Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Gaspar, Tânia, 1977-
Sousa, Sofia Borges de, 1995-
Barata, Marta Filipa Pereira, 1995-
Raimundo, Marta Sofia Gomes, 1995-
Trindade, Joana Sofia Rabino, 1995-
Rebelo, António Martins Fernandes, 1954-

A arte de cuidar : manual de apoio a cuidadores informais

http://hdl.handle.net/11067/6254
https://doi.org/10.34628/4ckf-ge28

Metadados

Data de Publicação 2022

Resumo Esta obra destina-se a cuidadores informais que se encontram a prestar cuidados a indivíduos pertencentes a distintas faixas etárias, bem como a população em geral. Existem diversas problemáticas que podem conduzir a perda de autonomia e/ou de independência e a necessidade de cuidados em variadas valências e em diferentes fases da vida. Em diversas situações, estes cuidados são prestados por indivíduos próximos do sujeito dependente, que, na maioria dos casos, não auferem qualquer tipo de remun...

Editor Universidade Lusíada

Tipo book

Revisão de Pares Não

Coleções [ILID-CLISSIS] Livros

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-28T02:23:08Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

Tânia Gaspar
Sofia Borges de Sousa
Marta Barata
Marta Raimundo
Joana Trindade
António Rebelo

A arte de cuidar

MANUAL DE APOIO A CUIDADORES INFORMAIS

Universidade Lusíada Editora
Lisboa • 2022

A Arte de Cuidar

Manual de apoio a cuidadores informais

Universidade Lusíada Editora
Lisboa • 2022

BIBLIOTECA NACIONAL DE PORTUGAL – CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

A ARTE DE CUIDAR

A arte de cuidar : manual de apoio a cuidadores informais / Tânia Gaspar… [et al.]
ISBN 978-989-640-247-1

I – GASPAR, Tânia, 1977

CDU 616

Ficha Técnica

Autores Tânia Gaspar Sintra dos Santos
Sofia Borges de Sousa Vieira Pedro
Marta Filipa Pereira Barata
Marta Sofia Gomes Raimundo
Joana Sofia Rabino Trindade
António Martins Fernandes Rebelo

Título A arte de cuidar: manual de apoio a cuidadores informais

Coleção CLISSIS

Depósito Legal

ISBN 978-989-640-247-1

DOI https://doi.org/10.34628/4ckf-ge28

Local Lisboa

Ano 2022

Editora e distribuidora Universidade Lusíada Editora
Rua da Junqueira, 188-198
1349-001 Lisboa
Telefone: +351 213 611 560
URL: http://editora.lis.ulusiada.pt
E-mail: editora@lis.ulusiada.pt

Capa Mário Moreira

Paginação Ilídio J.B. Vasco

Impressão e acabamentos

Tiragem

Solicita-se permuta – On prie l'échange – Exchange wanted – Pídese canje – Sollicitiamo scambio – Wir bitten um Austausch
Mediateca da Universidade Lusíada
Rua da Junqueira, 188-198 – 1349-001 Lisboa
Telefone: +351 213 611 560
E-mail: mediateca@lis.ulusiada.pt

© 2022, Fundação Minerva — Cultura — Ensino e Investigação Científica | Universidade Lusíada
Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida por qualquer processo eletrónico, mecânico ou fotográfico incluindo fotocópia, xerocópia ou gravação, sem autorização prévia da Editora.
O conteúdo desta obra é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não vincula a Universidade Lusíada.
Distribuição gratuita. Não é permitida a sua comercialização.

Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto «UIDB/04624/2020».

A Arte de Cuidar

Manual de apoio a cuidadores informais

Tânia Gaspar
Sofia Borges de Sousa
Marta Barata
Marta Raimundo
Joana Trindade
António Rebelo

Universidade Lusíada Editora
Lisboa • 2022

SUMÁRIO

Introdução 11

Cuidadores informais 13

Autonomia *versus* dependência. 15
Cuidadores. 17
Estatuto do Cuidador Informal 22
Qualidade de vida do cuidador informal 25
Sobrecarga do cuidador informal. 28
Suporte social do cuidador informal 31
Dificuldades do cuidador informal 33
Desafios do cuidador informal 38
Impacto da COVID-19 no cuidador informal e na prestação de cuidados 41

Cuidadores informais de indivíduos com deficiência 45

A deficiência. 47
Tipos de deficiências. 52
Deficiências físicas 53
Deficiências visuais 55
Deficiências auditivas 56

Deficiências ao nível da fala 59
Deficiências intelectuais 60
Deficiências ao nível da aprendizagem. 63
Deficiências psicossociais. 64

Cuidadores informais de indivíduos idosos 67

O envelhecimento 69
Doenças mais comuns na população idosa 75
Doenças cardiovasculares 78
Doenças oncológicas. 83
Doenças respiratórias crónicas 87
Diabetes mellitus 90
Doenças reumáticas e musculoesqueléticas. 93
Perturbações neurocognitivas. 96
Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Alzheimer 101
Perturbação neurocognitiva frontotemporal major ou ligeira 103
Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Parkinson. 105
Perturbação neurocognitiva vascular major ou ligeira. 106
Perturbação neurocognitiva major ou ligeira com corpos de Lewy 108

Atividades e exercícios. 111

Atividades/exercícios para realizar com o indivíduo com deficiência . . . 113
Atividades/exercícios para realizar com o indivíduo idoso 125
Estratégias para lidar com o indivíduo idoso. 151

Estratégias para o cuidador 159

A que apoios é que os cuidadores podem recorrer?. 166

Conclusão 169
Referências 171

Anexos 209

Introdução

A Arte de Cuidar: Manual de apoio a cuidadores informais destina-se a cuidadores informais que se encontram a prestar cuidados a indivíduos pertencentes a distintas faixas etárias, bem como à população em geral.

Existem diversas problemáticas que podem conduzir à perda de autonomia e/ou de independência e à necessidade de cuidados em variadas valências e em diferentes fases da vida. Em diversas situações, estes cuidados são prestados por indivíduos próximos do sujeito dependente, que, na maioria dos casos, não auferem qualquer tipo de remuneração pelas funções que executam, nem possuem formação direcionada para as mesmas, sendo confrontados com inúmeros desafios ao longo do seu percurso. A prestação de cuidados informais pode conduzir ao desgaste físico, psicológico e social do cuidador, prejudicando, consequentemente, a sua saúde, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

O presente manual visa abordar algumas temáticas relevantes no quotidiano dos cuidadores informais, assim como dotá-los de conhecimentos e de estratégias que lhes permitam enfrentar os desafios inerentes à prestação de cuidados e promover o seu bem-estar.

No primeiro capítulo do manual, que se refere aos cuidadores informais, abordam-se os conceitos de autonomia, de independência e de dependência e explora-se o papel desempenhado pelo cuidador informal e o decreto-lei que define legalmente o seu estatuto. Para além disso, discutem-se diversos aspetos relativos à qualidade de vida dos cuidadores informais, à sobrecarga experienciada por estes, à importância da existência de suporte social e às dificuldades e desafios com os quais estes se deparam no seu quotidiano. Por fim, retrata-se o impacto da pandemia da COVID-19 nos cuidadores informais e na respetiva prestação de cuidados.

O segundo capítulo atribui um enfoque aos cuidadores informais de indivíduos com deficiência, explicitando no que consiste a deficiência e abordando os diversos tipos de deficiência existentes, nomeadamente as deficiências físicas,

as deficiências visuais, as deficiências auditivas, as deficiências ao nível da fala, as deficiências intelectuais, as deficiências ao nível da aprendizagem e as deficiências psicossociais, com o objetivo de familiarizar o leitor com estes conceitos.

No terceiro capítulo, é dada ênfase aos cuidadores informais de indivíduos idosos, abordando-se o processo de envelhecimento e as problemáticas mais comuns na população idosa, designadamente as doenças cardiovasculares, as doenças oncológicas, as doenças respiratórias crónicas, a diabetes, as doenças reumáticas e musculoesqueléticas e as perturbações neurocognitivas.

No quarto capítulo, constam exemplos de atividades e de exercícios que os cuidadores podem realizar com os indivíduos dependentes, sendo que este se encontra dividido em duas secções, uma direcionada para os indivíduos com deficiência e outra para os sujeitos idosos dependentes, na qual se abordam também algumas estratégias que visam facilitar a interação com estes últimos.

Por fim, no quinto capítulo do presente manual, abordam-se estratégias direcionadas para o cuidador, que possuem como objetivo auxiliá-lo a gerir e a aliviar as dificuldades associadas às suas funções, a reduzir a sua sobrecarga e a promover a sua saúde física e mental e a sua qualidade de vida. Para além disso, são ainda mencionados alguns apoios aos quais o cuidador informal pode recorrer em caso de necessidade.

Cuidadores informais

Autonomia *versus* dependência

A autonomia diz respeito à capacidade que o indivíduo possui para ser responsável pelo seu comportamento e para se adaptar ao meio que o rodeia (Sequeira, 2010), encontrando-se associada à sua capacidade de autodeterminação. Esta refere-se à capacidade de este tomar decisões acerca da sua vida (Cabrero, 2012; Reed et al., 2012) e de agir conforme as suas próprias escolhas. Por outro lado, a independência diz respeito à capacidade que o indivíduo possui para realizar funções ou tarefas físicas sem necessitar da assistência de outros, nomeadamente tarefas do quotidiano que são essenciais ao seu cuidado pessoal e à manutenção do local no qual este reside e do seu emprego (tais como levantar-se da cama ou da cadeira, alimentar-se, vestir-se, realizar cuidados de higiene, entre outras) (VandenBos, 2015). Neste sentido, verifica-se que um indivíduo pode possuir autonomia e independência, ou apenas uma destas (a título de exemplo, um indivíduo tetraplégico pode não ser independente na realização de determinadas tarefas físicas, mas ser capaz de tomar decisões acerca da sua vida de forma autónoma) (Cabrero, 2012).

Por outro lado, a dependência encontra-se associada à perda de autonomia e à incapacidade demonstrada pelo indivíduo para dar resposta às suas necessidades básicas devido à existência de limitações no seu funcionamento físico e/ou mental (Botero & Campos, 2014; Zunzunegui, 2011). Esta surge como resultado direto de um défice que restringe a sua atividade e a sua funcionalidade e que, por sua vez, conduz a que este necessite do auxílio de terceiros para colocar em prática determinados comportamentos ou para executar tarefas ou atividades básicas do seu quotidiano (Botero & Campos, 2014; Conde Sala, 2009; Diogo & Moura, 2016; Sequeira, 2010). Deste modo, salienta-se que os indivíduos que se encontram numa situação de dependência possuem limitações no âmbito da concretização das atividades de vida diária, que consistem nas tarefas mais elementares do seu quotidiano, e que se encontram subdivididas em atividades básicas e

instrumentais. No que se refere às atividades básicas, estas englobam todas as atividades que o indivíduo realiza para cuidar de si mesmo, nomeadamente alimentar-se e hidratar-se (ingerir líquidos), controlar os seus esfíncteres e deslocar-se à casa de banho, vestir-se e despir-se, tomar banho e cuidar do seu aspeto físico, mudar e manter posições corporais, deslocar-se no interior da sua residência e levantar-se e deitar-se. No que diz respeito às atividades instrumentais, salienta-se que estas permitem ao indivíduo realizar uma vida independente, e abrangem atividades como caminhar pela rua, limpar e manter a sua casa com condições adequadas, realizar compras, lavar e cuidar das suas roupas, cozinhar e manusear o seu dinheiro (Conde Sala, 2009).

Considera-se que o indivíduo se encontra numa situação de dependência física se existir um comprometimento nas suas atividades de vida diária, sem que se verifiquem alterações significativas ao nível da cognição. Por outro lado, constata-se que o indivíduo se encontra numa situação de dependência mental em situações nas quais existe um comprometimento inicial na cognição que, por sua vez, acarreta implicações no âmbito da realização de atividades de vida diária, como consequência da inexistência dos recursos mentais necessários ao desempenho de tais atividades (não obstante a preservação da capacidade física para as realizar) (Sequeira, 2010).

Face ao exposto, verifica-se que as alterações associadas à capacidade funcional dos indivíduos no âmbito de diferentes atividades, podem resultar da existência de limitações a nível motor, sensorial, cognitivo/percetual ou de uma associação entre estes. Diferentes indivíduos podem apresentar o mesmo grau de dependência, mas exibirem necessidades distintas, manifestando dependência num determinado tipo de atividades e independência noutro, de acordo com as suas limitações (Ribeiro et al., 2014).

A dependência ao nível da realização de atividades pode apresentar distintos graus (Ribeiro et al., 2014; Trigás-Ferrín et al., 2011), salientando-se que a forma mais grave de dependência consiste na dependência total (Diogo & Moura, 2016). De acordo com a lei portuguesa, a dependência pode encontrar-se dividida em dois graus. O primeiro grau diz respeito a indivíduos que não possuem a capacidade de praticar sem auxílio ações imprescindíveis à satisfação das suas necessidades básicas (como a alimentação, a locomoção e a higiene). O segundo grau, refere-se a indivíduos que se encontram em situações de dependência de

primeiro grau e que apresentam quadros demenciais graves ou que se encontram acamados (Diário da República, 1999).

