

Quadro 2. Dimensões avaliadas e respectivos instrumentos

	Dimensões	Instrumentos
Utente	Necessidades de cuidados	<i>CANE</i> : Camberwell Assessment of Need for the Elderly (Reynolds et al., 2000) - Itens 1 – 24
	Sintomas depressivos	<i>GDS</i> : Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983) – versão de 30 itens
	Deterioração cognitiva	<i>MMSE</i> : Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein e McHugh, 1975)
	Funcionalidade	Barthel Index of Activities of Daily Living (Mahoney e Barthel, 1965) Instrumental Activities of Daily Living Scale (Lawton e Brody, 1969)
Cuidador informal	Necessidades de cuidados	<i>CANE</i> : Camberwell Assessment of Need for the Elderly (Reynolds et al., 2000) – Itens A e B
	Sobrecarga Familiar	<i>ZBI</i> : Zarit Burden Interview (Zarit, Orr e Zarit, 1985)

Camberwell Assessment of Need for the Elderly - CANE (Reynolds et al., 2000) (Versão portuguesa de Gonçalves Pereira et al., 2004, citada em Gonçalves Pereira et al., 2007 e Fernandes et al., 2009)

O *CANE* é um instrumento de avaliação sistemática e abrangente das necessidades da pessoa idosa, que pode ser aplicado em contexto clínico, de investigação e de avaliação de serviços. Como já referido, o questionário é composto por 26 itens, os quais correspondem a diferentes domínios que são avaliados pelo idoso, cuidador informal, cuidador formal e avaliador. Os dois últimos itens (A e B) não são avaliados pelo idoso, dizendo respeito ao cuidador informal.

O instrumento original apresenta boas propriedades psicométricas (Reynolds et al., 2000), bem como a sua versão portuguesa (Fernandes et al., 2009).

No enquadramento teórico deste trabalho encontra-se informação detalhada sobre o *CANE* (ponto 4.2.2).

O *CANE* permite a avaliação de necessidades de cuidados do idoso sob quatro perspectivas: do próprio idoso, do cuidador informal, do cuidador formal e do avaliador. Neste estudo foi apenas considerada a avaliação na óptica do avaliador.

Geriatric Depression Scale – GDS 30 (Yesavage et al., 1983) (Versão Portuguesa de Barreto et al., in GEECD, 2008)

A *GDS* avalia a depressão em pessoas idosas, fisicamente saudáveis, doentes e eventualmente com perturbações cognitivas, em contexto clínico e comunitário. No entanto, por si só não confirma o diagnóstico de depressão, constituindo apenas uma escala de rastreio.

A *GDS* é um instrumento com boas propriedades psicométricas e de fácil e rápida aplicação, composta por 30 itens de resposta dicotómica sim/não. Foram propostos pontos de corte. No estudo de validação original, uma pontuação igual ou superior a 11 indicaria depressão ligeira e uma pontuação igual ou superior a 21 indicaria depressão moderada a severa.

Existem versões reduzidas da escala. Uma delas é composta por 15 itens, apresentando menor sensibilidade e especificidade, e não sendo tão eficaz no diagnóstico de depressão *minor* como a escala de 30 itens (Roman e Callen, 2008).

Actualmente, existem diversas traduções portuguesas da *GDS* (GEECD, 2008; Pocinho et al, 2009; Simões et al., 2013, comunicação pessoal). Pocinho et al. (2009) apresentaram uma validação da sua tradução para a população portuguesa. Esta versão é

composta, na sua proposta final, por 27 itens e os valores normativos sugerem que a presença de 11 ou mais sintomas é um critério consistente para a presença de perturbação depressiva nos idosos (Pocinho et al., 2009). Dada a ausência de consenso actual sobre modificações definitivas da escala para populações portuguesas, utilizou-se, neste estudo, a tradução de Barreto et al. (GEECD, 2008), postulando os pontos de corte originais.

Mini Mental State Examination - MMSE (Folstein, Folstein e McHugh, 1975) (Versão Portuguesa de Guerreiro et al., 1994)

O *MMSE* é um dos questionários mais estudados e utilizados para avaliar, de forma global, as funções cognitivas e fazer um rastreio do declínio cognitivo. O seu objectivo principal é avaliar a gravidade do declínio cognitivo e não diagnosticar uma patologia (Molloy e Standish, 1997).

O *MMSE* apresenta boa validade e fiabilidade. Segundo Tombaugh e McIntyre (1992) os valores de fiabilidade teste-reteste encontravam-se entre 0.80 e 0.95.

O instrumento é de fácil e rápida aplicação (5 a 10 minutos), é composto por 20 itens, divididos por 5 domínios (orientação no espaço e no tempo, memória e retenção, atenção e cálculo, evocação e linguagem) e cuja pontuação máxima é de 30 (Molloy e Standish, 1997). No entanto, o facto de na versão original constarem poucas instruções sobre como administrar e pontuar o *MMSE*, permitiu alguma liberdade na aplicação do instrumento, com compromisso pontual da sua validade (Molloy e Standish, 1997). Desta forma, Molloy e Standish (1997) propuseram um guia para a uniformização de aplicação do *MMSE*.

O ponto de corte mais utilizado no *MMSE* é 23. Pontuações totais abaixo deste valor indicam a presença de défice cognitivo e a necessidade de uma avaliação mais aprofundada. Como os resultados são influenciados pela idade e escolaridade, foram propostos outros pontos de corte para a presença de défice cognitivo. Assim, resultados iguais ou inferiores a 15 pontos (para indivíduos analfabetos), iguais ou inferiores a 22 (para indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade) e iguais ou inferiores a 27 (para indivíduos com mais de 11 anos de escolaridade), indicam presença de défice cognitivo (Guerreiro et al., 1994; GEECD, 2008). Quanto mais elevado for o resultado melhor o funcionamento cognitivo.

O facto de os valores normativos deste instrumento terem sido estabelecidos há cerca de 20 anos pode questionar a sua validade actual, mesmo em amostras portuguesas. Com efeito, Morgado et al. (2009) vieram propor novos valores normativos para a avaliação com o *MMSE*: 22 para literacia de 0 a 2 anos, 24 para literacia de 3 a 6 anos e 27 para literacia igual ou superior a 7 anos. Não obstante, no presente estudo foram ainda utilizados

os limiares de Guerreiro et al (1994) por serem os mais utilizados nos estudos que constam na literatura e por desta forma permitirem a comparação dos resultados obtidos.

Barthel Index of Activities of Daily Living (Mahoney e Barthel, 1965) (Versão Portuguesa de Araújo et al., 2007)

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia, quantifica e monitoriza o nível de independência do sujeito para a realização de actividades de vida diária. É um instrumento de fácil e rápida aplicação, sendo por isso bastante utilizado na prática clínica e em investigação.

O instrumento é composto por dez itens que se centram em actividades básicas de vida: alimentação, higiene pessoal, vestir e despir, controlo de esfíncteres, uso da casa de banho, transferências, mobilidade e uso de escadas. A cotação em cada item varia entre (0) e (5), e em alguns entre (0), (5), (10) e (15), sendo (0) muito dependente e (15) independente. A pontuação total varia entre 0 e 100. Quanto mais elevado for o resultado, mais elevado é o grau de independência da pessoa.

O estudo de validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados (Araújo et al., 2007) demonstrou que este instrumento é fiável e objectivo na avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas em contexto comunitário.

Instrumental Activities of Daily Living Scale – IADL (Lawton e Brody, 1969) (Versão Portuguesa de Araújo et al., 2008)

A Escala de Lawton e Brody avalia o nível de independência da pessoa idosa para a realização de actividades instrumentais da vida diária.

O instrumento é composto por oito itens que avaliam a capacidade da pessoa para realizar diversas actividades: utilizar o telefone, fazer compras, cozinhar, fazer a lida da casa, tratar da roupa, fazer deslocações, gerir os medicamentos e as suas finanças. A pontuação para cada item varia entre 1 (independente) e 0 (dependente), de acordo com a capacidade da pessoa para realizar as tarefas. A pontuação máxima nesta escala é de 8. Quanto maior a pontuação, mais independente é a pessoa.

Existem formas de cotação diferentes para homens e para mulheres. No entanto, no presente estudo e de acordo com a maior parte da literatura, essas formas de cotação não foram consideradas.

Zarit Burden Interview – ZBI (Zarit, Reever e Bach-Peterson, 1980) (Versão portuguesa de Gonçalves Pereira e Sobral, 2006, in GEECD, 2008, citada em Gonçalves Pereira et al., 2010)

O *ZBI* é um instrumento que avalia os sentimentos de sobrecarga de cuidadores informais, centrando-se assim na sobrecarga subjectiva do cuidador. Esta é resultado do grau em que o cuidador sofre de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros relacionados directamente com a função de cuidar.

O questionário é composto por 22 itens, sendo cada um pontuado numa escala de Likert, de 0 (nunca presente) a 4 (sempre presente). O resultado final varia entre 0 e 88. Pontuações elevadas no *ZBI* indicam um nível de sobrecarga elevado, o que se encontra relacionado com a diminuição da saúde física e mental e do funcionamento social (Schreiner et al., 2006).

A versão original era composta por 29 itens e apresentava boas propriedades psicométricas, nomeadamente boa validade de constructo e de conteúdo, boa consistência interna e fiabilidade teste-reteste (Zarit, Keever e Bach-Peterson, 1980). As propriedades psicométricas do instrumento, com 22 itens, encontram-se documentadas na literatura, apresenta uma consistência interna (α Cronbach) de 0.92 (Longmire e Knight, 2011), fiabilidade teste-reteste de 0.88 (Taub, Adreoli e Bertolucci, 2004) e fiabilidade inter-observadores ICC=0.99 (Chan, Lam e Chiu, 2005).

Utilizámos a tradução portuguesa de Gonçalves Pereira e Sobral (2006), publicada pelo GEECD (2008). Os dados psicométricos da versão portuguesa da escala de Zarit são semelhantes aos da versão original, tal como documentado no estudo de validação (Gonçalves Pereira et al., 2010). Saliencia-se a validade convergente com sobrecarga objectiva e sintomas ango-depressivos. A fiabilidade teste-reteste foi de ICC=0.93 (IC95% 0.88-0.96). A consistência interna (α Cronbach=0.88) foi semelhante à de outra tradução portuguesa, da autoria de Sequeira (2010).

Devido não haver ainda investigação suficiente que suporte a validade dos pontos de corte, estes devem ser utilizados com cuidado. Neste estudo será postulado que uma pontuação superior a 24 poderá indiciar depressão, na linha dos resultados de Schreiner et al. (2006).

PROCEDIMENTOS

A recolha de informação relativa aos utentes de CD teve lugar nas instalações da IPSS, bem como as entrevistas às técnicas (cuidadores formais) afectas às respostas sociais de SAD e CD. Os cuidadores informais dos utentes de CD foram entrevistados no

mesmo local ou no domicílio, consoante a sua preferência ou disponibilidade. A informação respeitante aos utentes e cuidadores informais de SAD foi recolhida no seu domicílio, mediante contacto prévio.

A aplicação dos instrumentos aos utentes de CD e de SAD foi bipartida: numa primeira fase foi aplicada a ficha de caracterização sócio-demográfica e o *CANE* e numa segunda fase o *MMSE* e a *GDS*. Não obstante, as duas fases não diferiram no tempo mais que uma semana.

QUESTÕES ÉTICAS

A Direcção da IPSS foi informada sobre o tema, objectivos e implicações do presente estudo, tendo autorizado a sua realização.

Os objectivos, procedimentos e instrumentos do estudo foram explicados a cada utente (sempre que possível, pelas suas condições cognitivas) e respectivo cuidador informal, tendo os mesmos dado o seu consentimento informado para participar no estudo. O direito à confidencialidade da informação recolhida foi salvaguardado.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* – versão 17.0 para *Windows*.