A dependência pode surgir em qualquer fase do desenvolvimento do indivíduo, desde o seu desenvolvimento embrionário até a uma idade avançada (Botero & Campos, 2014; Martín-Palomo, 2010; Ribeiro & Pinto, 2014). A transição para a situação de dependência consiste num processo complexo, multidimensional e que possui diversas causas (Sequeira, 2010), podendo ocorrer de forma repentina (por exemplo, devido a um acidente vascular cerebral (AVC) ou a um acidente) ou progressiva (por exemplo, no caso do surgimento de uma demência ou da perda gradual de funções inerente ao processo de envelhecimento), encontrando-se maioritariamente associada à redução da capacidade de determinadas estruturas ou da funcionalidade do organismo (Ribeiro & Pinto, 2014; Ribeiro et al., 2014; Zunzunegui, 2011). Neste sentido, verifica-se que existem diversos tipos de problemáticas físicas e mentais que podem conduzir à situação de dependência, nomeadamente a existência de uma deficiência física e/ou motora, de uma doença crónica ou de qualquer outra condição de saúde incapacitante (Cès et al., 2019; Ministério da Saúde, 2009; Zigante, 2018), salientando-se que os principais fatores que contribuem para a dependência consistem na existência de uma doença crónica e no processo de envelhecimento (Ribeiro et al., 2014).

O aumento da dependência dos indivíduos fomenta a necessidade de estes recorrerem a cuidados formais e informais que visem auxiliá-los na realização de atividades básicas do seu quotidiano e que promovam, consequentemente, a sua qualidade de vida (Sequeira, 2010).

Cuidadores

O cuidador constitui-se como um indivíduo que procede à prestação de cuidados a outro sujeito, devido ao facto de este apresentar determinadas limitações físicas e/ou mentais que o tornam, de alguma forma, dependente. A principal função do cuidador consiste em zelar pelo bem-estar físico e emocional do indivíduo dependente, sendo responsável pela sua saúde, alimentação, higiene pessoal (Bhimani, 2014; Diniz et al., 2015; Dixe et al., 2018; Lindeza et al., 2020; Ministério da Saúde, 2009; Ríos & Galán, 2012; Tavares, 2019), deslocamento,

educação, cultura, recreação e/ou lazer (Ministério da Saúde, 2009). A prestação de cuidados exige, por parte do cuidador, a capacidade de estabelecer e de preservar a relação afetiva com o indivíduo cuidado (inclusivamente de se encontrar presente e de o valorizar), o desenvolvimento de conhecimentos necessários ao desempenho das funções e a aprendizagem e implementação de técnicas neste âmbito (por exemplo, realizar a alimentação do indivíduo assistido através de uma sonda naso-gástrica) (Tavares, 2019). Não obstante este facto, a exigência dos cuidados e as tarefas desempenhadas pelos cuidadores apresentam uma diversificação significativa, variando em função do caso, da evolução da doença e do grau de incapacidade apresentado pelo indivíduo dependente (Pinheiro et al., 2016). Verifica-se, neste âmbito, que o processo de cuidar é interrelacional e contextual, e exige envolvimento pessoal, social, moral e espiritual por parte do cuidador, e o comprometimento deste para consigo mesmo e para com o indivíduo dependente (Tavares, 2019).

De uma forma sucinta, o cuidador é responsável por acompanhar e auxiliar o indivíduo assistido nas tarefas que este não possui a capacidade de executar sozinho e de forma autónoma (Dixe et al., 2018; Ministério da Saúde, 2009), salientando-se que o indivíduo cuidado deve possuir uma participação ativa nesta parceria, constituindo-se o cuidador como o coparticipante cuja função consiste em incentivar a sua respetiva autonomia e independência (Magalhães et al., 2017; Tavares, 2019). Não obstante este facto, é possível verificar que, frequentemente, os cuidadores incentivam e reforçam, inconscientemente, as manifestações de dependência do indivíduo (por exemplo, realizando por este uma atividade na qual este possui dificuldades, mas que conseguiria executar de forma autónoma caso tentasse), impedindo-o de utilizar as suas capacidades remanescentes (Ribeiro & Pinto, 2014; Tavares et al., 2019).

O papel de cuidador é, na maioria dos casos, exercido por um membro familiar (realçando-se que a família se constitui como o contexto primordial no âmbito da prestação de cuidados) (Conde Sala, 2009; Lage & Araújo, 2014; Peters et al., 2012; Pinheiro et al., 2016; Tavares et al., 2019), ou por outro indivíduo com o qual o sujeito dependente mantém um laço afetivo, salientando-se que este tipo de cuidadores se denominam de cuidadores familiares ou de cuidadores informais (Galvin et al., 2016; Tramonti et al., 2015).

Os cuidadores informais consistem, assim, em familiares, amigos, vizinhos ou outros sujeitos da comunidade que, voluntariamente, se disponibilizam a prestar cuidados a um indivíduo que apresenta algum grau de dependência. Estes, geralmente, não possuem qualquer tipo de formação específica para os cuidados que prestam, e desempenham papéis e funções para os quais não se encontram preparados, e que se acrescem às suas restantes responsabilidades (Areosa et al., 2014; Conde Sala, 2009; Galvin et al., 2016; López-Fraga, 2015; Magalhães et al., 2017; Ministério da Saúde, 2009; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009; Pinheiro et al., 2016; Tavares, 2019; Tramonti et al., 2015). Existem diversos motivos que podem conduzir o cuidador informal a assumir a responsabilidade pelos cuidados do indivíduo assistido, sendo que esta decisão pode basear-se na história de vida do cuidador, no exemplo familiar que este possui (em casos nos quais as figuras parentais do próprio cuidador prestaram cuidados a outros sujeitos), na moralidade (nomeadamente no dever moral e na influência das expetativas da sociedade), na relação prévia mantida com o indivíduo assistido, no afeto (particularmente no amor, na gratidão e no reconhecimento pelo sujeito dependente), na solidariedade e na vontade de apoiar e de auxiliar o indivíduo, na reciprocidade e gratidão por este, na existência de motivos espirituais ou religiosos, no respeito pela vontade do sujeito e na inexistência de outras alternativas (por obrigação) (Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013). Na maioria dos casos, os cuidadores informais responsabilizam-se pela totalidade dos cuidados do indivíduo assistido, prestando-os de forma singular e solitária (Conde Sala, 2009; Sequeira, 2010).

Os cuidadores informais podem ser classificados como cuidadores principais ou cuidadores não principais. Legalmente, o cuidador informal principal consiste no cônjuge, unido de facto ou parente até ao 4º grau do indivíduo assistido, com o qual vive em comunhão de habitação, acompanhando-o e cuidando deste de forma permanente, sem auferir qualquer tipo de remuneração quer pelos cuidados fornecidos, quer pela existência de outra atividade profissional concomitante. Por outro lado, no que se refere ao cuidador informal não principal, este constitui-se como o cônjuge, unido de facto ou parente até ao 4º grau do indivíduo assistido, que o acompanha e cuida deste de forma regular, mas não permanente, podendo auferir ou não uma remuneração proveniente da atividade profissional que possui ou dos cuidados que presta (Assembleia da República, 2019; Departamento de Prestações e Contribuições, 2020; Tavares, 2019).

Os cuidadores informais podem ser subdivididos em três grandes grupos, que englobam as figuras parentais adultas jovens que prestam cuidados a crianças com doenças crónicas e determinadas incapacidades, os pais de meia-idade que assumem os cuidados de filhos jovens adultos com doenças físicas ou com perturbações mentais, e, por fim, os cônjuges ou filhos adultos que cuidam dos seus familiares idosos (National Alliance for Caregiving [NAC], 2015; Schulz & Tompkins, 2010).

No que se refere às crianças, observa-se que, no decorrer do seu desenvolvimento, estas podem experienciar determinadas doenças crónicas e/ou incapacidades que exigem um apoio intensivo e prolongado por parte das figuras parentais. Entre as condições que exigem um número acrescido de cuidados por parte dos pais, destacam-se a paralisia cerebral, a espinha bífida, a distrofia muscular, a lesão traumática da medula espinhal, a Síndrome de Down, a doença oncológica, a diabetes, as doenças cardiovasculares e outras doenças ou deficiências físicas, auditivas, visuais, intelectuais e de comunicação. Neste âmbito, verifica-se que um elevado número de crianças portadoras de doenças crónicas e/ou de incapacidades irão continuar a necessitar de cuidados informais no decorrer da sua vida, o que conduzirá a que os seus progenitores tenham de assumir a função de cuidadores de forma permanente (López et al., 2012; Schulz & Tompkins, 2010; World Health Organization [WHO], 2012).

De igual forma, e no que diz respeito à população adulta, verifica-se que também os jovens adultos (com idades compreendidas entre os 18 e os 49 anos) podem apresentar condições que conduzem a elevados níveis de dependência e que originam a necessidade de receberem cuidados. Algumas destas problemáticas relacionam-se com a existência de doenças físicas (como a doença oncológica, problemas musculoesqueléticos e de mobilidade, entre outras) e de doenças/perturbações mentais ou emocionais (como a incapacidade intelectual, as perturbações depressivas, entre outras) (Conde Sala, 2009; NAC, 2015).

Não obstante este facto, constata-se que a maioria dos indivíduos que necessita de auxílio no âmbito da realização das atividades de vida diária, consiste em sujeitos com idade superior a 50 anos que, devido ao processo de envelhecimento, desenvolvem determinadas condições clínicas patológicas. Os indivíduos adultos que apresentam elevados níveis de dependência que exigem, consequentemente, a prestação de cuidados por parte de outros sujeitos (geralmente dos seus cônjuges

ou filhos) podem apresentar diversas problemáticas tais como demências, doenças oncológicas, problemas cardiovasculares, problemas musculoesqueléticos, dificuldades ao nível da mobilidade e problemas de saúde mental (como a depressão) (NAC, 2015; Zunzunegui, 2011).

De acordo com os dados estatísticos existentes, salienta-se que, em 2016, cerca de 13% da população portuguesa desempenhava o papel de cuidador informal de um familiar, vizinho ou amigo portador de deficiência, pelo menos uma vez por semana. Neste âmbito, e no que diz respeito ao sexo dos cuidadores, verifica-se que no ano referido existia uma prevalência do sexo feminino, com 17% das mulheres a assumir esta função, face a apenas 7% dos homens. No que se refere à idade, salienta-se que cerca de 17% dos cuidadores portugueses possuía idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos, e que apenas 8% possuía idades entre os 18 e os 34 anos e 10% uma idade superior a 65 anos (Zigante, 2018). No entanto, estudos mais recentes reportam que 1.059.012 de indivíduos desempenham o papel de cuidadores informais, o que corresponde a cerca de 10% da população portuguesa, com prevalência de indivíduos pertencentes ao sexo feminino (692.305), face a apenas 366.707 sujeitos do sexo masculino (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020). No que se refere aos cuidadores informais de crianças e adolescentes com doença crónica, salienta-se que estes são, geralmente, adultos jovens do sexo feminino, nomeadamente as suas mães (López et al., 2012; Macedo et al., 2015). Por outro lado, no que diz respeito especificamente às características sociodemográficas dos cuidadores informais de indivíduos idosos, observa-se que a maioria consiste em indivíduos do sexo feminino, de meia idade, filhos, irmãos ou cônjuges destes, e que tende a apresentar uma escolaridade reduzida e um baixo estatuto socioeconómico (Anjos et al., 2014; Figueiredo, 2019; Yigitalp et al., 2017).

Os cuidadores possuem um papel de extrema importância, estabelecendo, em diversos casos, a ligação entre os indivíduos dependentes e os serviços de saúde (Bohm & Carlos, 2010). As funções que são desempenhadas pelos cuidadores informais possibilitam aos indivíduos assistidos permanecerem na sua habitação durante um período mais extenso de tempo (Pocinho et al., 2017; Tavares, 2019), evitando a sua institucionalização (Tavares, 2019), e manterem os seus vínculos afetivos e familiares, reduzindo, em simultâneo, as despesas do sistema nacional de saúde (Bohm & Carlos, 2010). No entanto, é ainda visível a inexistência de

uma monitorização e de ações dirigidas aos cuidadores, verificando-se que estes apresentam uma carência de apoio e de informação para compreender a doença/perturbação que acomete o indivíduo cuidado. Neste sentido, torna-se premente que estes beneficiem de apoios e de formação para que possam proceder à prestação de cuidados de forma adequada, responsabilizando-se pela segurança de quem cuidam (Anjos et al., 2017). Em suma, é fundamental que se procure valorizar o trabalho desenvolvido pelos cuidadores e atuar no sentido de promover a sua qualidade de vida, auxiliando-os a responder de forma eficaz aos desafios que surgem no decorrer do seu percurso (Bohm & Carlos, 2010).

Estatuto do Cuidador Informal

A prestação de cuidados consiste numa atividade complexa e que exige apoio e intervenção em diversos domínios (Pereira & Marques, 2014; Tavares, 2019), salientando-se, por esse motivo, a necessidade de estabelecimento e de implementação de políticas sociais de apoio aos cuidadores. Estas políticas de apoio devem ser desenvolvidas de modo a equilibrar as necessidades fisiológicas e psicológicas apresentadas pelos cuidadores e as exigências inerentes à prestação de cuidados, com o intuito de os capacitar e de promover a sua qualidade de vida (Areosa et al., 2014; Lindeza et al., 2020; Morais et al., 2012).

O Estatuto do Cuidador Informal (Estatuto) foi aprovado em Portugal pela Lei n.º 100/2019, no dia 6 de setembro, e refere-se ao conjunto de normas reguladoras dos direitos e dos deveres do cuidador informal e do indivíduo cuidado, estabelecendo ainda medidas de apoio destinadas ao cuidador informal (Departamento de Prestações e Contribuições, 2020). A Lei n.º 100/2019 prevê o desenvolvimento de projetos-piloto através dos quais se devem aplicar, de forma experimental, as medidas de apoio ao cuidador informal que se encontram enquadradas nas condições previstas no estatuto. Os projetos-piloto, que abrangem 30 concelhos do território nacional, tiveram início no dia 1 de junho de 2020 e possuíram a duração de 12 meses, encontrando-se direcionados para o desenvolvimento de um programa de enquadramento e de acompanhamento ao cuidador, para a atribuição de um subsídio ao cuidador informal principal e para o apoio ao cuidador através

de um plano a ser definido pelos agrupamentos de centros de saúde (Assembleia da República, 2019; Departamento de Prestações e Contribuições, 2020).

Tal como referido anteriormente, foram delineados, no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal, os direitos e os deveres do mesmo. No que se refere aos seus direitos, salienta-se que o cuidador informal possui o direito de ver reconhecido o seu papel na manutenção do bem-estar do indivíduo cuidado, de ser acompanhado e de receber formação no âmbito da aquisição e do desenvolvimento de competências relativas à prestação de cuidados de saúde, de receber informação por parte de profissionais da área da saúde e da segurança social, de aceder a informação que, em articulação com os serviços de saúde, o esclareçam a si e ao indivíduo cuidado acerca da evolução da doença deste e dos apoios a que este tem direito, de aceder a informação sobre boas práticas ao nível da capacitação, acompanhamento e aconselhamento no âmbito da prestação de cuidados, de beneficiar de apoio psicológico por parte dos serviços de saúde, sempre que for necessário (inclusivamente após a morte do indivíduo cuidado), de beneficiar de períodos de descanso que possuam como objetivo promover o seu bem-estar e o seu equilíbrio emocional, de receber um subsídio de apoio ao cuidador informal principal (no caso de o ser), de conciliar a prestação de cuidados com a vida profissional (no caso particular do cuidador informal não principal), de beneficiar do regime de trabalhador-estudante, em casos nos quais frequente um estabelecimento de ensino, e de possuir uma voz ativa no que diz respeito às políticas públicas dirigidas aos cuidadores informais (Assembleia da República, 2019).

No que se refere aos deveres do cuidador informal, salienta-se que este deve respeitar os direitos e os interesses do indivíduo cuidado, prestar-lhe apoio em articulação e com a orientação de profissionais pertencentes à área da saúde, requerendo, se necessário, apoio no âmbito social, garantir o acompanhamento essencial ao bem-estar do indivíduo cuidado e contribuir para uma melhoria da sua qualidade de vida, procurando auxiliá-lo a desenvolver a sua capacidade funcional máxima. Para além dos deveres anteriormente mencionados, verifica-se que o cuidador informal deve ainda promover a satisfação das necessidades básicas e instrumentais do quotidiano do indivíduo cuidado, procurando zelar pelo cumprimento do esquema terapêutico prescrito pela equipa de saúde que o acompanha, desenvolver estratégias que permitam promover a comunicação, a socialização, a autonomia e a independência deste, potencializar condições para o fortalecimento

das suas relações familiares, promover um ambiente seguro e confortável, incentivando a existência de períodos de repouso diários e de períodos de lazer do indivíduo cuidado, e assegurar as suas respetivas condições de higiene, de alimentação e de hidratação. Este deve ainda comunicar à equipa de saúde as alterações que observa no estado de saúde do indivíduo cuidado e as necessidades que, sendo satisfeitas, contribuem para a recuperação do seu estado de saúde e da sua qualidade de vida, e participar nas ações de capacitação e de formação que lhe forem direcionadas (Assembleia da República, 2019).

Para além dos direitos e deveres do cuidador informal, foram ainda criadas diversas medidas de apoio no âmbito do Estatuto do Cuidador Informal. Neste sentido, verifica-se que o estatuto preconiza a identificação de um profissional da área da saúde como contacto de referência, de acordo com as necessidades do indivíduo cuidado, o aconselhamento, o acompanhamento, a capacitação e a formação do cuidador informal realizados por profissionais de saúde, com o objetivo de desenvolver as suas competências em cuidados no âmbito de um plano de intervenção específico, a participação ativa do cuidador informal na elaboração do plano de intervenção específico referido anteriormente, e a sua participação em grupos de autoajuda, desenvolvidos por profissionais pertencentes à área da saúde, que fomentem a partilha de experiências e de soluções e a diminuição do seu isolamento social (Departamento de Prestações e Contribuições, 2020). Para além disso, as medidas criadas englobam ainda a existência de apoio psicossocial em articulação com o profissional de referência da área da saúde quando necessário, a disponibilização de aconselhamento e de orientação, tendo em consideração os direitos e as responsabilidades do cuidador informal, por parte dos serviços competentes de segurança social, assim como de informação sobre os serviços adequados à sua situação, e em casos nos quais se justificar, o seu respetivo acompanhamento, o aconselhamento e acompanhamento por profissionais da área da segurança social ou das autarquias no âmbito do atendimento direto de ação social, e o encaminhamento para redes sociais de suporte, existindo um incentivo ao cuidado no domicílio, nomeadamente através do apoio domiciliário (Assembleia da República, 2019).

Com o objetivo de assegurar o descanso do cuidador informal, este pode beneficiar da referenciação do indivíduo cuidado, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), para a unidade de internamento

e do encaminhamento deste para serviços e estabelecimentos de apoio social, particularmente estruturas residenciais para indivíduos idosos ou lares residenciais, de forma periódica e transitória. Para além disso, em situações nas quais seja mais aconselhável a prestação de cuidados no domicílio, ou quando for esta a vontade do cuidador informal e do indivíduo cuidado, estes podem beneficiar de serviços de apoio domiciliário adequados à situação em questão e às necessidades existentes (Assembleia da República, 2019; Departamento de Prestações e Contribuições, 2020).

Qualidade de vida do cuidador informal

A prestação de cuidados pode encontrar-se associada a diversos aspetos negativos que contribuem para a redução dos níveis de bem-estar dos cuidadores informais e da sua respetiva qualidade de vida (Hayes et al., 2015; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016).

O conceito de qualidade de vida engloba fatores do domínio da saúde, como o bem-estar físico, mental e emocional do indivíduo, e fatores fundamentais da sua vida, particularmente o seu contexto familiar, a sua rede de amigos e a sua atividade laboral. Neste sentido, a qualidade de vida abrange aspetos pessoais e ambientais, encontrando-se associada às capacidades individuais do sujeito, à sua autonomia, às suas experiências de vida, aos seus relacionamentos interpessoais, à sua participação e inclusão social, e às oportunidades que este possui para o seu desenvolvimento e crescimento pessoal (Almeida & Gutierrez, 2010; Almeida et al., 2012). Esta não se relaciona, necessariamente, com a extensão do tempo de vida do indivíduo, mas sim com a qualidade desse mesmo tempo e com os significados que este atribui à forma como vive. Deste modo, verifica-se que a qualidade de vida se constitui como um conceito multidimensional e subjetivo, na medida em que possui significados distintos para cada indivíduo, que dependem das suas características e idiossincrasias (Almeida & Gutierrez, 2010).

A qualidade de vida dos cuidadores é influenciada por uma ampla gama de fatores, nomeadamente pelo seu estado de saúde (Ruitenburg et al., 2012), pelas suas condições socioeconómicas (Anjos et al., 2014), pela sobrecarga de trabalho existente (Fhon et al., 2014), pela saúde e grau de dependência do indivíduo

assistido (Areosa et al., 2014), pelo comportamento e pela relação estabelecida entre o cuidador e o indivíduo cuidado (Sánchez-Izquierdo et al., 2015), pelo suporte social que o cuidador recebe (Soares & Pereira, 2014) e pelas estratégias de *coping* que este utiliza no seu quotidiano (Pereira & Marques, 2014).

No que diz respeito ao estado de saúde do cuidador, constata-se que a existência de problemas de saúde física e/ou mental pode originar prejuízos a nível pessoal, com impacto na sua perceção de bem-estar e de qualidade de vida e na sua gestão familiar, e ao nível dos cuidados prestados e das interações estabelecidas com o indivíduo dependente (Ruitenburg et al., 2012; Sittironnarit et al., 2020). Neste sentido, verifica-se que, em situações nas quais o cuidador informal avalia a sua saúde de uma forma positiva, existe a tendência para que ocorra uma melhoria ao nível da sua qualidade de vida (Ślusarska et al., 2019).

No que se refere à influência das condições socioeconómicas, constata-se que existe uma diminuição dos níveis de satisfação do cuidador com a sua vida em casos nos quais estas são desfavoráveis (Anjos et al., 2014; Sittironnarit et al., 2020). Em situações nas quais os cuidadores possuem condições socioeconómicas desfavoráveis, pode existir uma exacerbação das suas desvantagens físicas, sociais e psicológicas, principalmente se estes possuírem uma idade avançada, o que exerce um impacto direto nas suas oportunidades para cuidarem da sua própria saúde e da saúde do indivíduo dependente. A pobreza encontra-se associada a diversas variáveis que enfraquecem a resistência a fatores de risco para a saúde, pelo que se verifica que os cuidadores que se encontram sujeitos a elevados níveis de pobreza demonstram uma maior probabilidade de apresentar doenças crónicas, fragilidade, incapacidades e perturbações depressivas (Neri et al., 2012). Assim, o facto de o cuidador possuir condições socioeconómicas desfavoráveis exerce um impacto sobre a qualidade dos cuidados que presta (Anjos et al., 2014; Sittironnarit et al., 2020), incrementando os níveis de tensão e de stress psicológico experienciados por este (Nielsen et al., 2016).

No que diz respeito à sobrecarga de trabalho experienciada pelos cuidadores informais, verifica-se que o desgaste produzido por esta possui um impacto negativo na sua perceção de qualidade de vida (Fhon et al., 2016; Masoudian et al., 2019; Sittironnarit et al., 2020; Tornal & Martinez, 2017), que é particularmente significativo em cuidadores de indivíduos adultos (Díaz-Benitez & Martínez, 2014) e em casos nos quais estes assumem totalmente a responsabilidade pelos

cuidados do sujeito dependente, sem disporem do auxílio de outros (Ministério da Saúde, 2009).

Relativamente à saúde e ao grau de dependência do indivíduo assistido, verifica-se que o estágio e o prognóstico da sua doença e o seu grau de dependência influenciam a dinâmica familiar, as rotinas diárias e os planos de vida do cuidador informal, possuindo influência sobre a sua perceção de qualidade de vida (Areosa et al., 2014). Por exemplo, no caso de indivíduos que possuem uma demência, verifica-se que o decurso da doença e a sua gravidade, assim como os sintomas que se lhe encontram associados podem dar origem a uma baixa perceção de qualidade de vida por parte do seu cuidador (Frias et al., 2020). Neste sentido, salienta-se que a avaliação do tipo e do grau de dependência do indivíduo cuidado é imprescindível, fornecendo informação quer para os cuidadores como para os profissionais de saúde acerca do estado de saúde do sujeito, de forma a que os serviços e os cuidados prestados sejam adaptados às suas necessidades e especificidades (Ribeiro & Pinto, 2014).

No que diz respeito ao comportamento dos indivíduos que recebem os cuidados, observa-se que, em diversos casos, estes apresentam comportamentos opositivos ou sintomatologia depressiva, que podem fomentar os níveis de stress dos cuidadores, influenciando negativamente a sua qualidade de vida (Areosa et al., 2014; Ślusarska et al., 2019). A relação estabelecida entre o cuidador e o indivíduo cuidado contribui também para a qualidade de vida do cuidador informal, verificando-se que se esta for percecionada como positiva (integrando componentes como a intimidade e o amor), os cuidadores tendem a relatar maiores níveis de satisfação e de qualidade de vida. Por outro lado, se o relacionamento entre ambos for percebido como conflituoso, a satisfação do cuidador, assim como a sua qualidade de vida, tendem a diminuir (Sánchez-Izquierdo et al., 2015).

No que se refere ao suporte social disponível, observa-se que este possui um papel fundamental na promoção da capacidade de gestão dos cuidadores face a situações que envolvem elevados níveis de stress, auxiliando-os a adaptarem-se e a lidarem adequadamente com os problemas e desafios com os quais se deparam (Gutiérrez-Maldonado et al., 2012; Soares & Pereira, 2014; Yigitalp et al., 2017). Nesta perspetiva, constata-se que este possui um impacto positivo no bem-estar físico, psicológico, social e espiritual do cuidador informal,

promovendo, consequentemente, a sua qualidade de vida (Brand et al., 2014; Pedraza & González, 2015; Sittironnarit et al., 2020; Ślusarska et al., 2019).