Foi realizada uma análise exploratória das variáveis de interesse, à qual se seguiu um estudo inferencial através de testes de hipóteses não paramétricos (Qui-Quadrado, Mann-Whitney, teste exacto de Fisher). Tendo sido testada a normalidade das distribuições, optou-se por abordagens não paramétricas, em parte devido à dimensão reduzida da amostra.

Foi também utilizado o coeficiente de correlação de Spearman para estudar as relações lineares existentes entre duas variáveis quantitativas. Considerou-se que valores de correlação superiores a 0.4 eram razoáveis e merecedores de análise (Cohen e Holliday, 1982; Harris e Taylor, 2004).

Foram aplicadas técnicas de análise multivariável, especificamente, análises de regressão linear e logística, as quais incluíram a verificação da normalidade dos resíduos. Após a realização do diagnóstico de colinearidade concluiu-se que existem problemas de multicolinearidade para algumas variáveis.

As características dos utentes e dos cuidadores informais são apresentadas sob a forma de frequências e percentagens para variáveis categóricas, e sob a forma de média,

mediana, desvio padrão e mínimo e máximo para variáveis contínuas. Os níveis de significância utilizados na análise foram $\alpha=0.05$.

CAPÍTULO 3. RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de exclusão foi possível assegurar a participação de 54 sujeitos: 27 utentes de CD e 27 utentes de SAD. Os cuidadores informais principais disponíveis para participar foram 43 (19 de CD e 24 de SAD). Seguidamente, são descritas as características da amostra.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

As características sócio-demográficas dos utentes de CD e de SAD encontram-se resumidas no quadro 3.

Considerando o total da amostra, a idade média foi 80.7 anos (DP 6.3), com predominância do sexo feminino. Os utentes eram maioritariamente caucasianos, católicos e viúvos. A média de anos de escolaridade foi 2.5 e a maioria dos utentes residia em moradias.

A classe social predominante foi a “média”, de acordo com a classificação social de Graffar. No entanto observa-se uma tendência para a classe “média-alta” e “média” no grupo de SAD e uma tendência para a classe “média” e “média-baixa” no grupo de CD ($p=0.048$).

No momento da avaliação a maioria dos utentes referiram não estar a cuidar de ninguém e ter um cuidador informal.

As mulheres eram mais velhas (média=82.6, DP 6.3) que os homens (média=77.4, DP 5.0) ($p=0.002$) e tinham um menor nível de escolaridade que estes (média=1.8, DP 3.6 e média=2.6, DP 2.6, respectivamente, $p=0.005$).

A descrição e comparação dos subgrupos em CD e SAD constam, igualmente, do quadro 3.

Quadro 3. Características sócio-demográficas

Variáveis		Total (n = 54)	CD (n = 27)	SAD (n = 27)	Valor p^a
Idade (anos)	Média (DP)	80.7 (6.3)	80.8 (6.2)	80.6 (6.7)	0.710 ^b
	Min-máx	69-99	69-90	70-99	
Sexo	Masculino	20	7	13	0.091
	Feminino	34	20	14	
Etnia	Caucasiana	52	25	27	0.150
	Africana	2	2	0	
Religião	Católica	51	27	24	0.075
	Outra	3	0	3	
Estado civil	Solteiro	2	2	0	0.129
	Casado	16	4	12	
	Viúvo	32	19	13	
	Divorciado	2	1	1	
	Separado	2	1	1	
Escolaridade (anos)	Média (DP)	2.5 (2.7)	2.8 (2.7)	2.1 (2.8)	0.243 ^b
	Mediana	3	4	0	
	Min-máx	0-12	0-12	0-12	
Condições habitacionais	Apartamento	3	3	0	0.061
	Moradia	46	20	26	
	Anexo	5	4	1	
Classe Social	Média-alta	5	0	5	0.048
	Média	36	21	15	
	Média-baixa	13	6	7	
Situação de vida	Em sua casa, sozinho	16	10	6	0.100
	Em sua casa com companheiro(a)	14	3	11	
	Em sua casa, com outras pessoas	5	3	2	
	Em casa de outras pessoas, com outros	19	11	8	
Cuida de alguém	Sim	6	3	3	1.000
	Não	48	24	24	
Tem cuidador	Sim	43	19	24	0.091
	Não	11	8	3	

^a Utilizou-se o teste χ^2 , excepto quando assinalado em contrário

^b Utilizou-se o teste Mann-Whitney

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA AMOSTRA

A caracterização clínica dos utentes de CD e de SAD encontra-se no quadro 4. As patologias mais prevalentes na amostra foram as doenças cardiovasculares (89%) e as neuropsiquiátricas (72%). Das restantes patologias, a diabetes foi a mais comum das doenças endócrinas (18 casos) e a artrose degenerativa foi a mais comum das doenças osteoarticulares (16 casos). Apenas um utente de CD não tinha informação clínica disponível.

Os utentes de CD apresentaram comorbilidade entre doenças neuropsiquiátricas e outras doenças (20 casos) superior aos utentes de SAD (13 casos), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0.031$).

Quadro 4. Características clínicas

		CD (n = 27)	SAD (n = 27)	Total (n = 54)
Antecedentes psiquiátricos ¹		8	10	18
Diagnóstico neuro-psiquiátrico	Demência	3	8	38
	Depressão	6	6	
	Outros ²	3	12	
Cardiovascular	HTA	16	13	47
	Arritmia	2	5	
	D. Coronária	3	3	
	Outra DCV	4	1	
Endócrino	Diabetes	9	9	20
	Hipotiroidismo	0	2	
Outros diagnósticos	Osteoporose	4	0	25
	Doença osteoarticular	12	4	
	Artrose degenerativa	3	2	
Défice sensorial	Oftalmológico	8	7	22
	Auditivo	4	3	
Outro diagnóstico somático		17	8	25

¹ Inclui acidente vascular cerebral, doença de Parkinson e acidente isquémico transitório.

Nota: No grupo de CD não existe informação num caso.

Como se observa no quadro 5, os psicofármacos são muito usados na amostra, nomeadamente as benzodiazepinas, os “estimulantes cerebrais” (inespecíficos) e os antidepressivos.

Os utentes de SAD estavam medicados com mais antipsicóticos (média=2.2, DP 1.9) que os utentes de CD (média=1.1, DP 1.3), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0.042$).

Quadro 5. Terapêutica farmacológica em curso: número de utentes usando fármacos

	CD (n = 27)	SAD (n = 27)	Total (n = 53)
Antidemenciais	1	5	6
Antidepressivos	4	10	14
Antipsicóticos	0	7	7
Psicofármacos			
Benzodiazepinas	11	10	21
“Estimulantes cerebrais”	8	7	15
Outros psicofármacos	2	1	3
Total	26	27	53
Outros fármacos	24	27	51

Nota: No grupo de CD não existe informação num caso.

RESULTADOS DA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Todos os utentes da amostra foram avaliados através do *MMSE*, Índice de Barthel e Escala de Lawton & Brody. Apenas 39 utentes foram avaliados através da *GDS*, pois 15 utentes do grupo de SAD apresentavam patologia neuropsiquiátrica em estado avançado, o que inviabilizou a avaliação em entrevista.

A pontuação média na *GDS* foi 13.82 (DP 7.6), tendo-se registado 23 casos indicativos de depressão, 13 dos quais sugestivos de depressão moderada (10 em CD) e os restantes 10 sugestivos de depressão grave (6 em CD) (quadro 6).

A pontuação média no *MMSE* foi 16.26 (DP 10.9), tendo-se registado 22 casos sugestivos de défice cognitivo, 16 dos quais em utentes de SAD ($p<0.001$) (quadro 6).

Pontuações superiores a 11 na *GDS* foram obtidas maioritariamente por mulheres ($n=19$, $p=0.011$) e por utentes com uma menor escolaridade (média=1.8, DP 2.0, $p=0.019$).

Quadro 6. Sintomas depressivos e deterioração cognitiva

		Total	CD	SAD	Valor p^a
Sintomas depressivos (GDS)	N	39	27	12	0.758
	Média (DP)	13.82 (7.6)	12.5 (7.2)	16.0 (8.3)	
	Mediana	13	13	14	
	Min-máx	1-29	1-25	5-29	
Deterioração cognitiva (MMSE)	N	54	27	27	<0.001
	Média (DP)	16.26 (10.9)	22.1 (5.3)	10.4 (11.9)	
	Mediana	20	23	0	
	Min-máx	0-29	10-29	0-29	

^a Utilizou-se o teste de Mann-Whitney

A pontuação média obtida no Índice de Barthel foi 59.07 (DP 34.52), sendo mais elevada no grupo de CD ($p < 0.001$). A pontuação média obtida na Escala de Lawton e Brody foi 3.04 (DP 2.3), sendo também mais elevada no grupo de CD ($p < 0.001$) (quadro 7).

Pontuações elevadas no Índice de Barthel e na Escala de Lawton & Brody estavam associadas a pontuações elevadas no MMSE ($r=0.755$ e $r=0.702$, respectivamente, $p<0.001$).

Quadro 7. Avaliação funcional

Variáveis		Total (n =54)	CD (n = 27)	SAD (n = 27)	Valor p^a
Funcionalidade - AVD (Barthel)	Média (DP)	59.07 (34.52)	79.1 (15.2)	39.1 (37.0)	< 0.001
	Mediana	70	80	30	
	Min-máx	0-100	50-100	0-95	
Funcionalidade - AIVD (Lawton & Brody)	Média (DP)	3.04 (2.3)	4.8 (1.4)	1.3 (1.5)	< 0.001
	Mediana	3	4	0	
	Min-máx	0-8	3-8	0-4	

^a Utilizou-se o teste de Mann-Whitney

NECESSIDADES DE CUIDADOS

Dos 54 utentes da amostra, 39 completaram directamente a entrevista *CANE*, os restantes 15 não o fizeram devido a patologia neuropsiquiátrica em estado avançado. Foram obtidas 43 entrevistas de cuidadores informais e 54 entrevistas de cuidadores formais. Para a totalidade da amostra, foram obtidas as pontuações *CANE* na perspectiva do avaliador, sendo estas as pontuações consideradas neste estudo.

Analisando as pontuações *CANE* no geral, a média do número de necessidades de cuidados na amostra foi 10.5 (DP 2.7), das quais 7.7 (DP 2.0) se encontravam cobertas e 2.8 (DP 2.1) não se encontravam cobertas. No total, foram identificadas 567 necessidades, das quais 414 (73%) se encontravam cobertas e 153 (27%) não se encontravam cobertas. Todos os utentes da amostra registavam pelo menos uma necessidade de cuidados (coberta ou não). Dos 54 utentes da amostra, 45 (83%) tinham uma ou mais necessidades não cobertas e 29 (54%) tinham pelo menos duas necessidades de cuidados não cobertas.

Como se observa no quadro 8 e nas figuras 1, 2 e 3, o grupo de SAD registou um número significativamente maior de necessidades de cuidados que o grupo de CD, tanto na pontuação total ($p < 0.001$), como em termos de necessidades não cobertas ($p=0.002$).