Por fim, a qualidade de vida dos cuidadores é, ainda, influenciada pelas estratégias de *coping* que estes utilizam para lidar com as dificuldades inerentes ao processo de prestação de cuidados e para se adaptarem a situações que envolvem elevados níveis de stress (Pereira & Marques, 2014). Os mecanismos de *coping* suscitam respostas por parte do indivíduo face a determinadas situações, promovendo a sua adaptação psicossocial, a manutenção dos seus níveis de bem-estar físico e mental, o alcance de um equilíbrio ao nível do funcionamento psicológico e, consequentemente, o incremento da sua qualidade de vida (Maschi et al., 2013). A adoção de estratégias de *coping* ajustadas e eficazes possibilita a resolução positiva de problemas, auxiliando o indivíduo na execução das suas funções enquanto cuidador (Barbosa et al., 2011; Papastavrou et al., 2011). Em casos nos quais os cuidadores recorrem a estratégias de *coping* desajustadas (como a passividade ou a evitação), observa-se que existe uma diminuição da sua qualidade de vida. Por outro lado, em situações nas quais estes utilizam estratégias focadas nas emoções, verifica-se um incremento da sua qualidade de vida. As estratégias de *coping* focadas nas emoções assentam no reconhecimento, na reavaliação e na aceitação da situação de cuidado e das emoções experienciadas, salientando-se que estas auxiliam o cuidador a gerir as situações indutoras de stress e contribuem, consequentemente, para a promoção da sua qualidade de vida (Rodríguez-Pérez et al., 2017). Neste âmbito, evidencia-se que a intervenção psicológica pode auxiliar o cuidador informal a desenvolver estratégias de coping eficazes, que lhe permitam lidar com o seu próprio sofrimento emocional de uma forma adaptativa e com os comportamentos problemáticos ou opositivos apresentados pelo indivíduo dependente em diversas circunstâncias (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2015).

Sobrecarga do cuidador informal

A sobrecarga consiste numa dificuldade que é referenciada em praticamente todos os estudos realizados na área da prestação de cuidados (Bekdemir & Ilhan, 2019; Crespo & Rivas, 2015) e encontra-se associada à elevada demanda de

trabalho desafiante e exigente e à execução de diversos papéis em simultâneo, que conduzem ao desgaste do cuidador a múltiplos níveis (Ruitenburg et al., 2012), prejudicando, consequentemente, a sua saúde física e mental (Kim et al., 2011), o seu bem-estar (Verbakel et al., 2018) e a sua qualidade de vida (Anjos et al., 2014). De uma forma geral, esta constitui-se como um conceito multidimensional (Bastawrous, 2012), indicador do impacto nocivo da prestação de cuidados ao nível físico, psicológico e emocional do cuidador (Kim et al., 2011).

A sobrecarga encontra-se subdividida em sobrecarga objetiva e sobrecarga subjetiva, salientando-se que a primeira se encontra diretamente relacionada com o desempenho do papel de cuidador, particularmente com os acontecimentos e mudanças que ocorrem nas várias dimensões da vida do cuidador, resultantes da prestação de cuidados e com as respetivas tarefas que se lhe encontram associadas, enquanto que a segunda diz respeito à forma como o cuidador perceciona a prestação de cuidados, particularmente às respostas e reações emocionais que este apresenta face às suas funções e às mudanças ou exigências associadas a estas (Figueiredo, 2019; Tornal & Martinez, 2017).

A prestação de cuidados acresce-se, geralmente, às restantes tarefas do quotidiano, o que produz um aumento dos níveis de sobrecarga experienciados pelos cuidadores informais, principalmente em situações nas quais estes assumem sozinhos a responsabilidade pelos cuidados fornecidos (Ministério da Saúde, 2009). Em diversos casos, o indivíduo dependente requer cuidados de maior complexidade, que exigem tempo e dedicação, e que implicam uma maior responsabilidade e um maior gasto de energia por parte do cuidador. A prestação de cuidados pode durar meses ou anos, e exigir um esforço físico significativo, bem como a interrupção dos papéis que o cuidador desempenhava no contexto familiar e na sociedade, associando-se a um maior nível de sobrecarga (Flores et al., 2012).

Existem diversos fatores que podem contribuir para a experienciação de sobrecarga por parte dos cuidadores, nomeadamente o grau de dependência e de comprometimento funcional do indivíduo dependente, quer a nível físico como cognitivo (Badini et al., 2016; Bekdemir & Ilhan, 2019; Gallagher et al., 2011; Ghazali et al., 2015; Kim et al., 2011; Magalhães et al., 2017), a existência de uma doença crónica (Ghazali et al., 2015), tal como de uma demência (Frias et al., 2020; Gallagher et al., 2011; Kim et al., 2011), da doença de Parkinson (Bhimani, 2014; Carrilho et al., 2018), de uma doença oncológica (Garlo et al., 2010) ou de

uma esquizofrenia que acomete o indivíduo cuidado (Li-Quiroga et al., 2015), e o facto de este possuir uma doença física ou mental concomitantes (Liotta et al., 2014), de apresentar determinados problemas comportamentais, como recorrer ao abuso verbal, ou de experienciar dificuldades em dormir (Badini et al., 2016; Gallagher et al., 2011). No entanto, salienta-se que os níveis de sobrecarga do cuidador podem apresentar uma variação consoante os distintos diagnósticos apresentados pelo indivíduo cuidado (Bhimani, 2014). Para além disso, de acordo com a literatura científica, o grau de habilitações literárias dos indivíduos dependentes poderá consistir, também, num fator relevante para a sobrecarga experienciada pelos cuidadores informais, na medida em que os indivíduos que possuem habilitações literárias mais elevadas tendem a apresentar maiores expetativas em relação à vida e, consequentemente, face aos seus cuidadores e à prestação de cuidados (Bekdemir & Ilhan, 2019). Para além dos fatores referidos anteriormente, verifica-se que o facto de o cuidador apresentar comprometimentos ou lesões corporais, nomeadamente problemas na coluna vertebral, de possuir uma perturbação depressiva ou ansiosa, de evidenciar angústia emocional ou de se encontrar exposto a altos níveis de stress podem contribuir para a sobrecarga vivenciada por este, influenciando de forma significativa o seu desempenho nas funções que exerce junto do indivíduo cuidado (Carrilho et al., 2018). De igual forma, o facto de o cuidador residir com o indivíduo dependente (Adelman et al., 2014), de possuir gastos elevados com a prestação de cuidados (Sittironnarit et al., 2020), dificuldades financeiras (Adelman et al., 2014; Carrilho et al., 2018) e uma ocupação laboral, o elevado número de horas despendido no âmbito da prestação de cuidados (Adelman et al., 2014; Ghazali et al., 2015; Kim et al., 2011; Sittironnarit et al., 2020; Verbakel et al., 2018) e a falta de escolha em relação ao facto de assumir esta função contribuem também para a existência de sobrecarga (Adelman et al., 2014), salientando-se ainda que os cuidadores apresentam níveis mais elevados de sobrecarga em casos nos quais o motivo de cuidado consiste no sentido de dever, ao invés do afeto sentido pelo indivíduo dependente (Liotta et al., 2014).

A sobrecarga vivenciada pelo cuidador no âmbito da prestação de cuidados pode possuir consequências negativas a nível pessoal, profissional, social e ocupacional e originar sintomatologia ou perturbações depressivas (Carretero et al., 2009), particularmente em situações nas quais a sobrecarga subjetiva percebida é elevada (Del-Pino-Casado et al., 2019), conduzindo, consequentemente, a um

declínio da sua qualidade de vida (Anjos et al., 2014; Fhon et al., 2016; Masoudian et al., 2019; Ramsay et al., 2012). Esta realidade verifica-se, com maior prevalência, em meio rural, onde o acesso a serviços de apoio à saúde mental tende a ser mais reduzido e limitado (Ramsay et al., 2012). Para além disso, verifica-se que a sobrecarga experienciada pelo cuidador pode ainda dar origem ao desenvolvimento de isolamento social, de sentimentos de anulação pessoal (Ministério da Saúde, 2012), de uma perceção de competência diminuta (Carretero et al., 2009; Ministério da Saúde, 2009), de sentimentos de tensão e de cansaço, de má qualidade do sono e de perda de peso (Adelman et al., 2014).

Na sequência do exposto, os estudos científicos evidenciam a necessidade de se proceder à realização de investigações que visem explorar os eventos que originam a sobrecarga dos cuidadores a partir do relato das suas experiências, salientando-se a importância da provisão de suporte social adequado às suas necessidades (Araújo et al., 2012; Masoudian et al., 2019).

Suporte social do cuidador informal

O suporte social diz respeito ao apoio que um determinado indivíduo providencia a outro que pertence à sua rede social, auxiliando-o a lidar com problemas biológicos, psicológicos e/ou sociais. O suporte fornecido pode encontrar-se associado ao auxílio físico (nomeadamente à ajuda no âmbito da realização de uma tarefa específica), monetário, material ou emocional (VandenBos, 2015). No âmbito da prestação de cuidados, o suporte social engloba a existência de apoio em situações de maior complexidade, a disponibilização de informação sobre o problema de saúde que o indivíduo dependente possui e sobre o respetivo tratamento, a educação para a realização das tarefas de cuidado e a oportunidade de partilha e de expressão de emoções (Pedraza & González, 2015). Este apoio ao cuidador pode advir de diversos indivíduos, nomeadamente de familiares, de amigos, de outros cuidadores, de colegas, de vizinhos, de profissionais da área da saúde, de membros de grupos comunitários, religiosos ou de apoio, entre outros (Soares & Pereira, 2014; VandenBos, 2015).

É atribuída uma importância extrema ao suporte social, uma vez que este se constitui como um fator protetor face à existência de stress psicológico e de

sobrecarga, que previne o desgaste do cuidador e que contribui para o seu bem-estar biopsicossocial e para a sua qualidade de vida (Brand et al., 2014; Ghazali et al., 2015; Shiba et al., 2016; Sittironnarit et al., 2020; Soares & Pereira, 2014; Verbakel et al., 2018; Yigitalp et al., 2017). Neste sentido, e tal como referido anteriormente, verifica-se que este consiste num fator promotor da capacidade dos indivíduos para lidarem e gerirem eventos stressantes, constituindo-se como fundamental para a sua adaptação face aos desafios que surgem no seu quotidiano (Gutiérrez-Maldonado et al., 2012; Soares & Pereira, 2014; Yigitalp et al., 2017).

A existência de um suporte social adequado consiste num fator fundamental no que se refere ao bem-estar dos cuidadores, encontrando-se comprovado na literatura científica que os grupos de suporte social contribuem para a diminuição dos níveis de stress e de sobrecarga apresentados por estes, para a redução do seu isolamento social e para a promoção da sua qualidade de vida e do seu desempenho no âmbito da prestação de cuidados (Küçükgüçlü et al., 2017; Pocinho et al., 2017; Ríos & Galán, 2012; Yigitalp et al., 2017).

A promoção de atividades e de ações direcionadas para o convívio e para a troca de conhecimentos entre cuidadores permite estimular o exercício da escuta, a elaboração de dificuldades e o reconhecimento de potencialidades. Neste âmbito, destacam-se os grupos de apoio aos cuidadores, que providenciam um ambiente facilitador de apoio emocional, no qual os participantes se encontram unidos por motivos semelhantes e podem formar uma rede de apoio e de suporte. Assim, verifica-se que através da partilha de vivências é fomentada a consciência de que o cuidador não se encontra sozinho, de que existem dificuldades e dúvidas que são partilhadas por outros indivíduos e de que as suas experiências podem ser valiosas para outros cuidadores (Ministério da Saúde, 2009). Para além disso, os grupos de apoio permitem aumentar o grau de conhecimento acerca de problemas de saúde específicos, e melhorar o desempenho do cuidador através do desenvolvimento de habilidades e do fornecimento de estratégias, visando promover o seu bem-estar físico e emocional. Neste sentido, torna-se essencial a criação de programas comunitários de suporte destinados aos cuidadores, com o objetivo de otimizar as ferramentas que estes possuem e de promover a sua saúde e a sua qualidade de vida (Pocinho et al., 2017).

O suporte fornecido por profissionais de saúde assume-se, também, como fundamental, verificando-se que este pode facilitar a situação em que os cuidadores

informais se encontram e melhorar o relacionamento existente entre estes e os indivíduos cuidados. Neste sentido, é fundamental que estes profissionais apoiem os cuidadores informais, partilhando com estes os conhecimentos necessários no âmbito da prestação de cuidados (Gusdal et al., 2014).

Por fim, ainda no que se refere ao suporte social, destaca-se que, em diversos casos, a religiosidade e a espiritualidade podem auxiliar o cuidador a gerir o stress experienciado, promovendo a sua integração social, o seu bem-estar psicológico e a sua respetiva qualidade de vida. Assim, verifica-se que o suporte recebido, a convivência com os membros pertencentes ao contexto religioso e as crenças religiosas contribuem para o fortalecimento dos cuidadores e para o seu equilíbrio emocional (Fider et al., 2017; Mamani et al., 2014; Sun & Hodge, 2012).

Dificuldades do cuidador informal

A prestação de cuidados informais acarreta determinadas transformações na vida do indivíduo, exigindo a sua adaptação ao papel de cuidador. Este novo papel surge sem aviso prévio, salientando-se que o cuidador informal não possui, geralmente, os conhecimentos, as competências, a disponibilidade e os meios necessários para exercer as suas novas funções (Gusdal et al., 2014; Unidade de Saúde Familiar Anta, 2014). A prestação de cuidados encontra-se, assim, associada a um esforço físico, psicológico e económico por parte deste (Sequeira, 2010) e origina determinadas limitações a nível pessoal e social (Lage & Araújo, 2014).

No decorrer da prestação de cuidados, os cuidadores encontram-se, frequentemente, expostos a situações que provocam tensão e cansaço, e que possuem um impacto negativo na sua qualidade de vida e na qualidade dos cuidados que fornecem. A prestação de cuidados possui um impacto particularmente significativo nos cuidadores informais, na medida em que estes, para além de lidarem com o peso emocional que se associa à doença ou à problemática apresentada pelo seu familiar/amigo/conhecido, se sentem, em diversas situações, na obrigação de assumir os seus cuidados, por sentimentos de culpa ou por pressão social ou familiar, passando a viver em função do indivíduo dependente e das suas respetivas necessidades (Ministério da Saúde, 2009; Ríos & Galán, 2012).

Face ao exposto, verifica-se que a prestação de cuidados pode encontrar-se associada a diversos aspetos negativos (Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016), originando prejuízos significativos para a saúde mental e física do cuidador, para as suas relações familiares e sociais, para a sua capacidade financeira e para a sua atividade profissional (Magalhães et al., 2017; Pinheiro et al., 2016; Sánchez-Izquierdo et al., 2015).

Em relação à saúde mental dos cuidadores, salienta-se que estes apresentam, geralmente, sintomatologia depressiva (que abrange a existência de tristeza, de choro fácil, de cansaço, de apatia, de sentimentos de vazio, de sensação de incapacidade, de medo de falhar, de raiva, de frustração, de desespero e de perda de interesse em atividades de lazer) (Bhimani, 2014; Figueiredo, 2019; Magalhães et al., 2017; Pinheiro et al., 2016; Ramsay et al., 2012; Rey, 2013), sintomatologia ansiosa, associada ao receio de não se encontrarem presentes em situações nas quais o indivíduo dependente necessite ou de não possuírem a capacidade de proceder à prestação de cuidados de forma adequada (Bhimani, 2014; Figueiredo, 2019; Magalhães et al., 2017; Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013) e elevados níveis de stress pessoal e emocional (Hayes et al., 2015; Magalhães et al., 2017; Ministério da Saúde, 2009). Para além da sintomatologia mencionada anteriormente, verifica-se que os cuidadores tendem ainda a experienciar sentimentos de culpa (relacionados com a existência de possíveis dificuldades em lidar com a prestação de cuidados, com a perceção de que não se encontram a realizar o suficiente pelo indivíduo dependente, com a crença de que não possuem o direito de reservar períodos de tempo apenas destinados a si e às suas necessidades, com o facto de colocarem a possibilidade de continuarem a vivenciar a sua vida sem procederem à prestação de cuidados, e com a consciência que possuem de que a sua vida apenas voltará à normalidade após a morte do indivíduo cuidado) e a apresentar uma baixa satisfação com a sua vida, que se encontra associada ao facto de considerarem que o papel que desempenham não lhes fornece satisfação ou que não é devidamente reconhecido pelos outros, e à existência de situações de conflito com o indivíduo dependente dos seus cuidados (Pinheiro et al., 2016). Para além disso, evidencia-se ainda que estes podem experienciar os fenómenos da fadiga por compaixão e da satisfação por compaixão, conceitos que foram inicialmente atribuídos aos profissionais de saúde e, posteriormente, generalizados aos cuidadores informais, devido à complexidade inerente ao papel que desempenham (Joinson, 1992; Lynch,

2018; Lynch & Lobo, 2012). A fadiga por compaixão refere-se a uma combinação de diversos sentimentos como o desamparo, a desesperança, dificuldades em ser empático e a presença de uma sensação de isolamento, que surge como resultado de uma exposição prolongada e contínua ao sofrimento experienciado pelo indivíduo cuidado. Esta distingue-se da depressão e da sobrecarga, devido ao facto de ter origem na observação contínua de uma pessoa que se encontra em sofrimento (Day et al., 2014). Este sofrimento origina, inicialmente, uma resposta empática por parte do cuidador, no entanto, em situações nas quais este é incapaz de se "desligar" do papel que desempenha e se sente insatisfeito, pode acabar por experienciar sentimentos de stress, que conduzem ao surgimento do fenómeno da fadiga por compaixão (Day et al., 2014; Figley & Roop, 2006; Lynch, 2018). Os sintomas experienciados pelo cuidador podem ser físicos (como dores de cabeça e problemas gastrointestinais), emocionais (por exemplo, alterações de humor, depressão, irritabilidade, evitamento e falta de empatia) ou relacionar-se com o trabalho desenvolvido (Lynch, 2018; Lynch & Lobo, 2012; Sorenson et al., 2016). Por outro lado, a satisfação por compaixão refere-se à ocorrência de sentimentos positivos derivados do facto de o indivíduo percecionar que é capaz de cuidar de outro(s) e de o(s) auxiliar, e do prazer experienciado através do trabalho executado, associando-se a uma maior sensação de realização pessoal e a uma diminuição da vivência de experiências negativas (Day & Anderson, 2011; Hooper et al., 2010; Lynch, 2018; Yoder, 2010).

No que se refere à saúde física dos cuidadores, verifica-se que, em determinados casos, o seu sistema imunitário pode encontrar-se mais vulnerável e suscetível ao desenvolvimento de determinadas doenças, principalmente devido ao facto de estes descurarem as suas necessidades em prol do cuidado que prestam ao indivíduo que se encontra dependente. Os cuidadores tendem, também, a apresentar uma maior prevalência de dores corporais, de doenças crónicas e de perturbações ao nível do sono (que abrangem a existência de insónia, de pesadelos e de dificuldades em dormir o número de horas necessário, devido ao facto de procederem também à prestação de cuidados durante o período noturno). Por fim, salienta-se ainda que os cuidadores tendem a consumir um elevado número de fármacos, com o objetivo de diminuir possíveis dores físicas e a existência de sintomatologia psicopatológica (Bhimani, 2014; Gao et al., 2019; Magalhães et al., 2017; Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013).

Relativamente às relações familiares e sociais dos cuidadores, verifica-se que a prestação de cuidados se encontra associada a um possível aumento de conflitos no contexto familiar (por exemplo, com o cônjuge ou com o indivíduo dependente) e a dificuldades no que se refere à gestão dos comportamentos e dos estados emocionais do indivíduo cuidado (nomeadamente em casos nos quais este apresenta mau humor, teimosia e negação face à situação de dependência) e dos sentimentos desagradáveis que surgem, por vezes, como consequência dos possíveis conflitos existentes (Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013). Para além dos fatores mencionados anteriormente, evidencia-se ainda uma diminuição das oportunidades do cuidador para o convívio social (Ministério da Saúde, 2009), o abandono ou redução de hábitos, atividades ou *hobbies* que este realizava anteriormente (Ghazali et al., 2015; Neri et al., 2012; Pinheiro et al., 2016) e a presença de isolamento social (Hayes et al., 2015; Neri et al., 2012; Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013).

Por fim, no que se refere à diminuição da capacidade financeira e da atividade profissional dos cuidadores, salienta-se a existência de um aumento das suas despesas (tendo em consideração que a prestação de cuidados acarreta, geralmente, gastos em auxílios técnicos, suplementos alimentares e medicação destinados ao indivíduo dependente) (Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013) e de possíveis dificuldades financeiras (Ministério da Saúde, 2009; Neri et al., 2012), de uma redução da sua produtividade (relacionada, em determinados casos, com o desenvolvimento de dificuldades ao nível da atenção e da concentração), de um menor número de horas despendido em contexto laboral (diversos cuidadores colocam uma baixa médica por problemas de saúde ou por assistência à família, ou não cumprem integralmente o seu horário de trabalho devido à necessidade de auxiliarem ou de acompanharem o indivíduo dependente) e da recusa de promoções ou do abandono de cargos (que pode ocorrer devido ao facto de os cuidadores não possuírem disponibilidade horária para conciliar as suas funções laborais com as tarefas inerentes à prestação de cuidados) (Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013). Deste modo, e tendo em consideração os fatores referidos anteriormente, verifica-se que a prestação de cuidados pode interferir significativamente na carreira dos cuidadores e no seu respetivo desenvolvimento pessoal, prejudicando-os de forma acentuada (Ghazali et al., 2015).

As consequências negativas que se encontram associadas à prestação de cuidados podem variar de acordo com distintos fatores, nomeadamente com o modo

como foi assumida a função de cuidador, com a duração da prestação de cuidados, com o tipo e grau de dependência e com o estado de saúde do indivíduo assistido, com o estado de saúde do próprio cuidador, com o facto de este se encontrar a residir com o sujeito que se encontra sob cuidado, com a sua capacidade financeira, e com a existência ou ausência de outro tipo de apoios ao cuidador (Pinheiro et al., 2016).

Face à existência das dificuldades mencionadas anteriormente, salienta-se que, em diversos casos, os cuidadores apresentam determinadas necessidades materiais, emocionais e informativas específicas. No que se refere às necessidades materiais, evidencia-se que estes podem apresentar falta de apoio no domicílio (nomeadamente de suporte profissional) ou de apoios financeiros e jurídicos. Em relação às necessidades emocionais, é possível verificar que os cuidadores possuem, em diversos casos, falta de apoio emocional e de aconselhamento para lidarem com a situação em que se encontram e com as respetivas dificuldades que se associam a esta, e dificuldades em despender de tempo para si e para realizar atividades que lhes proporcionam prazer. Por fim, relativamente às necessidades informativas, salienta-se que estes apresentam, geralmente, lacunas de conhecimento acerca da doença/perturbação apresentada pelo indivíduo dependente, dos cuidados a prestar e da forma como devem lidar com a problemática e com a dependência do mesmo, necessitando de treino neste âmbito (Gusdal et al., 2014; Pinheiro et al., 2016; Silva et al., 2013).

Não obstante as dificuldades experienciadas pelos cuidadores, estes referem ainda diversos aspetos positivos que se encontram associados à prestação de cuidados, nomeadamente a evitação da institucionalização do familiar/amigo/conhecido dependente, o prazer em contribuir para a manutenção da sua dignidade e do seu bem-estar, o fortalecimento da relação existente com este, os sentimentos de utilidade e de dever cumprido, o afeto, o desenvolvimento de novas capacidades pessoais, a realização pessoal e a atribuição de um significado mais positivo à vida (Pinheiro et al., 2016; Roth et al., 2015). Neste sentido, salienta-se que, apesar do desgaste emocional que se encontra associado à prestação de cuidados, os cuidadores informais possuem a capacidade de encontrar aspetos gratificantes no âmbito das suas funções (Sánchez-Izquierdo et al., 2015). Estes aspetos positivos inerentes ao auxílio do indivíduo dependente podem contribuir para a saúde física e mental dos cuidadores informais, assim como para o seu bem-estar,

auxiliando-os a lidar com os desafios que surgem no decorrer do seu percurso (Brown & Brown, 2014; Morais et al., 2012).

Desafios do cuidador informal

Os cuidadores são confrontados com inúmeros desafios no âmbito das funções que exercem no seu quotidiano (Morais et al., 2012).

Um dos desafios com o qual os cuidadores se deparam relaciona-se com a gestão das emoções e dos sentimentos experienciados no âmbito da prestação de cuidados. A relação de cuidado engloba a existência de diversas emoções contraditórias, que ocorrem de forma concomitante (Ministério da Saúde, 2009), e que se refletem no quotidiano dos cuidadores informais. Entre as emoções consideradas agradáveis encontram-se o amor, a afetividade e a adoração pelo indivíduo cuidado (Areosa et al., 2014; Ríos & Galán, 2012), a compaixão (Rueda & Alanís, 2013), a gratificação (Pinheiro et al., 2016), a honra (Ríos & Galán, 2012) e os sentimentos de utilidade e de realização pessoal (Pinheiro et al., 2016). No entanto, o quotidiano emocional dos cuidadores é também permeado por diversas emoções desagradáveis, entre as quais se destacam a tristeza, a ansiedade, o stress (Altieri & Santangelo, 2021; Dhiman et al., 2020; Park, 2020; Pinheiro et al., 2016; Tsapanou et al., 2020; Willner et al., 2020), a pena, o cansaço, a obrigação de cuidar (Areosa et al., 2014), a culpa, o remorso, a frustração, a irritabilidade, a raiva e o nervosismo (Pinheiro et al., 2016; Ríos & Galán, 2012). Neste âmbito, assume-se como fundamental que estes procurem desenvolver competências de autorregulação emocional, que promovam o seu bem-estar e que lhes permitam aprimorar o seu desempenho ao nível da prestação de cuidados. Neste contexto, constata-se que a utilização de estratégias de autorregulação emocional desadequadas por parte dos cuidadores se encontra associada a uma maior probabilidade de estes experienciarem emoções desagradáveis e de desenvolverem problemas de saúde físicos e mentais. Por outro lado, salienta-se que em casos nos quais os cuidadores recorrem a estratégias de autorregulação emocional ajustadas, existe uma maior probabilidade de experienciarem emoções agradáveis, o que contribui, consequentemente, para o seu bem-estar biopsicossocial (Bassal et al., 2015).