Quadro 8. Necessidades de cuidados: total, cobertas e não cobertas

Variáveis		Total (n = 54)	CD (n = 27)	SAD (n = 27)	Valor p ^a	
Necessidades de cuidados (CANE)	Total	Média (DP)	10.5 (2.7)	9.1 (2.3)	11.9 (2.5)	< 0.001
		Mediana	10	9	12	
		Min-máx	5-17	5-14	5-17	
	Cobertas	Média (DP)	7.7 (2.0)	7.2 (1.7)	8.1 (2.2)	0.070
		Mediana	8	7	9	
		Min-máx	3-11	4-10	3-11	
	Não cobertas	Média (DP)	2.8 (2.1)	1.9 (1.6)	3.7 (2.2)	0.002
		Mediana	3	2	4	
		Min-máx	0-8	0-5	0-8	

^a Utilizou-se o teste de Mann-Whitney

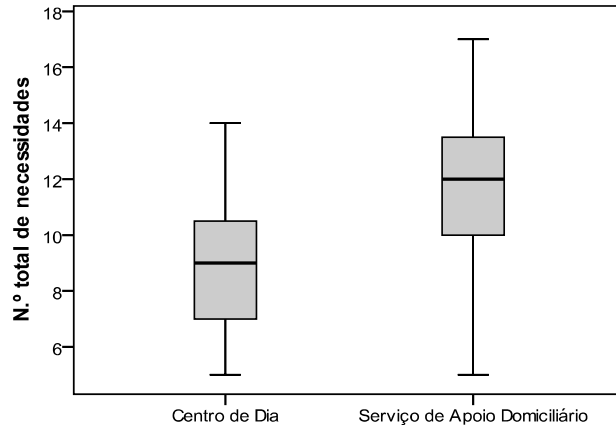


Figura 1. Necessidades de cuidados (total) no grupo de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário

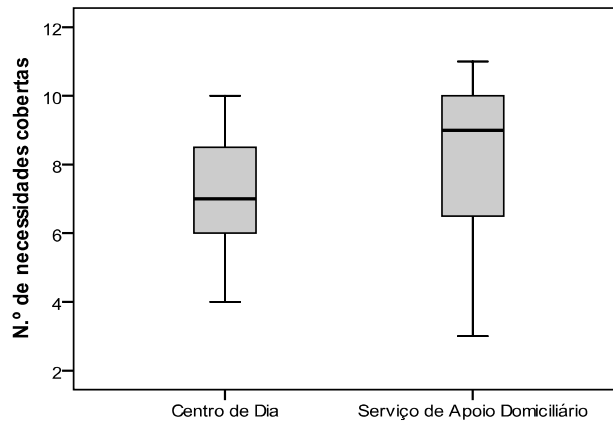


Figura 2. Necessidades de cuidados cobertas no grupo de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário

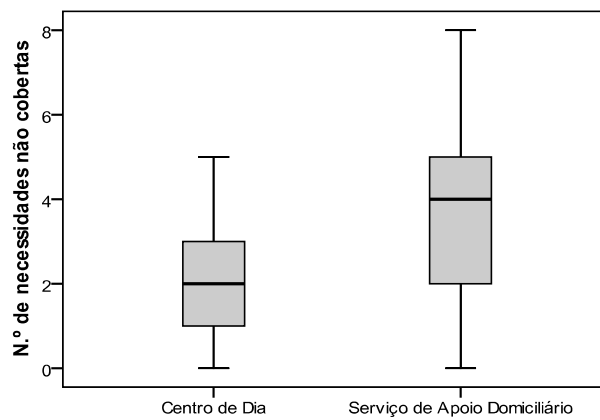


Figura 3. Necessidades de cuidados não cobertas no grupo de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário

Analisando agora as pontuações *CANE* em áreas específicas, aquelas em que os utentes da amostra global registaram maior número de necessidades de cuidados (cobertas e não cobertas) foram: alimentação (100%), companhia (100%), saúde física (96%), actividades diárias (87%), medicamentos (70%), mobilidade (67%), cuidados pessoais (67%) e dinheiro (67%) (quadro 9).

Considerando o total de necessidades (cobertas e não cobertas), o grupo de SAD registou um número superior de necessidades de cuidados, comparativamente ao grupo de CD, nas seguintes áreas: cuidados com a casa ($p=0.012$), cuidados pessoais ($p=0.001$), memória ($p < 0.001$), mobilidade ($p=0.021$), continência de esfíncteres ($p=0.029$) e medicamentos ($p=0.017$). O grupo de CD registou um número superior de necessidades de cuidados comparativamente ao grupo de SAD nas áreas actividades diárias ($p=0.005$) e visão/audição e comunicação ($p=0.006$) (quadro 9 e figura 4).

Considerando apenas o número de necessidades cobertas, este foi superior no grupo de SAD nas seguintes áreas: cuidados com a casa ($p < 0.001$), cuidados pessoais ($p < 0.001$) e continência de esfíncteres ($p=0.001$). O grupo de CD registou um número superior de necessidades de cuidados cobertas comparativamente ao grupo de SAD nas áreas actividades diárias ($p < 0.001$), visão/audição e comunicação ($p=0.013$) e companhia ($p < 0.001$) (quadro 9).

Finalmente, o número de necessidades não cobertas foi superior no grupo de SAD nas áreas actividades diárias ($p < 0.001$), memória ($p=0.002$) e companhia ($p < 0.001$). O grupo de CD registou um número superior de necessidades não cobertas na área continência de esfíncteres ($p=0.038$) (quadro 9).

Quadro 9. Frequência de necessidades por área de cuidado

CANE	N.º de necessidades de cuidados				N.º de necessidades de cuidados cobertas				N.º de necessidades de cuidados não cobertas			
	Áreas de necessidade de cuidados	Total (n=54)	CD (n=27)	SAD (n=27)	Valor p ^a	Total (n=54)	CD (n=27)	SAD (n=27)	Valor p ^a	Total (n=54)	CD (n=27)	SAD (n=27)
1. Alojamento	3	3	0	0.075	0	0	0		3	3	0	0.075
2. Cuidados com a casa	33	12	21	0.012 [*]	24	5	19	< 0.001 [*]	9	7	2	0.068
3. Alimentação	54	27	27		54	27	27		0	0	0	
4. Cuidados pessoais	36	12	24	0.001 [*]	33	10	23	< 0.001 [*]	3	2	1	0.552
5. Cuidados com outras pessoas	3	2	1	0.552	3	2	1	0.552	0	0	0	
6. Actividades diárias	47	27	20	0.005 [*]	27	27	0	< 0.001 [*]	20	0	20	< 0.001 [*]
7. Memória	25	6	19	< 0.001 [*]	4	1	3	0.299	21	5	16	0.002 [*]
8. Visão/ audição	32	21	11	0.006 [*]	23	16	7	0.013 [*]	9	5	4	0.715
9. Mobilidade/ quedas	36	14	22	0.021 [*]	32	13	19	0.097	4	1	3	0.299
10. Continência de esfíncteres	28	10	18	0.029 [*]	24	6	18	0.001 [*]	4	4	0	0.038 [*]
11. Saúde física	52	25	27	0.150	51	25	26	0.552	1	0	1	0.313
12. Medicamentos	38	15	23	0.017 [*]	36	15	21	0.083	2	0	2	0.150

Necessidades de cuidados no idoso: Comparação entre um CD e um SAD

13. Sintomas psicóticos	14	4	10	0.062	1	0	1	0.313	13	4	9	0.111
14. Sofrimento psicológico	26	10	16	0.102	4	1	3	0.299	22	9	13	0.268
15. Informação	2	1	1		1	0	1	0.313	1	1	0	0.313
16. Segurança pessoal (conduta parasuicidária)	6	3	3		0	0	0		6	3	3	
17. Segurança pessoal (risco não intencional)	19	7	12	0.154	13	4	9	0.111	6	3	3	
18. Abuso/ negligência	6	3	3		0	0	0		6	3	3	
19. Comportamento	6	1	5	0.083	0	0	0		6	1	5	0.083
20. Álcool	0	0	0		0	0	0		0	0	0	
21. Companhia	54	27	27		43	27	16	< 0.001 [*]	11	0	11	< 0.001 [*]
22. Relações íntimas	8	2	6	0.125	2	1	1		6	1	5	0.083
23. Dinheiro/ economias	36	15	21	0.083	36	15	21	0.083	0	0	0	
24. Benefícios sociais	3	0	3	0.075	3	0	3	0.075	0	0	0	

^a Utilizou-se o teste χ^2 , quando $n > 20$ e o teste exacto de Fisher, quando $n \leq 20$

* Valor estatisticamente significativo

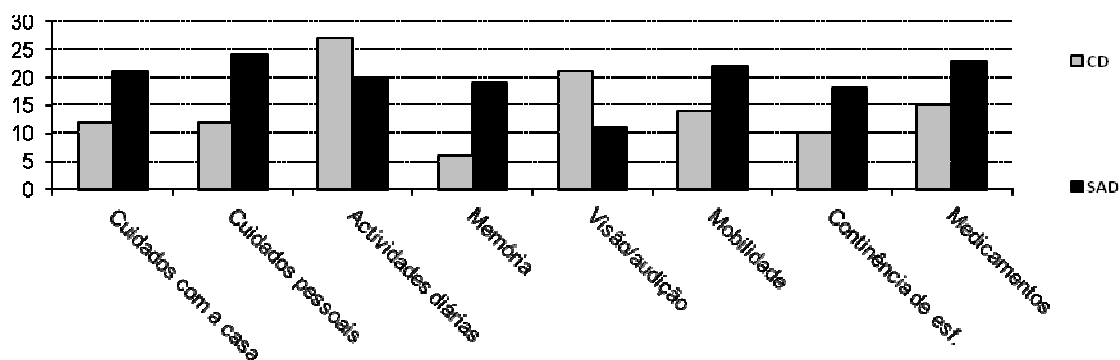


Figura 4. Necessidades de cuidados (total de necessidades cobertas e não cobertas) com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário

FACTORES ASSOCIADOS A NECESSIDADES DE CUIDADOS

Necessidades de cuidados da amostra global e variáveis sócio-demográficas e clínicas

Os utentes que residem sozinhos registaram menos necessidades de cuidados cobertas (média=6.4, DP 1.9) ($p=0.004$) que os restantes utentes (média=8.2, DP 1.8).

Os utentes com diagnóstico de demência registaram mais necessidades de cuidados (média=12.2, DP 2.6) ($p=0.035$) e mais necessidades cobertas (média=8.9, DP 1.5) ($p=0.027$) que os utentes sem diagnóstico de demência (média=10.1, DP 2.6 e média=7.4, DP 2.0, respectivamente). A necessidade não coberta que foi identificada em maior número nos utentes com diagnóstico de demência foi “memória”.

Os utentes com antecedentes psiquiátricos registaram mais necessidades não cobertas (média=3.8, DP 2.1) comparativamente com os restantes utentes (média=2.3, DP 1.9) ($p=0.015$). A necessidade não coberta que foi identificada em maior número nos utentes com antecedentes psiquiátricos foi “sofrimento psicológico”.

Relativamente à terapêutica, os utentes que consumiam mais do que um psicofármaco registaram mais necessidades de cuidados (média=11.8, DP 2.7) ($p=0.001$) e mais necessidades não cobertas (média=3.5, DP 1.9) ($p=0.015$) comparativamente com os restantes (média=9.3, DP 2.3 e média=2.1, DP 2.1, respectivamente).

Na comparação entre os dois sub-grupos da amostra, não se registaram outras diferenças significativas.

Necessidades de cuidados da amostra global e pontuações nas escalas de sintomas psicopatológicos e de deterioração cognitiva

Os 23 utentes que obtiveram uma pontuação na *GDS* igual ou superior a 11, a qual é sugestiva de depressão, registaram uma média de 10.6 (DP 2.2) necessidades de cuidados comparativamente com a média de 8.8 (DP 2.2) dos que não a apresentaram ($p=0.006$). Aqueles utentes (“casos” *GDS*) também apresentaram uma média de necessidades não cobertas (média=3.3, DP 2.3) superior aos restantes (média=1.7, DP 1.8) ($p=0.034$). A necessidade não coberta que foi identificada em maior número nos utentes com depressão foi “sofrimento psicológico”.

Os 22 utentes com deterioração cognitiva (“casos” *MMSE*) registaram uma média de 12.3 (DP 2.1) necessidades de cuidados comparativamente com a média 9.3 (DP 2.4) dos restantes ($p < 0.001$). Estes utentes também apresentaram necessidades cobertas (média=9.0, DP 1.5) superiores aos utentes sem deterioração cognitiva (média=6.7, DP 1.8) ($p < 0.001$). A necessidade de cuidados não coberta que foi identificada em maior número nos utentes com deterioração cognitiva foi “memória”.

Os utentes com mais do que uma necessidade de cuidados não coberta registaram uma pontuação no *MMSE* (média=13.5, DP 11.2) inferior à dos restantes (média=22.2, DP 7.9) ($p=0.004$).

Necessidades de cuidados em relação com a funcionalidade

As pontuações no Índice de Barthel encontravam-se correlacionadas com o número de necessidades de cuidados ($r_s=-0.552$, $p < 0.001$) e com o número de necessidades de cuidado cobertas ($r=-0.644$, $p < 0.001$).

As pontuações na Escala de Lawton & Brody encontravam-se correlacionadas com o número de necessidades de cuidados ($r=-0.674$, $p < 0.001$), com o número de necessidades cobertas ($r=-0.531$, $p < 0.001$) e com o número de necessidades não cobertas ($r=-0.405$, $p=0.002$).

Os utentes com mais do que uma necessidade de cuidados não coberta registaram pontuações no Índice de Barthel (média=51.6, DP 31.0) ($p=0.026$) e na

Escala de Lawton & Brody (média=2.3, DP 2.1) ($p=0.001$) inferiores às obtidas pelos restantes utentes (média=75.3, DP 24.8 e média=4.6, DP 2.0, respectivamente).

As necessidades de cuidados não cobertas que foram identificadas em maior número nos utentes mais dependentes para as AIVD (resultados obtidos através da Escala de Lawton & Brody) foram “actividades diárias” ($p < 0.001$) e “memória” ($p=0.001$).

Necessidades de cuidados: análise multivariável

Através da análise de regressão linear múltipla, foi possível observar que as variáveis que estavam associadas de forma directa ao número total de necessidades são o consumo de mais do que um psicofármaco ($\beta=1.595$, $p=0.011$) e ser utente do SAD ($\beta=1.413$, $p=0.044$). As pontuações no MMSE estavam associadas de forma inversa ao número total de necessidades ($\beta=-0.084$, $p=0.012$) (quadro 10).

O número de necessidades não cobertas estava associado ao consumo de mais do que um psicofármaco ($\beta=1.050$, $p=0.049$) e a ser utente do serviço de apoio domiciliário ($\beta=1.638$, $p=0.003$) (quadro 10).

Quadro 10. Variáveis associadas às necessidades de cuidados

		β	Intervalo de confiança a 95%	Valor p^a	R^2
N.º total de necessidades de cuidados	Consumo de mais do que um psicofármaco	1.595	0.376 – 2.815	0.011	0.455
	Serviço	1.413	0.039 – 2.787	0.044	
	Pontuação no MMSE	-0.084	-0.149 – -0.019	0.012	
N.º de necessidades de cuidados não cobertas	Serviço	1.638	.592 – 2.684	0.003	0.257
	Consumo de mais do que um psicofármaco	1.050	0.004 – 2.0960	0.049	

Através de uma análise de regressão logística constatou-se que ser utente do Serviço de Apoio Domiciliário era uma condição associada de forma inversa às pontuações na Escala de Lawton & Brody ($p=0.006$, OR=0.87, IC 95%=0.015 – 0.490)

e de forma directa ao número de necessidades não cobertas ($p=0.095$, $OR=1.526$, $IC\ 95\%=0.929 - 2.505$).

CUIDADORES INFORMAIS

A amostra correspondente de cuidadores informais era composta por 43 pessoas, dos quais 35 eram do sexo feminino e 31 eram filhos(as) dos utentes, sendo todos eles familiares. Estes e outros dados sociodemográficos estão descritos no quadro 11, onde se incluem igualmente os resultados das pontuações CANE (itens A e B, para o cuidador informal) e da ZBI.

Quadro 11. Características sócio-demográficas, necessidades de cuidados e sobrecarga dos cuidadores informais

Variáveis		Total (n = 43)	CD (n = 19)	SAD (n = 24)	Valor p ^a	
Sexo	Masculino	8	1	7	0.045	
	Feminino	35	18	17		
Parentesco	Filho(a)	31	17	14	0.008	
	Cônjuge	10	0	10		
	Neto(a)	1	1	0		
	Outros	1	1	0		
Necessidades de cuidados (CANE)	Informação	Coberta	0	0	0.001	
		Não coberta	0	0		
	Sofrimento psicológico	Coberta	3	0		3
		Não coberta	22	4		18
Sobrecarga (ZBI)	Média (DP)	36.5 (13.9)	27.5 (10.7)	42.7 (12.5)	<0.001 ^b	
	Mediana	34	28.5	44		
	Min-máx	9-68	9-50	20-68		

^a Utilizou-se o teste χ^2 , excepto quando assinalado em contrário

^b Utilizou-se o teste de Mann-Whitney

Nenhum cuidador informal referiu necessidades de “informação”. No entanto foram registadas necessidades de cuidados relativas a “sofrimento psicológico” em 25 casos, não cobertas na maioria. Os cuidadores do grupo de SAD registaram um maior número de necessidades relativas a “sofrimento psicológico” que os cuidadores do grupo de CD ($p=0.001$).

A pontuação média no *ZBI* foi 36.6 (SD 13.9), sendo mais elevada no grupo de SAD (média=42.7, DP 12.5) que no grupo de CD (média=27.5, DP 10.7) ($p < 0.001$).

Necessidades dos cuidadores informais: relações com sobrecarga familiar e com necessidades e outras variáveis dos utentes

Os cuidadores que manifestaram necessidades de cuidados não cobertas na área “sofrimento psicológico”, estavam relacionados com utentes com mais necessidades de cuidados ($p=0.009$), com mais necessidades cobertas ($p=0.029$), com pontuações mais baixas na Escala de Lawton & Brody ($p < 0.001$) e no Índice de Barthel ($p < 0.001$), em comparação com os restantes cuidadores.

As pontuações *ZBI* encontravam-se correlacionadas positivamente com o número de necessidades de cuidados ($r=0.521$, $p=0.001$) e com o número de necessidades não cobertas ($r=0.529$, $p=0.001$) dos utentes, e negativamente com as pontuações na Escala de Lawton e Brody ($r=-0.567$, $p < 0.001$) e no Índice de Barthel ($r=-0.390$, $p=0.014$).

Os cuidadores de utentes com mais do que uma necessidade de cuidados não coberta registaram pontuações mais elevadas no *ZBI* (média=39.6, DP 14.4) que os restantes (média=29.3, DP 9.8; $p=0.040$). O mesmo se verificou para cuidadores de utentes com mais do que duas necessidades de cuidados não cobertas (média=40.7, DP 14.7 *versus* média=31.5, DP 11.4; $p=0.042$).

A pontuação *ZBI* dos cuidadores de utentes que apresentaram necessidades não cobertas nas áreas comportamento (média=47.6, DP 9.3), sofrimento psicológico (média=43.6, DP 10.7) e actividades diárias (média=42.6, DP 11.8) foi significativamente superior à pontuação *ZBI* dos cuidadores de utentes sem necessidades não cobertas nas áreas referidas (média=34.8, DP 13.8, $p=0.022$; média=32.4, DP 14.0, $p=0.009$; média=31.2, DP 13.7, $p=0.009$, respectivamente).

CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO

O Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário são duas das respostas de apoio a idosos que retardam mas, frequentemente, também antecedem a institucionalização. Até ao presente, escasseiam estudos realizados sobre necessidades de cuidados dos idosos, nestas respostas sociais, em Portugal. O presente estudo veio desta forma contribuir para o conhecimento das necessidades de cuidados dos idosos, numa Instituição Particular de Solidariedade Social, em Centro de Dia e Serviço de Apoio Domiciliário.

A existência de algumas necessidades de cuidados não cobertas nos utentes de CD e de SAD desta IPSS não é um resultado surpreendente, sendo frequente que este tipo de necessidades sejam encontradas em instituições de elevada qualidade. Embora os itens correspondentes da entrevista CANE não sejam apresentados nos resultados deste trabalho, a impressão transmitida pelos utentes e seus familiares foi de satisfação global com os cuidados prestados. Assim, a avaliação estruturada de necessidades de cuidados tem enormes potencialidades em termos da monitorização contínua e melhoria do trabalho desenvolvido. Os resultados deste estudo contribuirão, seguramente, para desenvolver ainda mais a organização e funcionamento dos serviços prestados.

Necessidades de cuidados na amostra global (utentes de CD e de SAD)

A amostra em estudo registou um número elevado de necessidades de cuidados (média de 10.5, DP 2.7), ainda que a sua maioria se encontre coberta. O facto de existir na amostra uma elevada prevalência de patologias neuropsiquiátricas (72%), nomeadamente, depressão, demência e consequências de AVC/ AIT, bem como de casos de dependência moderada a severa, terá contribuído para que o número de necessidades de cuidados seja elevado, como está vastamente documentado na literatura (Hoe et al., 2006; Miranda-Castillo et al., 2010; Passos, Sequeira e Fernandes, 2012).

A idade avançada (média 80.7 anos, DP 6.3) e a proporção elevada de mulheres (63%), a maioria das quais viúvas, a frequentar o Centro de Dia e o Serviço

de Apoio Domiciliário, reforçam os resultados de Nogueira (2009), o qual, no seu estudo sobre dependência nas respostas sociais, refere que as mulheres são geralmente mais dependentes que os homens e que se encontram em maior número que estes nos serviços. No ano de 2010, a esperança de vida das mulheres, aos 65 anos, era de 20,2 anos (mais 3,3 que os homens) (INE, 2013), ou seja, as mulheres vivem mais tempo, possivelmente com mais dependência, o que aumenta a probabilidade de frequentarem as respostas sociais de CD e de SAD.

Apesar do número elevado de necessidades de cuidados presente na amostra, estes idosos permanecem no seu ambiente familiar. Esta realidade é promovida pelas políticas sociais e de saúde actuais. Estas, defendem que o idoso deverá permanecer no seu domicílio o mais tempo possível, retardando ou evitando a institucionalização, o que exige dos serviços sociais e de saúde uma constante avaliação e reorganização de acordo com as necessidades, cada vez mais exigentes e complexas, dos seus utentes.

Nesta amostra, as necessidades relativas a alimentação, cuidados pessoais, gestão e administração da medicação, gestão do dinheiro, mobilidade e saúde física encontravam-se maioritariamente cobertas. A maioria dos utentes recebe apoio do Centro de Dia e do Serviço de Apoio Domiciliário na confecção e administração da alimentação, nos cuidados de higiene pessoal e na gestão e administração da medicação. As restantes necessidades são asseguradas maioritariamente pelos cuidadores informais, com o complemento do apoio formal quando necessário. As mesmas necessidades de cuidados cobertas foram identificadas, a nível nacional e em idosos com perturbação mental ou neuropsiquiátrica, por Gonçalves-Pereira et al. (2007), Fernandes et al. (2009) e por Passos, Sequeira e Fernandes (2012). Padrões semelhantes foram descritos na literatura internacional (cfr. por exemplo Martin et al. (2002), em idosos integrados em residências; Walters et al. (2000), em idosos nos cuidados de saúde primários; ou Miranda-Castillo et al. (2010), em idosos com demência a residir em casa).

No entanto, o apoio do cuidador informal, mesmo com suporte formal, pode não ser suficiente para responder às exigências da situação, com tradução em necessidades não cobertas no idoso e no próprio cuidador.

Nesta amostra, verificou-se um peso considerável de necessidades não cobertas na área social, nomeadamente no que respeita a actividades diárias e companhia. Como este resultado depende da resposta social será discutido na próxima secção.

As necessidades de cuidados na área do sofrimento psicológico também não se encontravam cobertas na amostra, particularmente nos utentes de SAD. Resultados semelhantes foram obtidos por Walters et al. (2000) em idosos nos cuidados de saúde primários, por Sousa et al. (2009) em idosos que frequentaram serviços de saúde mental e por Miranda-Castillo et al. (2010) em idosos com demência a residir em casa, entre outros. O facto de os utentes de SAD se encontrarem mais dependentes e terem uma rede de suporte social enfraquecida, poderá ter contribuído para a existência de necessidades não cobertas nesta área (Schnittger et al., 2012). O sofrimento psicológico também se encontra associado a factores como o nível educacional (Guindon e Cappeliez, 2010), residir sozinho, idade (Paul, Ayis e Ebrahim, 2006) e ter défice cognitivo moderado (Wilson et al., 2007). Neste estudo foi identificada uma associação entre a presença de depressão (avaliada através da GDS) e necessidades de cuidados na área do sofrimento psicológico.