Outro dos desafios enfrentado pelos cuidadores informais diz respeito ao seu isolamento social (Hayes et al., 2015; Pinheiro et al., 2016). O isolamento social consiste no distanciamento físico ou psicológico do indivíduo face à sua rede social e na perda de integração social, que pode ocorrer de forma voluntária ou involuntária. Este é perspetivado de acordo com o número, a frequência, a duração, a longevidade e a qualidade dos contactos sociais do indivíduo, e com o significado, tipicamente negativo, que este lhes atribui (Biordi & Nicholson, 2013). O isolamento social do cuidador informal encontra-se relacionado com a tendência que este possui para evitar ausentar-se da sua residência e comprometer-se com outros indivíduos devido ao facto de se sentir na obrigação de se encontrar permanentemente presente para o sujeito cuidado (Pinheiro et al., 2016). Este encontra-se, geralmente, associado a sentimentos de solidão, de exclusão, de tristeza, de frustração, de raiva, de desespero, de perda e de marginalização (Biordi & Nicholson, 2013). Neste contexto, torna-se fundamental que o cuidador procure conviver com os seus familiares e amigos e manter as suas relações sociais, de modo a minimizar a experienciação de isolamento social (Adelman et al., 2014; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016).

Para além disso, o cuidador pode, ainda, confrontar-se com dificuldades ao nível da comunicação com o indivíduo assistido (Unidade de Saúde Familiar Anta, 2014), principalmente na presença de um quadro de afasia (que consiste num distúrbio da comunicação adquirido que surge devido a uma lesão cerebral que pode ocorrer na sequência de um AVC, de um traumatismo cranioencefálico ou do surgimento de uma doença neurodegenerativa) (Dronkers & Baldo, 2009), de comprometimentos ou perturbações neurocognitivas (Ministério da Sáúde, 2009), de uma Perturbação do Espetro do Autismo, de paralisia cerebral, de Síndrome de Down e de outras perturbações do desenvolvimento que possuam impacto na comunicação linguística (Joffe, 2010). Para além disso, também a presença de dificuldades em articular palavras ou a ocorrência de alterações ao nível da perceção, tais como a perda de visão ou de audição, podem modificar o processo de comunicação, originando uma perda de significado no que diz respeito à comunicação verbal (Tavares, 2019). Neste âmbito, é possível verificar a importância das estratégias comunicacionais utilizadas pelos cuidadores no que se refere à gestão dos comportamentos apresentados pelos indivíduos dependentes,

e ao estabelecimento e manutenção de relações positivas entre ambos (Ministério da Saúde, 2009).

Por último, os cuidadores podem, ainda, confrontar-se com outro desafio, que diz respeito ao processo de luto que pode surgir com a morte do indivíduo dependente, como consequência do diagnóstico de uma determinada doença ou perturbação ou do declínio cognitivo do indivíduo cuidado, ou em situações nas quais se torna inevitável a sua institucionalização (pelo facto de o cuidador não apresentar condições para dar continuidade à prestação de cuidados). No âmbito do processo de luto, é frequente a experienciação de diversas emoções, incluindo choque, tristeza, depressão, stress, culpa, solidão e inclusivamente alívio (Lindeza et al., 2020; Pinheiro et al., 2016). Em situações nas quais a morte ocorre de forma controlada, digna e serena, sem sofrimento intenso e de acordo com a vontade do indivíduo dependente e da sua família, o processo de luto é, geralmente, gerido com maior facilidade. Em contrapartida, em casos nos quais o final de vida do indivíduo decorre de forma negativa, este pode repercutir-se nos cuidadores e tornar-se numa vivência traumática, que permanece presente no decorrer das suas vidas (Gomes, 2010). De modo a facilitar a gestão do processo de luto, é fundamental que os cuidadores procurem reconhecer e aceitar os seus sentimentos e compreender que é comum experienciar emoções ambivalentes e contraditórias no decorrer desta fase. Estes devem procurar manter os seus hábitos e os seus interesses e esforçar-se por preservar o contacto com os seus familiares, com os seus amigos e com outros indivíduos que os auxiliem a gerir as suas emoções e a enfrentar a perda (Pinheiro et al., 2016). É também necessária a criação de espaços que promovam a expressão, a partilha e o questionamento dos medos, das preocupações, das crenças e das vivências acerca da experiência da morte e do luto (Costa, 2019). Em situações nas quais considerem necessário, poderá ser benéfico que os cuidadores recorram ao auxílio de um profissional, com o intuito de diminuir os sintomas existentes e de promover uma gestão adequada do seu processo de luto (American Psychiatric Association [APA], 2014). De uma forma sucinta, é fundamental a existência de uma prevenção e uma intervenção adequadas a fim de atenuar os efeitos negativos que podem advir do processo de luto, de modo a evitar que este se torne patológico (Costa, 2019).

Impacto da COVID-19 no cuidador informal e na prestação de cuidados

A pandemia da COVID-19 acarretou o surgimento de novos desafios no quotidiano dos cuidadores informais, particularmente na sua fase inicial (Sheth, 2020). Devido à pandemia, verificou-se o encerramento de serviços e de estruturas aos quais os cuidadores recorriam no seu quotidiano, o que originou determinadas repercussões físicas e emocionais para estes e para os indivíduos cuidados. Para além disso, de modo a evitar o desenvolvimento de doenças graves ou inclusivamente a morte de um elevado número de indivíduos, e a prevenir a sobrecarga dos sistemas de saúde, foram introduzidas medidas de prevenção e de controlo da infeção, entre as quais se destacam o isolamento e as medidas de distanciamento social (Neece et al., 2020). Assim, verifica-se que poderá ter ocorrido um agravamento dos sintomas e uma progressão das doenças/perturbações previamente existentes, devido às condicionantes das medidas adotadas para conter a propagação do vírus (Porcari et al., 2020).

Com o decorrer da pandemia, os cuidadores informais reportaram possuir menor suporte por parte de familiares e amigos, maiores dificuldades no âmbito da prestação dos cuidados necessários, um maior número de responsabilidades quotidianas e níveis mais elevados de desgaste (Fontanesi, 2020; Tsapanou et al., 2020; Willner et al., 2020) e de sobrecarga (Altieri & Santangelo, 2021). Deste modo, evidencia-se um aumento nos seus níveis de tensão e de exaustão física e psicológica, particularmente devido ao difícil acesso a serviços e terapias, e às dificuldades experienciadas por parte dos indivíduos dependentes no que se refere ao ajustamento às suas novas rotinas diárias e à prática do distanciamento social (Dhiman et al., 2020; Eshraghi et al., 2020; Neece et al., 2020; Tsapanou et al., 2020). Para além disso, salienta-se ainda a experienciação de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente de stress, de ansiedade e de depressão por parte dos cuidadores (Altieri & Santangelo, 2021; Dhiman et al., 2020; Park, 2020; Tsapanou et al., 2020; Willner et al., 2020), e um aumento de sintomatologia psicossomática (como fadiga, dores de cabeça, desconforto abdominal e dores no corpo) (Park, 2020).

No âmbito da pandemia da COVID-19, as principais preocupações reportadas pelos cuidadores informais focaram-se nas necessidades apresentadas pelos

indivíduos dependentes, nos desafios inerentes à necessidade de permanecerem em casa (uma vez que, para além do papel de cuidadores, diversos indivíduos tiveram de desempenhar as suas funções em regime de teletrabalho, salientando-se que alguns perderam inclusivamente o seu emprego), no facto de não possuírem acesso a serviços e a profissionais de saúde especializados e na presença de ansiedade em relação ao futuro (Eshraghi et al., 2020; Neece et al., 2020). Para além disso, os cuidadores identificaram mudanças significativas no comportamento dos filhos dependentes, nomeadamente um aumento na frequência e na gravidade dos comportamentos desafiantes apresentados por estes (Eshraghi et al., 2020; Fontanesi, 2020). No caso de indivíduos idosos com perturbações neurocognitivas, a pandemia originou uma redução dos seus sentimentos de segurança e veio dificultar a manutenção das suas rotinas, o que representou uma maximização do seu sofrimento físico e psicológico e do fardo para os seus familiares e cuidadores (Tsapanou et al., 2020). Para além disso, surgiram novas problemáticas ou existiu um agravamento das problemáticas existentes, relativamente a questões relacionadas com os cuidados de higiene e com a violência interpessoal (Greenberg et al., 2020).

Não obstante o facto de a pandemia ter trazido dificuldades acrescidas aos cuidadores informais, verifica-se que, de acordo com estes, esta deu origem a um aumento do tempo de convívio e a uma melhoria na qualidade dos relacionamentos familiares, o que se constituiu como positivo tanto para estes como para os indivíduos dependentes (Neece et al., 2020).

As condicionantes impostas pela pandemia da COVID-19 conduziram a que um elevado número de famílias adotasse estratégias para lidar com as necessidades apresentadas pelos indivíduos cuidados (Neece et al., 2020; Sheth, 2020; Tsapanou et al., 2020). Neste âmbito, salienta-se que os cuidadores procuraram estabelecer rotinas e utilizaram estratégias como a prática de exercício físico (por exemplo, pequenos passeios, enquanto outros membros da família asseguravam os cuidados), a meditação e a procura de suporte social (diversos cuidadores procuraram aumentar a sua socialização com familiares e amigos, e participar em grupos de suporte *online* ou por telefone) (Greenberg et al., 2020; Neece et al., 2020). Para além disso, como referido anteriormente, um dos grandes desafios com os quais os cuidadores informais se defrontaram consistiu no facto de terem de proporcionar os cuidados que os indivíduos dependentes necessitavam, sem

poderem garantir o mesmo nível de cuidados fornecidos por um profissional de saúde. Neste âmbito, salienta-se que determinados cuidadores foram apoiados pelos profissionais através de plataformas ou redes *online*, enquanto que outros se viram privados de qualquer tipo de suporte ou de serviços que os auxiliassem nesta fase (Neece et al., 2020).

Face ao exposto, salienta-se a necessidade de se disponibilizarem intervenções psicológicas e serviços que auxiliem os cuidadores a melhorar a prestação de cuidados durante as fases de confinamento, através, por exemplo, das tele-terapias ou do desenvolvimento de ações educativas que os ensinem a realizar as terapias de que os sujeitos dependentes necessitam em casa, contribuindo, desta forma, para a diminuição da tensão e dos problemas de saúde mental experienciados por estes no decorrer da pandemia da COVID-19, nomeadamente dos seus níveis de sobrecarga, de ansiedade e de depressão (Altieri & Santangelo, 2021; Dhiman et al., 2020).

Cuidadores informais de indivíduos com deficiência

A deficiência

A deficiência diz respeito à perda total ou parcial de uma determinada função anatómica, fisiológica ou psicológica e às restrições que surgem como consequência da mesma, constituindo-se como um conceito amplo e multidimensional. Esta encontra-se associada a uma perda ou a uma anomalia (congénita ou adquirida) em determinadas estruturas ou funções corporais, bem como à presença de doenças, de lesões ou de outras condições de saúde que, em conjunto com os fatores do meio em que o indivíduo se encontra inserido, limitam ou dificultam a sua atividade e a sua participação em condições de igualdade com os restantes indivíduos (Assembleia da República, 2004; Disabled People's Association [DPA], 2015; Light for the World, 2017, 2021; Padilla-Muñoz, 2010; WHO, 2012a). As deficiências podem ser progressivas, regressivas ou estáticas, intermitentes ou contínuas e temporárias ou permanentes. Para além disso, estas podem ainda ser consideradas leves ou graves e apresentar flutuações significativas ao longo do tempo (O'Young et al., 2019; WHO, 2001).

As condições de saúde podem ser caracterizadas como primárias, secundárias ou comórbidas. As condições de saúde primárias ou principais, dizem respeito às condições médicas que se encontram na origem da deficiência, da limitação de atividade ou da restrição da participação social. As condições de saúde primárias podem consistir, por exemplo, em doenças degenerativas, acidentes vasculares cerebrais (AVC), perturbações depressivas, entre outras. Por outro lado, as condições de saúde secundárias dizem respeito a condições de saúde que ocorrem posteriormente e cujo risco aumenta devido à presença da condição de saúde primária. Estas condições de saúde secundárias podem diminuir o nível de funcionalidade e a qualidade de vida do indivíduo, bem como aumentar o seu risco de morbilidade e de mortalidade. Por último, as condições de saúde comórbidas referem-se a condições de saúde que não se encontram diretamente relacionadas com a condição primária, e que ocorrem de forma concomitante a esta (como por

exemplo, a presença de diabetes num indivíduo com cegueira total) (O'Young et al., 2019; WHO, 2011).