A existência de necessidades não cobertas na amostra poderá, possivelmente, dever-se à não detecção das mesmas pelos serviços onde os idosos se encontram inseridos, ou a incapacidade destes em responderem com eficácia aos problemas detectados. Outro aspecto que pode contribuir para o aumento do número de necessidades não cobertas na amostra é o sub-reconhecimento das mesmas por parte dos utentes, quer por resignação, minimização ou mesmo negação do problema, quer pela crença de que o problema é devido à idade e que não existem respostas para o mesmo.

Foi possível concluir que estar medicado com psicofármacos, ter deterioração cognitiva e ser utente de SAD, são os três factores que estão relacionados com um maior número de necessidades de cuidados. Pelo mesmo método concluiu-se que estar medicado com psicofármacos e ser utente de SAD, são os dois factores que estão relacionados com um maior número de necessidades de cuidados não cobertas.

Estes resultados podem ser úteis na gestão e monitorização dos serviços de apoio social, para uma diminuição das necessidades de cuidados não cobertas, mais especificamente nos utentes que estão integrados no SAD e com um provável diagnóstico neuropsiquiátrico.

Necessidades de cuidados dos utentes de SAD vs utentes de CD

Os utentes do grupo de SAD apresentaram um número médio de necessidades de cuidados e de necessidades de cuidados não cobertas superior aos utentes do grupo de CD.

O grupo de SAD apresentou mais casos de diagnóstico neuropsiquiátrico (demência, depressão e consequências de AVC/AIT), mais sintomas de depressão (avaliados pela GDS), mais casos de deterioração cognitiva moderada a severa, um consumo elevado de psicofármacos e mais casos de dependência para as AVD e AIVD, os quais estão relacionados com o aumento do número de necessidades de cuidados.

Estes resultados eram claramente expectáveis, pois a resposta de Serviço de Apoio Domiciliário destina-se a pessoas em situação de dependência que estão incapacitadas de realizar as suas AVD e AIVD. Segundo Nogueira (2009) o número de pessoas dependentes e grandes dependentes a frequentar a resposta de SAD rondava os 70% no ano de 2007.

No entanto foi surpreendente encontrar necessidades de cuidados não cobertas, em particular, na área “companhia”, visto que os utentes de SAD têm na sua maioria cuidadores informais que residem com os próprios. Foram também identificadas neste grupo como não cobertas, as necessidades relativas a actividades diárias e memória. Este resultado demonstra como as necessidades sociais e psicológicas continuam a ser negligenciadas pelos cuidadores informais e formais, principalmente nas pessoas mais dependentes e com patologias neuropsiquiátricas. Resultados semelhantes foram obtidos por Hancock et al. (2006), em idosos com demência integrados em lares, por Miranda-Castillo et al. (2010), em idosos com demência a residir no domicílio, e por Fernandes et al. (2009), em idosos acompanhados em serviços de saúde mental.

O grupo de SAD não está a receber um plano de cuidados adequado às suas necessidades sociais. É premente que os serviços de apoio social invistam na qualificação e formação dos seus recursos humanos, para que estes possam desenvolver uma intervenção eficaz e orientada para as necessidades individuais dos utentes. No entanto, devido à actual crise sócio-económica, a Instituição poderá não ter capacidade para investir em aspectos relacionados com a aquisição de equipamentos e materiais, bem como com a formação de recursos humanos, os quais seriam importantes na resposta às necessidades referidas.

Segundo Miranda-Castillo et al. (2010) o fraco envolvimento em redes sociais é um dos factores preditores de um número elevado de necessidades de cuidados não cobertas. De facto, é possível pensar que a maioria dos utentes de SAD estão confinados ao seu domicílio, têm uma rede de suporte social enfraquecida e, na sua maioria, encontram-se limitados à disponibilidade do seu cuidador informal para saídas

ao exterior. Pelo contrário, os utentes de CD têm uma rotina diária, que implica a saída do seu domicílio para outro equipamento, no qual se encontram com os outros utentes e onde participam em actividades sócio-recreativas. Para responder a esta necessidade seria interessante ponderar uma reorganização dos serviços que tivesse como prioridade não só as necessidades mais elementares (como alimentação e cuidados pessoais), como também as necessidades sociais (como actividades diárias e companhia). A possibilidade de desenvolver actividades significativas para e com os idosos, em conjunto com os cuidadores informais, ou de promover visitas domiciliárias e saídas ao exterior organizadas por um grupo de voluntários, são duas hipóteses que poderão contribuir para reduzir as necessidades de cuidados nesta área.

Uma proporção elevada de utentes de CD (mais de 50%) manifestou a presença de sintomas sugestivos de depressão moderada a severa, quando avaliados pela GDS. A presença de sintomatologia depressiva encontra-se associada à presença da necessidade de cuidados não coberta “sofrimento psicológico”. A situação revela-se preocupante pelo facto de que casos de depressão possam estar subdiagnosticados, com repercussões danosas para o idoso e que, muito provavelmente poderiam ter uma intervenção adequada.

O grupo de CD era constituído maioritariamente por sujeitos do sexo feminino, nos quais a sintomatologia depressiva é habitualmente mais prevalente (Copeland et al., 2004). Outros factores como a incapacidade funcional e o diagnóstico de demência, que constavam em maior número no grupo de SAD, estão também associados à presença de depressão no idoso (Alexopoulos, 2005).

Estes resultados reforçam as preocupações com a desadequação de cuidados de saúde mental na população idosa (GTSMEPI, 2005). Seriam importantes uma melhor detecção e acompanhamento das perturbações do humor nos idosos, utentes de CD e de SAD. A intervenção psicossocial poderia ser realizada por técnicos existentes nas IPSS ou, preferencialmente, em parceria com os serviços de saúde locais.

Outro resultado que suscitou interesse foi o de que necessidades de cuidados relativas à continência de esfíncteres não se encontravam cobertas em alguns utentes do grupo de CD, comparativamente com os utentes de SAD em que esta necessidade estava totalmente coberta. Existe uma elevada probabilidade de os idosos que têm necessidades de cuidados não cobertas em determinadas áreas não procurarem ajuda para as mesmas (Walters, Iliffe e Orrell, 2001). Entre os diversos motivos poderá constar o sentimento de resignação para com a situação, a vergonha, bem como, a

minimização e negação do problema em si (Walters, Iliffe e Orrell, 2001). Muitas das vezes os idosos, que ainda se encontram autónomos, não percebem como é que os serviços os podem ajudar a colmatar as suas necessidades e por isso poderão não partilhar as suas preocupações. Estes poderão ser possíveis factores que contribuem para que as necessidades de cuidados relativamente a continência de esfíncteres não estejam cobertas. Esta realidade exige que os serviços de apoio social estejam mais atentos a situações desta índole. Uma estratégia a adoptar para minimizar as necessidades nesta área, poderia ser a dinamização de sessões de informação para os idosos sobre temas importantes no envelhecimento, nomeadamente higiene e cuidados pessoais, mas sobretudo uma avaliação sistemática das necessidades de cuidados.

Os cuidadores informais

Os cuidadores informais do grupo de SAD registaram mais necessidades de cuidados não cobertas relativamente ao seu sofrimento psicológico que os cuidadores informais do grupo de CD. Resultados semelhantes foram obtidos relativamente à sobrecarga familiar, tendo-se obtido valores de sobrecarga mais elevados nos cuidadores informais do grupo de SAD.

De acordo com estudos realizados anteriormente, a presença de necessidades não cobertas na área do sofrimento psicológico do cuidador informal é frequente e encontra-se relacionada com a sobrecarga familiar (Gonçalves-Pereira e Mateos, 2006; Gonçalves-Pereira et al, 2010). De acordo com os resultados do estudo realizado por Garand et al. (2005), mesmo em fases iniciais do declínio cognitivo, os cônjuges que assumem o papel de cuidador familiar, sofrem com a sobrecarga familiar e com a morbilidade psiquiátrica associada a esse mesmo papel.

A presença de uma elevada sobrecarga familiar e de necessidades de cuidados não cobertas ao nível do sofrimento psicológico nos cuidadores informais estavam relacionados com o aumento do número de necessidades de cuidados dos idosos e com a presença de situações de dependência, sendo que ambas as situações se encontravam em maior número no grupo de SAD. Este resultado é suportado pela literatura. Segundo Brodaty (2005) o grau de incapacidade ou dependência do idoso tem correlação directa com os níveis de sobrecarga familiar, o que aumenta a probabilidade do cuidador informal desenvolver sintomas de depressão (Alexopoulos, 2005).

O facto de os idosos mais dependentes da amostra necessitarem de supervisão constante, principalmente ao nível dos cuidados pessoais, e manifestarem necessidades não cobertas nas áreas actividades diárias, sofrimento psicológico e comportamentos disruptivos terá contribuído para o aumento da sobrecarga e do sofrimento psicológico do cuidador informal. Resultados similares foram obtidos por Miranda-Castillo et al. (2010), os quais revelam que as pessoas com demência que residem em casa, manifestam um número elevado de necessidades de cuidados não cobertas, as quais estão associadas à presença de problemas comportamentais e psicológicos, pouco envolvimento em redes sociais na comunidade e à ansiedade do cuidador informal.

É necessário cuidar dos cuidadores informais. Os serviços de apoio social, como o SAD e o CD, não se encontram ainda organizados para responder de forma eficaz às necessidades psicossociais dos cuidadores informais dos seus utentes. É cada vez mais imperativo cuidar a família, pois esta é quem promove os cuidados fundamentais ao idoso no seu domicílio. As intervenções sistémicas e multidisciplinares, como a terapia familiar e a psicoeducação familiar, podem contribuir para a diminuição da sobrecarga e do sofrimento psicológico dos cuidadores (Gonçalves-Pereira e Sampaio, 2011; Martín et al., 2009).

Os cuidadores informais desta amostra não manifestaram qualquer necessidade relativa à informação sobre a situação de saúde do idoso e seu tratamento. Estariam estes cuidadores plenamente informados sobre as questões inerentes ao cuidado do idoso? Como a pontuação deste item do questionário se baseou na informação transmitida pelos cuidadores, não foi possível ao avaliador aprofundar se estes tinham realmente informação correcta. Para explorar melhor esta temática seria importante aplicar um questionário estruturado aos cuidadores informais, sobre os aspectos inerentes à situação de saúde do idoso.

Devido ao facto de o Centro de Dia e o Serviço de Apoio Domiciliário integrarem idosos com características clínicas e funcionais, provavelmente, semelhantes a outras respostas e contextos, optou-se por comparar os presentes resultados com os que foram obtidos em cuidados de saúde primários, lares residenciais e, especificamente, em idosos com demência.

Necessidades de cuidados da amostra e estudos em Cuidados de Saúde Primários

O número médio de necessidades de cuidados não cobertas da população de CD e de SAD foi superior ao observado em contexto de cuidados de saúde primários, no estudo conduzido por Smith e Orrell (2007). Nesse estudo, a média de necessidades de cuidados não cobertas foi de 1.45 (DP 1.97) e entre as mais frequentes destacavam-se a necessidade de informação, visão/ audição e comunicação, saúde física e sofrimento psicológico.

Se considerarmos que o estar integrado numa resposta de apoio social, como CD ou SAD, pressupõe a existência de uma condição de saúde e/ou social mais vulnerável, conseguimos compreender que estes utentes tenham mais necessidades de cuidados que os utilizadores idosos dos cuidados de saúde primários em geral. Mais especificamente, as necessidades de cuidados não cobertas que foram observadas nos utentes de CD e de SAD estavam relacionadas com memória, actividades diárias e sofrimento psicológico.

Em Portugal, nos últimos anos, a prestação de Cuidados de Saúde Primários sofreu uma reforma profunda, principalmente ao nível da organização local dos cuidados. Os Centros de Saúde foram reorganizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e foram criadas Unidades de Saúde Familiar (USF) (Miguel e Brito de Sá, 2010). Os prestadores de cuidados de saúde primários (em modelo de USF) são orientados por indicadores de desempenho, os quais, segundo o Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, têm contribuído para a existência de mais cidadãos envolvidos nos programas de vigilância da saúde (nomeadamente idosos e pessoas com dependência) e nos programas de vigilância de doenças crónicas (diabetes, HTA, doenças pulmonares, entre outras), bem como, são visíveis mais e melhores cuidados de saúde no domicílio de pessoas em situações de dependência (GTDCSP, 2012).

No âmbito da RNCCI, a prestação de cuidados de saúde e de apoio social tem sido assegurada por equipas domiciliárias (equipas de saúde familiar das USF e equipas de cuidados continuados integrados) que actuam sob orientação das equipas multiprofissionais dos ACES com o objectivo de responder às necessidades dos doentes e/ou dependentes e suas famílias.

Cada ACES tem também apresentado projectos inovadores na área da promoção da saúde e da prevenção da doença, em parceria com organismos na comunidade, muitos dos quais no âmbito da saúde do idoso⁵.

Desta forma, os cuidados de saúde primários têm vindo a implementar, gradualmente, estratégias de intervenção comunitária que respondem aos problemas de grupos populacionais específicos. No entanto, estas reformas são ainda muito recentes e não abrangem toda a população.

A Freguesia onde se insere a IPSS na qual foi realizada esta investigação viu constituir a “sua” USF em 2012, ou seja, posteriormente à fase de aplicação dos instrumentos à amostra seleccionada. Desde então tem sido notório o investimento da equipa de cuidados de saúde primários nas consultas de vigilância de doenças crónicas, bem como, no acompanhamento domiciliário dos utentes (quer através da equipa multidisciplinar da USF, quer através da equipa da RNCCI).

É discutível se estas mudanças na assistência em termos dos serviços locais de saúde tiveram impacto directo nas necessidades da população em estudo. Com efeito, a resposta a algumas necessidades de cuidados não cobertas existentes na população estudada (por exemplo, sintomas psicóticos, sofrimento psicológico e memória) não depende exclusivamente da intervenção da equipa do CD ou do SAD, mas sim de uma relação de proximidade/parceria e articulação com os organismos da comunidade, nomeadamente com a equipa de Cuidados de Saúde Primários. Seria interessante aprofundar em estudos posteriores, o impacto da nova organização dos Cuidados de Saúde Primários nas necessidades de cuidados dos idosos da comunidade.

Santana et al. (2007) realizaram um estudo, no Distrito de Aveiro, com o objectivo de analisar os Serviços de Apoio Domiciliário nesse Distrito e de perceber até que ponto existe uma perspectiva de cuidado integrado. Os SADs que constituíram a amostra assemelham-se em muito com o SAD deste estudo, quer na população-alvo, quer nos serviços disponibilizados e na sua forma de intervenção. Os autores do estudo concluíram que os sistemas de saúde e sociais são organismos interdependentes, mas que no entanto se encontram divididos devido terem objectivos e regras diferentes, bem como, fronteiras intersectoriais e diferenças profissionais entre si. Como consequência desta realidade, os cuidados são muitas vezes

⁵ Informação disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=154> (acedido em 9/02/2013).

fragmentados, descontínuos e ineficientes, o que tem implicações danosas na qualidade e satisfação das necessidades de cuidados dos utentes destes serviços.

Necessidades de cuidados na amostra e estudos de idosos em Lares Residenciais

A população de SAD registou um número médio de necessidades de cuidados não cobertas superior ao observado em lares residenciais, no estudo de Martin et al. (2002), ao invés da população de CD que registou um número inferior às mesmas.

A primeira questão é perceber quem são os utentes dos lares residenciais do estudo de Martin et al. (2002) para que os possamos comparar com os utentes desta amostra. Segundo os autores, os utentes de lares residenciais são significativamente menos dependentes que os utentes que estão integrados em equipamentos com serviços médicos e de enfermagem (*Nursing Care*), mas serão também menos dependentes que os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário? No contexto português existem duas respostas distintas destinadas a idosos institucionalizados: Residência de Idosos e Lar de Idosos. Supostamente, os lares residenciais do estudo de Martin et al. (2002) assemelham-se às residências de idosos. Estas destinam-se a pessoas idosas com autonomia total ou parcial e apresentam uma proporção menor de utentes em situação de dependência que os Lares de Idosos (Nogueira, 2009). Como os utentes de SAD apresentam graus elevados de dependência, não reúnem critérios para serem admitidos em residências de idosos ou lares residenciais. No entanto, apresentam um número elevado de necessidades de cuidados não cobertas, que poderá ser fruto da idade avançada e do seu estado de saúde debilitado, o que os condiciona não só a realização das actividades básicas e instrumentais de vida diária, como também, a sua vida social.

O SAD é um serviço que visa ser um complemento do apoio familiar. No entanto, poderá não ser suficiente para alcançar as necessidades dos idosos. O facto de o acompanhamento ser “temporalmente intermitente”, por exemplo, os cuidados de higiene e alimentação serem prestados várias vezes por dia sendo a família que assegura a vigilância ao utente, poderá ser insuficiente e assim contribuir para o aparecimento de necessidades de cuidados não cobertas.

É curioso constatar que as necessidades de cuidados não cobertas nos utentes de lares residenciais (Martin et al., 2002; Ribeiro, 2010) foram semelhantes às dos utentes de SAD da presente amostra, nas áreas actividades diárias e memória.

A subvalorização das perdas de memória, justificando-as como algo normal no processo de envelhecimento, bem como, a presença de quadros demenciais poderão ser duas das razões para o facto desta necessidade não estar coberta.

O facto de muitos destes utentes serem dependentes e/ou grandes dependentes condiciona, em muito, a realização de actividades diárias, no entanto, esta necessidade poderá ser alcançada se se desenvolverem programas/ actividades adequadas à situação de saúde de cada utente. O investimento em recursos humanos competentes e capacitados na área em questão poderá ajudar a colmatar algumas destas necessidades.

Necessidades de cuidados na amostra e estudos em idosos com Demência

O número médio de necessidades de cuidados não cobertas da população de CD e de SAD foi inferior ao observado em idosos com demência, utentes de Lares residenciais, no estudo conduzido por Hancock et al. (2006).

O número de utentes com demência na amostra em estudo foi reduzido (onze idosos, oito dos quais utentes de SAD), o que compromete a comparação com a amostra do estudo citado. No entanto, foi-nos possível observar que os utentes com deterioração cognitiva e com diagnóstico de demência apresentaram mais necessidades de cuidados que os restantes.

Os idosos com demência são integrados em Lares por terem necessidades de cuidados cada vez mais complexas e dispendiosas que não lhes permitem continuar a receber assistência no domicílio (Hancock et al., 2006). Mesmo assim, continuam-se a observar números elevados de necessidades não cobertas nos utentes com demência residentes em Lares. Esta realidade prende-se com a coexistência de múltiplas problemáticas, nomeadamente, patologias psiquiátricas (como ansiedade e depressão), dependência física e problemas comportamentais, aliadas à inexistência ou desadequação de intervenções, actividades e/ou procedimentos (Hancock et al., 2006; Worden, Challis e Pedersen, 2010).

É curioso verificar que as necessidades não cobertas dos idosos com demência, institucionalizados ou não, também se centram nas áreas, actividades diárias, sofrimento psicológico e companhia (Hancock et al., 2006; Meaney, Croke & Kirby, 2005; Gonçalves Pereira et al., 2007; Fernandes et al., 2009; Greaves et al., 2006; Miranda-Castillo et al., 2010). O resultados dos estudos citados demonstram como as necessidades sociais e psicológicas têm sido negligenciadas, apesar de

serem das que mais contribuem para a qualidade de vida e bem-estar dos idosos (Worden, Challis e Pedersen, 2010; Hoe et al., 2009; Hoe et al., 2006).

Podem existir actividades estruturadas nos diversos contextos, mas se não forem significativas para os idosos não conseguem alcançar as suas necessidades sociais e psicológicas (Harmer e Orrell, 2008), o que resulta em necessidades de cuidados não cobertas nas referidas áreas.

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental foi criada em 2006 com o objectivo de estudar a realidade nacional e de propor um plano de acção para a sua reestruturação. O Plano foi realizado e abrange o período de 2007 a 2016, no entanto não contempla especificamente serviços de saúde mental para idosos. De entre as diversas estratégias propostas para uma melhor detecção e acompanhamento de situações de doença mental, encontra-se a criação de Unidades de Saúde Mental Comunitária, que tem entre os seus objectivos o Programa de Apoio a Doentes Idosos (CNRSSM, 2007). Miguel e Brito de Sá (2010) também reforçam a necessidade de investir na área da saúde mental, como parte integrante do Plano de Acção 2011-2016 dos Cuidados de Saúde Primários.

Uma intervenção coordenada entre serviços de saúde mental e serviços sociais de apoio a idosos poderá permitir um melhor acompanhamento e, conseqüentemente, uma redução das necessidades não cobertas dos idosos neste âmbito.

Limitações do estudo

Uma das principais limitações deste estudo prende-se com a selecção e representatividade da amostra. O facto de terem sido excluídos utentes que fossem cuidadores principais de utentes diminuiu a dimensão da amostra. Embora não se tenha recolhido informação sobre os casais que foram excluídos, essa opção permitiu estudar uma amostra mais homogénea, na qual os cuidadores informais principais não tivessem eles próprios graus presumivelmente elevados de necessidades de cuidados.

Independentemente da sua dimensão, os resultados obtidos na amostra nunca seriam generalizáveis para a realidade nacional. No entanto, esta amostra poderá ser similar a muitas populações de outras IPSS com serviços e formas funcionamento semelhantes. Os resultados sugerem, assim, reflexões válidas, pelo menos a nível nacional.

A caracterização clínica da amostra tem lacunas, tendo sido feita exclusivamente através dos registos disponíveis. Por exemplo, não foi possível categorizar os diagnósticos clínicos de acordo com as classificações internacionais.

Alguns quadros neuropsiquiátricos encontravam-se, provavelmente, sub-diagnosticados.

A dimensão reduzida da amostra e a natureza transversal do estudo também impõem prudência na interpretação dos resultados da análise multivariada. Os resultados indicam associação (e não causalidade).

Sugestões para investigação futura

De forma a melhorar o funcionamento dos serviços e das respostas à população de CD e de SAD, seria interessante explorar mais sistematicamente as diferentes perspectivas sobre necessidades de cuidados, na óptica do próprio idoso, cuidador informal e cuidador formal (Hancock et al., 2003), que são obtidas através do *CANE*. Segundo Slade et al. (citado por Hancock et al., 2003) um melhor entendimento das diferenças na avaliação de necessidades de cuidados entre cuidadores formais, idosos e cuidadores informais pode conduzir a uma melhor colaboração, cuidados mais individualizados e um aumento da qualidade de vida dos idosos.

Neste estudo, a aplicação do *CANE* foi por vezes morosa, provocando algum cansaço numa minoria dos utentes. A importância de avaliar de forma estruturada as necessidades dos idosos, neste caso em particular os utentes de CD e de SAD, é indiscutível, embora a extensão da entrevista *CANE* possa constituir, por vezes, um óbice. Iliffe et al. (2004) realizaram um estudo que demonstrou que um instrumento de avaliação de necessidades de cuidados, mais resumido, seria mais eficaz e mais fácil de aplicar no âmbito dos cuidados de saúde primários (Iliffe e Orrell, 2006). Este instrumento de avaliação foca-se apenas em cinco domínios: sentidos, actividade física, incontinência, cognição e sofrimento emocional (*SPICE*) (Iliffe et al., 2004). Seria interessante perceber se este instrumento de avaliação é também adequado no contexto dos serviços de apoio social.

Para que o conhecimento nesta área se torne mais sólido e dado que os resultados deste estudo não são generalizáveis, seria importante que o estudo fosse replicado noutras IPSS, com respostas sociais de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário, quer em meios rurais ou urbanos.