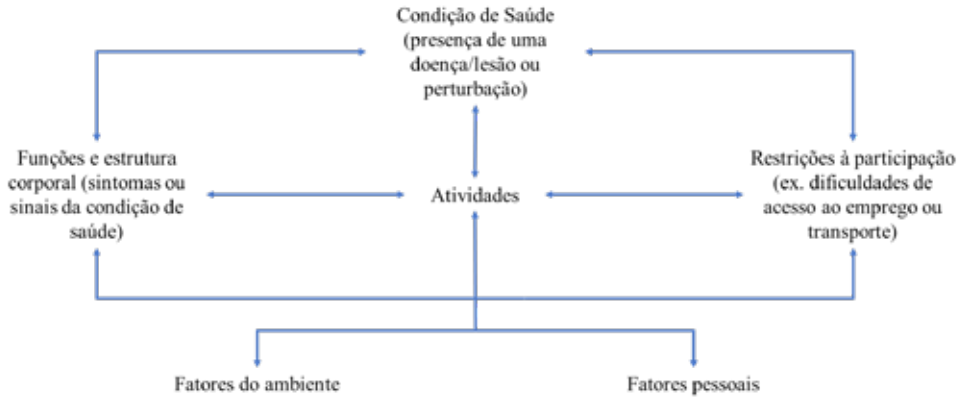
Estima-se que cerca de 15% da população mundial (o que corresponde a um bilhão de indivíduos) apresente uma deficiência (Fontes, 2016; International Labour Organization, 2015; Light for the World, 2021). Em Portugal, e de acordo com os Censos realizados em 2011, 1.792.719 indivíduos com uma idade superior a 5 anos apresentavam, nesse ano, pelo menos uma dificuldade (nomeadamente no que diz respeito à visão, à audição, à capacidade de andar ou de subir degraus, à capacidade de memória ou de concentração e à capacidade de tomar banho ou de vestir-se sozinho e/ou de compreender os outros ou de fazer-se compreender). Os mesmos dados revelaram, ainda, que o número de indivíduos do sexo feminino que possuía pelo menos uma dificuldade (1.088.412) era consideravelmente superior ao número de indivíduos pertencentes ao sexo masculino (704.307) (INE, 2012).

Existem diversos fatores de risco que podem contribuir para a existência ou para o desenvolvimento de uma deficiência, salientando-se a hereditariedade, a presença de uma mutação genética e de erros congénitos do metabolismo, a existência de malformações ao nível cerebral, a ocorrência de complicações no decorrer da gestação (como a exposição a drogas ou a toxinas) ou durante o parto, a prematuridade e o baixo peso à nascença, a ocorrência de lesões hipóxico-isquémicas, de lesões cerebrais traumáticas e de infeções, a privação social crónica e grave e a presença de incapacidades concomitantes (APA, 2014; Light for the World, 2017).

Para compreender a deficiência é necessário ter em consideração diversos conceitos, nomeadamente as limitações ao nível da funcionalidade, as limitações ao nível das atividades e as restrições no que se refere à participação do indivíduo (Schaefer, 2015). Desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que a deficiência não consiste numa dimensão puramente biológica ou social, verificando-se que a funcionalidade do indivíduo e a sua capacidade de desenvolver ou de desempenhar uma determinada atividade ou tarefa, depende da interação dinâmica entre diferentes elementos, nomeadamente entre a sua condição de saúde, as suas estruturas ou funções corporais, as restrições à sua participação e envolvimento na sociedade, e os fatores pessoais e ambientais envolventes (O'Young et al., 2019; WHO, 2001, 2011, 2013b). Quando não ocorre um equilíbrio entre a funcionalidade do indivíduo e os fatores ambientais (por exemplo,

as atitudes da sociedade, as características arquitetónicas ou as estruturas legais), esta situação pode conduzir a uma restrição na participação do indivíduo e limitar as suas atividades (Bianquin et al., 2017). Na figura 1, é possível observar o modelo biopsicossocial apresentado pela Organização Mundial da Saúde, que incorpora os diversos aspetos multidimensionais da deficiência (O'Young et al., 2019; WHO, 2001, 2011, 2013b).

Figura 1. Representação da classificação internacional do funcionamento, deficiência e saúde (adaptado de WHO, 2001, 2011, 2013b)



Considerando os diferentes elementos existentes, salienta-se que a deficiência pode ser compreendida através de três níveis distintos: 1) a existência de uma perda ou anomalia no que diz respeito às estruturas ou funções corporais (por exemplo, a presença de uma catarata que impede o indivíduo de ver); 2) a limitação para o indivíduo desenvolver atividades ou tarefas (como a incapacidade de o indivíduo ler ou mover-se); 3) a restrição à sua participação social (que engloba, por exemplo, o impedimento de frequentar a escola) (WHO, 2013a).

O ambiente no qual o indivíduo se encontra inserido revela-se como um fator importante na forma como este experiencia a sua condição de saúde, existindo fatores do meio que influenciam a forma como este vive e conduz a sua vida, como o ambiente físico e social, e as atitudes e o estigma existentes face à deficiência. Desta forma, o contexto no qual o indivíduo com deficiência se encontra integrado possui um impacto significativo na forma como este experiencia a

deficiência, constatando-se que a presença de ambientes inacessíveis origina barreiras à sua participação e inclusão na sociedade, bem como o aumento dos casos de deficiência, que tendem a aumentar em ambientes que possuem elevadas condições de pobreza ou baixas condições de saneamento, e nos quais é frequente a desnutrição e a falta de acesso a cuidados de saúde (O'Young et al., 2019; WHO, 2001, 2011). Não obstante este facto, o ambiente pode ser modificado de forma a proporcionar meios para os indivíduos com deficiência alcançarem resultados mais favoráveis, por exemplo, através de mudanças políticas, de alterações na legislação ou da capacitação e de desenvolvimentos tecnológicos (WHO, 2011).

Os indivíduos com deficiência lidam diariamente com diversas barreiras, tais como barreiras atitudinais, que abrangem a existência de estereótipos, de preconceitos, de discriminação e de estigmatização devido à deficiência (por exemplo, atitudes e sentimentos negativos ou desagradáveis, baixas expectativas, *bullying* (por exemplo no contexto escolar, nos serviços de saúde e nos locais de trabalho ou inclusivamente no acesso a estes), violência e abuso), barreiras físicas, que consistem em barreiras que impedem a liberdade de circulação dos indivíduos com deficiência (nomeadamente, edifícios e transportes públicos inacessíveis, a ausência de rampas, etc.), barreiras de comunicação, que se referem a dificuldades de comunicação que impedem os indivíduos com deficiência de participar de forma integral e efetiva na sociedade (particularmente a ausência de sinalização ou a sinalização inadequada para orientação das pessoas com deficiência visual, auditiva ou intelectual, a falta de informação em diferentes formatos, como braille, letras em tamanho grande, língua gestual, entre outros), e, por fim, barreiras institucionais, que incluem situações nas quais não se adotam medidas adequadas para pessoas com diferentes tipos de deficiência em programas nacionais ou organizacionais, em políticas, em quadros jurídicos, em planos estratégicos, entre outros (Light for the World, 2021; Shakespeare, 2018; WHO, 2011). Este tipo de atitudes negativas pode conduzir a consequências como a presença de uma baixa autoestima e a redução da participação social por parte destes. Os indivíduos que experienciam este tipo de atitudes negativas devido à(s) deficiência(s) que possuem tendem a evitar determinados locais, a alterar a sua rotina ou a evitar abandonar a sua residência (WHO, 2011).

É importante ressalvar que o ambiente, a duração ou a gravidade da condição do indivíduo, bem como a forma como este experiencia essa condição, afetam a

sua perceção sobre se esta se constitui ou não como uma deficiência. Desta forma, a mesma doença/condição de saúde pode ser experienciada e influenciar dois indivíduos de forma distinta (Schaefer, 2015). O impacto da deficiência no próprio indivíduo depende da sua faixa-etária, dos seus recursos e do suporte social que se encontra disponível, bem como das especificidades da sua condição de saúde (por exemplo, dos sinais e sintomas apresentados por este, da existência de tratamento, entre outros). Os indivíduos que nasceram com uma determinada condição de saúde, tendem a considerar e a percecionar a deficiência como parte integrante da sua identidade. No entanto, em diversos casos, estes enfrentam uma vida de luta constante e de barreiras, como por exemplo no acesso à educação e à ocupação laboral ou no estabelecimento de relacionamentos interpessoais. Em casos nos quais os indivíduos não apresentam uma perceção positiva face a si próprios, podem desenvolver uma baixa autoestima. Por outro lado, no caso de indivíduos que adquirem uma deficiência ao longo da sua vida, e que possuíram, anteriormente, acesso a educação e a uma ocupação laboral, a aquisição de uma doença ou lesão pode representar um choque para os próprios e afetar, consequentemente, o seu funcionamento e a sua qualidade de vida. Em algumas situações, os indivíduos podem, inclusivamente, experienciar sintomatologia depressiva e ideação suicida. Após este período de choque, ocorre uma fase de adaptação e de aceitação da situação, na qual os indivíduos reavaliam a sua condição e procuram tirar o maior partido possível desta, salientando-se que, geralmente, a sua qualidade de vida retorna aos níveis percecionados no período anterior à ocorrência do trauma (Shakespeare, 2018).

O indivíduo com deficiência recorre a diversos mecanismos psicológicos no decorrer da sua vida, que assumem uma importância extrema no âmbito da manutenção de uma boa qualidade de vida. A adaptação consiste num aspeto fundamental, constatando-se que através desta, o indivíduo se torna capaz de encontrar estratégias que lhe permitam realizar determinadas atividades de uma forma diferente, procurando ajustar-se às condicionantes do ambiente (por exemplo, circular pela berma da estrada, devido à falta de acesso aos passeios no caso de indivíduos que utilizam cadeiras de rodas). Outro mecanismo fundamental diz respeito às estratégias de *coping* utilizadas, através das quais o indivíduo redefine as suas expectativas e se adapta a circunstâncias adversas (por exemplo, este pode ficar satisfeito por ter caminhado durante 1 quilómetro, enquanto que anteriormente apenas

ficaria satisfeito se caminhasse 10 quilómetros). Outro mecanismo que este pode utilizar consiste na acomodação, através da qual aprende a valorizar outros aspetos da sua vida (por exemplo, começar a valorizar os convívios com os amigos num restaurante, ao invés de longas caminhadas com estes). Desta forma, os indivíduos tornam-se capazes de compreender e de lidar com as suas próprias limitações, procurando usufruir de momentos, de situações e das suas respetivas conquistas pessoais. Outro aspeto importante no âmbito da promoção da qualidade de vida dos indivíduos com deficiência consiste na mudança de comportamentos e de pensamentos da sociedade no que diz respeito à deficiência. Em diversos casos, verifica-se que a perceção da sociedade não corresponde à realidade, sendo influenciada pelo medo, pelo desconhecimento e pelo preconceito. Neste âmbito, salienta-se a importância de se considerar cada indivíduo como único e de se procurar proporcionar-lhe oportunidades para participar e desempenhar um papel ativo na sociedade em que se encontra inserido (Shakespeare, 2018).

Tipos de deficiências

A deficiência abrange situações bastante heterogéneas, sendo composta por um espetro de incapacidade, que pode existir em maior ou em menor grau (desde a ausência de incapacidade até à incapacidade total), e que é influenciado pelas dimensões físicas e psíquicas do indivíduo e também pelo meio no qual este se encontra inserido (Padilla-Muñoz, 2010). Em alguns casos, a deficiência pode consistir numa vulnerabilidade (Mackenzie et al., 2014) e originar dificuldades na realização das atividades de vida diária (Orús & Conte, 2010), conduzindo a que o indivíduo se encontre dependente do auxílio direto ou indireto de outros (Mackenzie et al., 2014). Os cuidados informais direcionados para a deficiência são particularmente necessários e relevantes no decorrer da infância, com o objetivo de assegurar as necessidades básicas apresentadas pelas crianças e de promover a sua independência e autonomia (Ortiz, 2011). Não obstante este facto, os indivíduos com deficiência podem alcançar mais autonomia e independência do que aquela que é, em diversos casos, reconhecida, evidenciando-se que uma percentagem significativa destes não necessita de cuidados informais, podendo, se forem disponibilizados os serviços e apoios necessários, viver com plenitude de direitos

e participar na vida económica, social e cultural em condições de igualdade com os restantes cidadãos (Alonso, 2003; Orús & Conte, 2010).

As deficiências podem ser subdivididas em diversas categorias, nomeadamente as deficiências físicas, as deficiências visuais, as deficiências auditivas, as deficiências ao nível da fala, as deficiências intelectuais, as deficiências referentes à aprendizagem e as deficiências psicossociais (Kohzuki, 2014; Light for the World, 2017, 2021; Padilla-Muñoz, 2010; Ríos, 2015).

Deficiências físicas

No que se refere às deficiências físicas, estas envolvem a existência de um comprometimento do aparelho locomotor, que compreende o sistema nervoso e o sistema muscular (Secretaria da Educação, 2012). Neste sentido, estas referem-se a um conjunto de condições que originam dificuldades por parte do indivíduo no âmbito dos movimentos físicos ou motores, particularmente na capacidade de se deslocar, de executar ações coordenadas ou de realizar atividades físicas (Bianquin et al., 2017; Light for the World, 2017; Ministério do Trabalho, 2018). Este tipo de deficiências pode surgir como consequência da existência de problemas ao nível do sistema nervoso central ou periférico, da perda de membros ou de determinadas condições de saúde que afetam o esqueleto, as articulações, os músculos e os membros (Light for the World, 2017; Ministério do Trabalho, 2018).