CONCLUSÃO

O presente estudo centrou-se numa questão pouco explorada, a nível nacional e internacional: comparar as necessidades de cuidados de idosos, utentes de Centro de Dia e de Serviço de Apoio Domiciliário de uma IPSS.

Os resultados revelaram que as necessidades de cuidados relacionadas com as actividades básicas e instrumentais da vida diária estão na sua maioria cobertas, quer pelos cuidadores informais quer pelas respostas sociais. O mesmo já não se verifica relativamente a algumas necessidades psicológicas e sociais (actividades diárias, memória e companhia) que, particularmente nos utentes de Serviço de Apoio Domiciliário, estão por alcançar.

O número de necessidades de cuidados encontrava-se relacionado com situações de dependência e com a presença de doenças neuropsiquiátricas (depressão, demência, outras formas de deterioração cognitiva).

O facto de estes utentes se encontrarem no seu meio sócio-familiar e apresentarem situações de vulnerabilidade e necessidades de cuidados não cobertas a nível físico e psicológico, justifica a existência de uma intervenção articulada entre os serviços de apoio social e os serviços de saúde.

Este estudo demonstrou como a avaliação multidimensional e multidisciplinar de necessidades de cuidados é importante nas respostas sociais de Centro de Dia e de Apoio Domiciliário. Esta avaliação permite identificar as necessidades não cobertas nos utentes, para que se possam realizar intervenções adequadas. O resultado destas intervenções tem um impacto previsível na qualidade das respostas sociais e, conseqüentemente, na qualidade de vida do idoso e do seu cuidador informal.

BIBLIOGRAFIA

Alder, B., Abraham, C., Teijlingen, E., & Porter, M. (2009). Assessing needs. In B. Alder, C. Abraham, E. Teijlingen, & M. Porter, *Psychology and Sociology Applied to Medicine* (Third Edition, pp. 152-153). Churchill Livingstone Elsevier.

Alexopoulos, G. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365 (4), 1961-1970.

Alzheimer's Disease International (2010). *Worlds Alzheimer Report 2010*. London: Alzheimer's Disease International.

Ankri, J., Andrieu, S., Beaufils, B., Grand, A., & Henrard, C. (2005). Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: Useful dimensions for clinicians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 254-260.

Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A., Pinto, C., & Martins, T. (2008). Validação da Escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. *7 Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 655-659). Porto: Universidade do Porto.

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.

Ashaye, O., Livingston, G., & Orrell, M. (2003). Does standardized needs assessment improve the outcome of psychiatric day hospital care for older people? a randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 7 (3), 195-199.

APA, American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* [Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision (2000)] (J. N. Almeida Trans). Lisboa: Climepsi.

Backett, K., & Davidson, C. (1992). Rationale or reasonable? Perceptions of health at different stages of life. *Health Education Journal*, 51, 55-59.

Ballard, C., Gauthier, S., Corbett, A., Brayne, C., Aarsland, D., & Jones, E. (2011). Alzheimer's disease. *The Lancet*, 1019-1031.

Bandeira, A. (2009). Estudo de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal. In F. C. Gulbenkian, *O tempo da vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009* (pp. 135-149). Cascais: Príncipeia.

Bonfim, C., & Saraiva, M. E. (1996). *Centro de Dia*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.

Bonfim, C., & Veiga, S. M. (1996). *Serviços de Apoio Domiciliário*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.

Branco, M., Nogueira, P., & Dias, C. (2001). MOCECOS: Uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.

- Brewin, C. (2001). Measuring individual needs for care and services. In G. Thornicroft (Ed.), *Measuring mental health needs* (Second Edition, pp. 273-290). Glasgow: Gaskell.
- Brewin, C., Wing, J., Mangen, S., Brugha, T., & MacCarthy, B. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 17, 971-981.
- Brodsky, H. (2005). Families of people with dementia. In N. Sartorius, J. Leff, JJ. López-Ibor, M. Maj & A. Okasha (Eds.), *Families and Mental Disorders* (pp. 25-53). Chichester: Wiley.
- Campen, C., & Woittiez, I. (2003). Client demands and the allocation of home care in Netherlands. A multinomial logit model of client types, care needs and referrals. *Health Policy*, 64, 229-241.
- Carter, M., Crosby, C., & Geertshuis, S. (1996). Developing reliability in client-centred mental health needs assessment. *Journal of Mental Health*, 5, 233-243.
- Carvalho, M. I. (2005). Uma abordagem do Serviço Social à política de cuidados na velhice em Portugal. *Intervenção Social*, 31, pp. 163-192.
- Challis, D., Weiner, K., Darton, R., Hughes, J., & Stewart, K. (2001). Emerging Patterns of Care Management: Arrangements for older people in England. *Social Policy & Administration*, 35 (6), 672-687.
- CNRSSM, Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal*. Ministério da Saúde.
- Cohen, L., & Holliday, M. (1982). *Statistics for social scientists*. London: Harper & Row.
- Copeland, J., Beekman, A., Braam, A., Dewey, M., Delespaul, P., Fuher, R., Hooijer, C., Lawlor, B., Kivela, S., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, H., Meller, I., Prince, M., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., deVries, M., & Wilson, K. (2004). Depression among older people in Europe: The EURODEP studies. *World Psychiatry*, 3 (1), 45-49.
- Crome, P., & Phillipson, C. (2000). Assessment of need. *Age and Ageing*, 29, 479-480.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 372-387.
- DGS, Direcção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Ministério da Saúde.
- DGS, Direcção Geral de Saúde (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: DGS.
- Eurostat. (2012). *Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European Union 2012*. Eurostat european comission.
- Fahy, M., & Livingston, G. (2001). The needs and mental health of older people in 24-hour care residential placements. *Ageing & Mental Health*, 5 (3), 253-257.

- Fernandes, L., Gonçalves-Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L., Dias, C., Mateos, R., & Orrell, M. (2009). Validation study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics*, 21 (1), 94-102.
- Ferri, C., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P., Rimmer, E. & Scazufca, M (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-17.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- 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.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação - Da concepção à realização* (5.ª Edição). Loures: Lusociência.
- Frank, S., Santos, S., Assmann, A., Alves, K., & Ferreira, N. (2007). Avaliação da capacidade funcional: Repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 123-134.
- Gago, J. S. (1996). *Avaliação de necessidades em reabilitação psicossocial*. Tese de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado - estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 747-752.
- Garand, L., Dew, M., Eazor, L., DeKosky, S. & Reynolds, C. (2005). Caregiving burden and psychiatric morbidity in spouses of persons with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20 (6), 512-522.
- Gaspar, J. (2009). O envelhecimento e a dinâmica demográfica na Europa - posicionando Portugal. In F. C. Gulbenkian, *O tempo da vida - Fórum Gulbenkian de Saúde Sobre o Envelhecimento 2008/2009* (pp. 51-76). Cascais: Príncipeia.
- GEECD, Grupo de Estudo de Envelhecimento Cerebral e Demências. (2008). *Escalas e testes na demência*. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Gil, A. (2009). *Serviços de Apoio Domiciliário - ofertas e custos no mercado privado*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, IP.
- Gonçalves Pereira, M., & Mateos, R. (2006). A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. In H. Firmino, L. Cortez Pinto, A. Leuschner, & J. Barreto, *Psicogeriatría* (pp. 541-560). Coimbra: Ed. Psiquiatria Clínica.
- Gonçalves Pereira, M., Carmo, I., da Silva, J., Papoila, A., Mateos, R., & Zarit, S. (2010). Caregiving experiences and knowledge about dementia in Portuguese clinical outpatient settings. *International Psychogeriatrics*, 22, 270-280.
- Gonçalves Pereira, M., Fernandes, L., Leuschner, A., Barreto, J., Falcão, D., Firmino, H., et al. (2007). Versão portuguesa do CANE (Camberwell Assessment of Need for the Elderly): desenvolvimento e dados preliminares. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 7-18.

Gonçalves-Pereira, M., & Sampaio, D. (2011). Psicoeducação familiar na demência: da clínica à saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29 (1), 3-10.

Gonçalves Pereira, M. & Sampaio, D. (2011). Trabalho com famílias em psiquiatria geriátrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S4), 819-826.

Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A. M., Verdelho, A., Alves da Silva, J., Gens, P., Raminhos, C., Fernandes, A., Caldas de Almeida, M., Ferri, C., Prince, M., Xavier, M. (2012). The 10/66–Dementia Research Group prevalence study in Portugal: Preliminary results. Abstracts “Psychosomatic assessment and integrative care”. *Psychother Psychosom* 2013; 82 (suppl 1): 37. ISBN 978-3-318-02513-2. DOI:10.1159/000354142.

Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale: échantillons de population. *Courrier*, 6, 445-459.

Greaves, S., Bhat, M., Regan, C., Qazi, A., Miranda-Castillo, C., & Orrell, M. (2006). The unmet needs of referrals to old age psychiatry liaison services. *Psychogeriatrics Polska*, 3 (4), 175-182.

GTDCSP, Grupo Técnico para o Desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primários. (2012). *Análise SWOT e recomendações para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Ministério da Saúde.

GTSMEPI, Grupo de Trabalho sobre Saúde Mental no Envelhecimento e Pessoas Idosas (2005). *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas: Recomendações*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à População Portuguesa na tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1 (9).

Guindon, S. & Cappeliez, P. (2010). Contribution of psychological well-being and social support to an integrative model of subjective health in later adulthood. *Ageing International*, 35, 38–60.

Haley, W. (2000). The family caregivers role in Alzheimer’s Disease. *Neurology*, 48 (Suppl 6), S25-S29.

Hancock, G., & Orrell, M. (2004). Introduction. In G. Hancock, & M. Orrell, *CANE, Camberwell Assessment of Need for the Elderly* (pp. 1-6). London: Gaskell.

Hancock, G., Reynolds, T., Woods, B., Thornicroft, G., & Orrell, M. (2003). The needs of older people with mental health problems according to the user, the carer, and the staff. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 803-811.

Hancock, G., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2006). The needs of older people with dementia in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 43-49.

Harmer, B., & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Ageing & Mental Health*, 12 (5), 548-558.

Harris, M., & Taylor, G. (2004). *Medical statistics made easy*. London: Martin Dunitz.

Hawes, C., Morris, J., Phillips, C., Fries, B., Murphy, K., & Mor, V. (1997). Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. *Age and Ageing*, 26, 19-25.

Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G., & Orrell, M. (2006). Quality of life of people with dementia in residential care homes. *British Journal of Psychiatry*, 188, 460-464.

Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2009). Changes in the quality of life of people with dementia living in care homes. *Alzheimer Disease and associated disorders*, 23 (3), 285-290.

Hoening, J., & Hamilton, J. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect in the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 165-176.

Houtjes, W., Meijel, B., Deeg, D., & Beekman, A. (2011). Unmet needs of outpatients with late-life depression; a comparison of patient, staff and carer perceptions. *Journal of Affective Disorders*.

IDS, Instituto para o Desenvolvimento Social (2002). *Prevenção da Violência Institucional, Perante as Pessoas Idosas e Pessoas em Situação de Dependência*. Lisboa: IDS.

Iliffe, S., & Orrell, M. (2006). Identifying unmet needs in older people: Comprehensive screening is not the answer. *British Journal of General Practice*, 404-406.

Iliffe, S., Lenihan, P., Orrell, M., Walters, K., Drennan, V., & Tai, S. (2004). The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. *British Journal of General Practice*, 914-918.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2009). *Anuário Estatístico de Portugal 2009*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 - Resultados pré-definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

INE, Instituto Nacional de Estatística (2013). *Estatísticas demográficas 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Kato, G., Tamiya, N., Kashiwagi, M., Sato, M., & Takahashi, H. (2009). Relationship between home care service use and changes in the care needs level of Japanese elderly. *BMC Geriatrics*, 9 (58), 1-9.

Kaufman, R. & English, F. (1979). Why needs assessment? In R. Kaufman, & F. English, *Needs assessment: Concept and Application* (pp. 7-36). New Jersey: Educational Technology Publications.

King, M., Weich, S., Torres-González, F., Švab, I., Maarros, H.-I., Neeleman, J., Xavier, M., Morris, R., Walker, C., Bellón-Saameño, J., Moreno-Kustner, B., Rotar, D., Rifel, J., Aluoja, A., Kalda, R., Geerlings, M., Carraça, I., Almeida, M., Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P. & Nazareth, I. (2006). Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. *BMC Public Health*, 6.

Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 203-229). Lisboa: Climepsi.

Lawton, M. P., & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.

- Leahy, M., Thurber, D., & Calvert, J. (2004). Benefits and challenges of research with the oldest old for participants and nurses. *Geriatric Nursing*, 26 (1), 21-28.
- Li, H. (2012). Unmet service needs: A comparison between dementia and non-dementia caregivers. *Home Health care Services Quarterly*, 31 (1), 41-59.
- Li, L., & Conwell, Y. (2007). Mental health status of home care elderly in Michigan. *Gerontologist*, 47 (4), 528-534.
- Machado, M. C. (2009). Envelhecimento e políticas de saúde. In F. C. Gulbenkian, *O tempo da vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009* (pp. 123-133). Cascais: Princípia.
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.
- Marriott, A. (2005). Helping families cope with dementia. In Adams A., Manthorpe J., Eds., *Dementia Care* (pp. 187-201). London: Arnold.
- Marshall, M., Hogg, L., Gath, D., & Lockwood, A. (1995). The Cardinal Needs Schedule - a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. *Psychological Medicine*, 25, 605-617.
- Martín, I. (2005). O Cuidado Informal no Âmbito Social. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 179-201). Lisboa: Climepsi.
- Martín, M. D. (2006). El envejecimiento desde la perspectiva psicológica. In L. A. Ortiz, J. C. Ballesteros, & M. M. Carrasco, *Psiquiatria Geriátrica* (pp. 25-80). Espana: Biblioteca Nacional.
- Martín, M., Martín, M. F., Valero, C. P., Millan, P. R., Garcia, C. I., Montalban, S. R., et al. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(5), 489-499. DOI: 10.1002/gps.2142.
- Martin, M., Hancock, G., Richardson, B., Simmons, P., Katona, C., Mullan, E., et al. (2002). An Evaluation of Needs in Elderly Continuing-Care Settings. *International Psychogeriatric Association*, 14 (4), 379-388.
- Meaney, A., Croke, M., & Kirby, M. (2005). Needs assessment in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 322-329.
- Melis, R., Adang, E., Teerenstra, S., Eijken, M., Wimo, A., Achterberg, T., van de Lisdonk, E. & Rikkert, M. (2008). Cost-effectiveness of a Multidisciplinary Intervention Model for Community-Dwelling Frail Older People. *Journal of Gerontology*, 63A (3), 275-282.
- Miguel, L. S., & Brito de Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Miranda-Castillo, C., Woods, B., Galboda, K., Oomman, S., Olojugba, C., & Orrell, M. (2010). Unmet needs, quality of life and support networks of people with dementia living at home. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8 (132), 1-14.
- Molloy, D. W., & Standish, T. I. (1997). Mental Status and Neuropsychological Assessment. *International Psychogeriatrics*, 9 (1), 87-94.

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), 10-16.

Morris, J., Murphy, K., & Nonemaker, S. (1995). *Long term care facility - resident assessment instrument (RAI) user's manual*. Baltimore.

Mosby's Medical Dictionary. (2009). 8th. Elsevier.

MS & MTSS, Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005). Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração: Relatório Preliminar.

Navarro, F., & Marcon, S. (2006). Convivência familiar e independência para atividades de vida diária entre idosos de um centro de dia. *Cogitare Enfermagem*, 11 (3), 211-217.

Nogueira, J. M. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: MTSS.

Nunes, B., Silva, R., Cruz, V., Roriz, J., Pais, J., & Silva, M. (2010). Prevalence and pattern of cognitive impairment in rural and urban populations from Northern Portugal. *BMC Neurology*, 10.

Orrell, M., Cooper, C., & Braithwaite, S. (2006). Do carer's needs assessments make a difference? Results from the Forget me not study. *Research Letters*, 444-445.

Orrell, M., Hancock, G., Hoe, J., Woods, B., Livingston, G., & Challis, D. (2007). A cluster randomised controlled trial to reduce the unmet needs of people with dementia living in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1127-1134.

Ory, M., Hoffman, R., Yee, J., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39 (2), 177-185.

Paul, C., Ayis, S. & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health and Medicine*, 11, 221-232.

Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento. In H. Firmino, *Psicogeriatría* (pp. 43-68). Coimbra: Almedina.

Pereira, M., & Roncon, J. (2010). Relacionamento familiar em pessoas idosas: Adaptação do Índice de Relações Familiares. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 11 (1), 41-53.

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P. & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.

Philp, I. (1997). Can a medical and social assessment be combined? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90 (32), 11-13.

Pimentel, L., & Albuquerque, C. (2010). Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e implicações. *Textos e Contextos*, 9 (2), 251-263.

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Ageing and Mental Health*, 8 (5), 438-449.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T., & Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist* 32 (2), 223-236.
- Priebe, S., Huxley, P., & Burns, T. (1999). Who needs needs? *European Psychiatry*, 14, 186-188.
- Reynolds, T., & Orrell, M. (2001). Needs assessment in mental health care for older people. In G. Thornicroft (Ed.), *Measuring mental health needs* (Second Edition ed., pp. 393-406). Glasgow: Gaskell.
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M. & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE): Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*, 176, 444-452.
- Ribeiro, S. (2010). *Necessidades e Saúde Mental: Comparação das necessidades de idosos que vivem numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade*. Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Roman, M., & Callen, B. (2008). Screening instruments for older adult depressive disorders: Updating the evidence-based toolbox. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 924-941.
- Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care* 1-8.
- Schnittger, R., Walsh, C., Casey, A., Wherton, J., McHugh, J. & Lawlor, B. (2012). Psychological distress as a key component of psychosocial functioning in community-dwelling older people. *Ageing & Mental Health*, 16 (2), 199-207.
- Schölzel-Dorenbos, C., Meeuwssen, E., & Rikkert, M. (2010). Integrating unmet needs into dementia health-related quality of life research and care: Introduction of the Hierarchy Model of Needs in Dementia. *Ageing & Mental Health*, 14 (1), 113-119.
- Schreiner, A. S., Morimoto, T., Arai, Y., & Zarit, S. (2006). Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Ageing & Mental Health*, 10 (2), 107-111.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 9-16.
- Serrano, P. (2004). Redacção e apresentação de trabalhos científicos (2ª Edição). Lisboa: Relógio D'Água.
- Sheeran, T., Byers, A., & Bruce, M. (2010). Depression and increased short-term hospitalization risk among geriatric patients receiving home health care services. *Psychiatric Services*, 61 (1), 78-80.

- Silva, J., Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M. & Mukaetova-Ladinska, E. (2013). Affective disorders and risk of developing dementia: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 177-186.
- Slade, M., & McCrone, P. (2001). The Camberwell Assessment of Need. In G. Thornicroft (Ed.), *Measuring mental health needs* (Second ed., pp. 291-303). Glasgow: Gaskell.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., & Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mental ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 109-113.
- Smith, F., & Orrell, M. (2007). Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age and Ageing*, 36, 628-631.
- Soriano, F. (1995). *Conducting Needs Assessment: A multidisciplinary approach*. California: Sage Human Services Guide.
- Sousa, L., & Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psicologica*, 25, 19-24.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006). O recurso aos apoios formais: A família, o idoso e os cuidado(re)s formais. In L. Sousa, D. Figueiredo, & M. Cerqueira, *Envelhecer em família - Os cuidados familiares na velhice* (pp. 51-77). Porto: Ambar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2002). Easycare: um sistema de avaliação de idosos (qualidades psicométricas). *Revista de estatística*, 26, 10-25.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.
- Sousa, R., Scazufca, M., Menezes, P., Crepaldi, A. & Prince, M. (2009). Feasibility and reliability of the elderly version of the Camberwell Assessment of Needs (CANE): results from the São Paulo Ageing & Health Study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (1), 34-38.
- Stevens, A., & Gillam, S. (1998). Need assessment: From theory to practice. *BMJ*, 316, 1448.
- Tang, F., & Lee, Y. (2010). Home and community-based services: Utilization and aging in place. *Home Health Care Services Quarterly*, 29, 138-154.
- Teixeira, M. (2008). *Centro de Dia na perspectiva do utente*. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro.
- Tombaugh, T., & McIntyre, N. (1992). The mini-mental state examination: A comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40 (9), 922-935.
- Torres, G. d., Reis, L. A., & Reis, L. A. (2010). Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68 (1), 39-43.
- Walters, K., Iliffe, S., & Orrell, M. (2001). An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family Practice*, 18 (3), 277-282.

Walters, K., Iliffe, S., Tai, S., & Orrell, M. (2000). Assessing needs from patient, carer and professional perspectives: the Camberwell Assessment of Need for Elderly people in primary care. *Age and Ageing*, 29, 505-510.

Wennström, E., Berglund, L., & Lindback, J. (2010). The Met Needs Index: a new metric for outcome assessment in mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45, 425-432.

WHO, World Health Organization (2001). Men Ageing and Health. WHO.

WHO, World Health Organization (2003). *World Health Report 2003 - Shaping the future*. Geneva: WHO.

Wilkinson, J., & Murray, S. (1998). Assessment in primary care: Practical issues and possible approaches. *BMJ*, 316, 1524.

Wilson, R.S., Schneider, J.A., Boyle, P.A., Arnold, S.E., Tang, Y. & Bennett, D.A. (2007). Chronic distress and incidence of mild cognitive impairment. *Neurology*, 68, 2085–2092.

Worden, A., Challis, D. J., & Pedersen, I. (2006). The assessment of older people's needs in care homes. *Ageing & Mental Health*, 10 (5), 549-557.

Worden, A., Challis, D., Hancock, G., Woods, R., & Orrell, M. (2010). Identifying need in care homes for people with dementia: The relationship between two standard assessment tools. *Ageing & Mental Health*, 12 (6), 719-728.

Xavier, M. (1999). *Avaliação de qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental: estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Yesavage, J., Brink, T. L., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.

Zarit, S., Orr, N., & Zarit, J. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress*. New York: University Press.

ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de Caracterização Individual

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL

Estado actual: Centro de Dia <input type="checkbox"/>	Serviço de Apoio Domiciliário <input type="checkbox"/>
--	--

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/____ **Idade:** _____ (anos)

Sexo: Masculino Feminino

Etnia: Branca Africana Outra Qual? _____

Religião: Católica Protestante Outra Qual? _____

Língua-mãe: Portuguesa Outra Qual? _____

Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) União de facto Divorciado(a)
Separado(a) Viúvo(a)

Escolaridade: _____ Anos: _____

Sem habilitações 1º Ciclo incompleto 1º Ciclo completo 2º Ciclo incompleto

2º Ciclo completo Formação superior Qual? _____ Outra Qual? _____

Profissão exercida: _____

Habitação: Apartamento Moradia Outra Qual? _____

Classe social (Índice de Graffar) I II III IV V

Situação de vida:

Em sua casa:

Sozinho Com companheiro(a) Com outros Quem? _____

Em casa de outro:

Sozinho Com companheiro(a) Com outros Quem? _____

Antecedentes psiquiátricos

Sim Não O quê? _____

Diagnóstico neuropsiquiátrico (ICD 10):

1. _____
2. _____

Outros diagnósticos:

Hipertensão Arterial

Diabetes

Doenças osteoarticulares

Outra(s)

Terapêutica actual:

Área psicofarmacológica Qual? _____

Área psicoterapêutica _____

Área médica geral _____

Área das medicinas alternativas _____

O utente tem um cuidador? Sim Não Quem? _____

O utente presta cuidados a alguém? Sim Não A quem? _____