A deficiência física pode ser congénita ou adquirida, salientando-se que nas deficiências físicas congénitas, o indivíduo nasce com a deficiência física ou esta é desenvolvida logo após o nascimento, enquanto que as deficiências físicas adquiridas são o resultado de uma lesão ou de uma doença num indivíduo que apresenta um desenvolvimento normal (Bianquin et al., 2017; Secretaria da Educação, 2012). Para além disso, as deficiências físicas podem também ser progressivas ou crónicas, e subdividir-se em leves, moderadas ou graves, de acordo com aspetos como a extensão física afetada, a presença de espasmos, a extensão e o nível de lesão neurológica, entre outros (Bianquin et al., 2017). É importante referir que os défices ao nível motor ou a presença de múltiplas deficiências físicas podem ter impacto no desenvolvimento cognitivo, sensorial e na capacidade de perceção do indivíduo, bem como conduzir a uma redução da sua autoestima e da sua autoeficácia (Besio et al., 2017).

A deficiência física pode encontrar-se associada à paresia e à paralisia, que se referem a um acometimento que resulta em disfunção muscular. A paresia refere-se a uma paralisia incompleta ou parcial (VandenBos, 2015), e engloba, por exemplo, a monoparesia, que se relaciona com a presença de uma disfunção motora num único membro (Hiraga, 2011), a paraparesia, que diz respeito à perda de força e disfunção motora nos membros inferiores (Brooker, 2010), a tetraparesia, que se relaciona com a existência de fraqueza muscular ou de paralisia parcial nos quatro membros (e que se associa a uma lesão ou disfunção neurológica) e a hemiparesia, que diz respeito à existência de fraqueza ou de uma paralisia parcial de um lado do corpo (VandenBos, 2015). Por outro lado, a paralisia pode subdividir-se, por exemplo, em monoplegia, que se refere à ausência total de movimento de um membro, em paraplegia, que envolve a ausência total de movimento dos membros inferiores, em triplegia, que se associa à ausência total de movimento de três membros, em tetraplegia, que se encontra associada à ausência total de movimento dos membros superiores e inferiores (4 membros) e em hemiplegia, que se refere à ausência total de movimento de um dos lados do corpo (hemicorpo) (esquerdo ou direito) (Secretaria da Educação, 2012).

Existem diversas condições que se encontram associadas à deficiência física, entre as quais se evidenciam, a título de exemplo, a Paralisia Cerebral e a Esclerose Múltipla (Bianquin et al., 2017; Secretaria da Educação, 2012).

A Paralisia Cerebral consiste num termo abrangente para um grupo de situações clínicas que originam uma perturbação do movimento e/ou postura e da função motora. Esta decorre de uma alteração, lesão ou anomalia não progressiva do cérebro imaturo e em desenvolvimento (Andrada, 2010). Neste sentido, verifica-se que a paralisia cerebral resulta de uma lesão que atinge o sistema nervoso central (que é constituído pelo cérebro e pela medula espinhal) no decorrer da gravidez, do parto ou de um período crítico do desenvolvimento do indivíduo. Os sintomas desta condição podem apresentar variações ao longo do desenvolvimento do indivíduo, salientando-se que esta pode conduzir a uma série de consequências como a paralisia, a epilepsia, a disartria, a disfagia, entre outras, e encontrar-se associada a determinadas alterações motoro-posturais, cognitivas, sensoriais (por exemplo, na visão e na audição) e da comunicação. A Paralisia Cerebral consiste na principal causa de deficiência em idade pediátrica, salientando-se que esta pode comprometer de forma significativa o desenvolvimento psicomotor normativo da

criança (Andrada, 2010; Groark et al., 2011; Magalhães et al., 2011; Secretaria da Educação, 2012; Virella et al., 2017).

A Esclerose Múltipla consiste numa doença inflamatória do sistema nervoso central, que se assume como crónica e incapacitante (Dobson & Giovannoni, 2018; Milo & Kahana, 2010; Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla [SPEM], 2016). Esta consiste numa doença desmielinizante, que afeta a mielina e os oligodendrócitos, que consistem nas células responsáveis pela formação da mielina. A Esclerose Múltipla tem origem na destruição da bainha de mielina no sistema nervoso central, especificamente no córtex cerebral (Secretaria da Educação, 2012; SPEM, 2016), e caracteriza-se por recaídas e remissões (Milo & Kahana, 2010). Os sintomas mais comuns desta doença englobam a fadiga, a dor, os problemas de bexiga e intestino, a disfunção sexual, os problemas de movimento e de coordenação, os problemas visuais, as alterações cognitivas e emocionais, entre outras (SPEM, 2016), salientando-se que os sintomas experienciados dependem diretamente da localização das lesões (Dobson & Giovannoni, 2018). A Esclerose Múltipla acomete, geralmente, indivíduos pertencentes ao sexo feminino, no decorrer da puberdade ou no início da idade adulta (Secretaria da Educação, 2012). Para além disso, evidencia-se que esta patologia não possui ainda cura, salientando-se que o seu tratamento engloba o recurso a fármacos eficazes que possibilitam a sua contenção (SPEM, 2016).

Para além destas problemáticas, evidenciam-se outras como a esclerose lateral amiotrófica, a espinha bífida, a distrofia muscular progressiva, a acondroplasia, a ataxia, a lesão cerebral traumática, os defeitos do tubo neural, a lesão da medula espinhal, entre outros (Bianquin et al., 2017; Secretaria da Educação, 2012).

Deficiências visuais

No que diz respeito às deficiências visuais, estas envolvem a perda parcial ou total da visão. Este tipo de deficiência pode variar entre (1) perda parcial, que se associa à existência de algumas limitações ao nível da visão ou da leitura, (2) baixa visão, que se encontra relacionada com a presença de dificuldades em ler a uma distância normal (as pessoas com este tipo de deficiência necessitam de apoio para ler e para ver), (3) cegueira parcial, que envolve a dificuldade em ver claramente ao perto ou ao longe e (4) cegueira total, que diz respeito à incapacidade

de ver na sua totalidade (as pessoas com este tipo de deficiência necessitam de recursos não visuais, como o braile ou o áudio) (Light for the World, 2017, 2021; Núñez & Silva, 2015). Para além disso, as deficiências visuais podem ser caracterizadas pela perda irreversível da visão, restrição do campo visual, diminuição da sensibilidade ao contraste, aumento da sensibilidade ao brilho, perda de acuidade visual, distorção visual ou dificuldades de perceção visual (Bianquin et al., 2017; Kavitha et al., 2015; Naipal & Rampersad, 2018), e resultar em limitações ao nível da realização das atividades de vida diária (Kavitha et al., 2015; Naipal & Rampersad, 2018).

As principais causas associadas à deficiência visual, incluindo à cegueira total, consistem nas cataratas, na degeneração macular, na retinopatia diabética e no tracoma e erros de refração não corrigidos (por exemplo, miopia, astigmatismo, entre outros). Os estudos indicam que a etnia, as condições demográficas, o estilo de vida, os fatores ambientais e outros fatores podem afetar as causas e a prevalência da perda de visão (Bourne et al., 2013).

A deficiência visual e a cegueira em crianças podem ser classificadas em deficiência visual ou cegueira pré-natal (surge durante a conceção ou no período intrauterino), perinatal (surge durante e após o nascimento) e pós-natal (surge entre a 28ª semana de gestação e a 1ª e a 4ª semana após o nascimento). No caso de crianças com cegueira, esta deficiência pode possuir um efeito adverso no seu crescimento, desenvolvimento social e oportunidades económicas. Em situações nas quais a deficiência visual grave e a cegueira ocorrem em recém-nascidos e bebés, estas devem ser detetadas o mais precocemente possível, de forma a iniciar o tratamento com vista a prevenir défices visuais permanentes (Gogate et al., 2011)

Deficiências auditivas

Relativamente às deficiências auditivas, estas encontram-se associadas à existência de uma perda ao nível da audição, salientando-se que podem afetar apenas um ou ambos os ouvidos e que podem ser classificadas como leves, moderadas, graves ou profundas (Bianquin et al., 2017; Light for the World, 2017; Ministério do Trabalho, 2018; Núñez & Silva, 2015). A deficiência auditiva leve envolve a presença de dificuldades em ouvir sons suaves, como sussurros (pode melhorar com a utilização de aparelhos auditivos), a deficiência auditiva moderada relaciona-se

com a existência de dificuldades em ouvir claramente as conversas (pode melhorar com a utilização de aparelhos auditivos), a deficiência auditiva grave encontra-se associada à capacidade de ouvir apenas sons ou ruídos altos, e a deficiência auditiva profunda, comummente denominada de surdez, diz respeito à existência de dificuldades em ouvir qualquer tipo de som (não pode melhorar com a utilização de aparelhos auditivos). De acordo com a gravidade da deficiência auditiva existente, é possível que esta afete igualmente as capacidades ao nível da fala, principalmente em situações nas quais a deficiência surge numa fase anterior à aquisição da linguagem (Light for the World, 2017, 2021; Ministério do Trabalho, 2018; Núñez & Silva, 2015).

As perdas auditivas podem ser classificadas como: (1) Perda auditiva condutiva, que é causada por doenças ou obstruções no ouvido externo ou médio e que afeta, geralmente, todas as frequências de audição, salientando-se que a utilização de um aparelho auditivo pode auxiliar a corrigir esta condição de saúde; (2) Perda auditiva neurossensorial, que é causada por uma lesão no ouvido interno e cuja gravidade pode variar entre leve e profunda, evidenciando-se que, geralmente, esta afeta mais umas frequências de audição do que outras; (3) Perda auditiva mista, cuja lesão ocorre quer no ouvido interno como no ouvido externo ou médio e (4) Perda auditiva central, que possui como causa uma lesão no sistema nervoso central (Bianquin et al., 2017).

Para além desta classificação, o Internacional Bureau for Audiophonology [BIAP] (1996) propõe outra forma de classificar as perdas auditivas, salientando que na maioria dos casos estas acarretam a perda de perceção do som e, particularmente, de perceção da fala (que é composta por sons agudos e graves de potência acústica altamente variada e que não pode ser medida através de um único nível acústico médio). Para analisar a perda auditiva existente pode ser realizada uma avaliação audiométrica, na qual é calculada a perda de tom tendo em consideração a perda em dB em diversas frequências, nomeadamente 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz e 4000 Hz. De acordo com os resultados da avaliação audiométrica realizada, a perda auditiva pode encontrar-se subdividida em audição normal ou subnormal (≤ 20 dB), que se refere a uma perda tonal ligeira sem implicações sociais, em deficiência auditiva leve (21-40 dB), na qual o indivíduo percebe a fala que é enunciada com voz normal, mas possui dificuldade em compreendê-la em situações nas quais esta se encontra num tom baixo ou distante, salientando-se que

este é capaz de perceber a maioria dos sons/ruídos do quotidiano, em deficiência auditiva moderada de 1º grau (41-55 dB) e de 2º grau (56-70 dB), verificando-se que nestas a fala apenas é percebida se a voz for elevada, que o indivíduo entende melhor o que é enunciado quando olha para a pessoa que se encontra a falar e que este é capaz de perceber alguns sons/ruídos quotidianos, em deficiência auditiva severa de 1º grau (71-80 dB) e de 2º grau (81-90 dB), nas quais a fala pode ser ouvida se for enunciada com uma voz forte e próxima do ouvido e os sons/ruídos são percebidos se forem altos, em deficiência auditiva profunda de 1º grau (91-100 dB), de 2º grau (101-110 dB) e de 3º grau (111-119 dB), salientando-se que nestas não existe nenhuma perceção da fala e que apenas os sons/ruídos muito altos são percebidos e, por fim, em deficiência auditiva total/cofose (> 120 dB), na qual o indivíduo não é capaz de perceber qualquer tipo de som.

As capacidades auditivas e a presença de uma deficiência dependem das características genéticas do indivíduo e da influência de fatores biológicos, comportamentais e ambientais. Os fatores que se encontram associados à perda auditiva envolvem fatores genéticos, infeções maternas no decorrer da gravidez (como a rubéola), o consumo de determinadas substâncias psicoativas e de álcool no decurso da gravidez, a prematuridade, o baixo peso à nascença, a anoxia ou a hipoxia de nascimento, a existência de anormalidades craniofaciais, as lesões de nascimento, a morbidade perinatal, infeções não tratadas durante a infância, infeções no ouvido, a meningite, a otosclerose, o consumo de tabaco, o trabalho com produtos químicos ototóxicos, a hiperbilirrubinemia, o trauma na zona dos ouvidos ou da cabeça, a inflamação da orelha, a exposição a ruído/sons altos, o défice nutricional e a degeneração neurossensorial relacionada com a idade. Por outro lado, os fatores protetores da ocorrência de perdas auditivas englobam a nutrição saudável da mãe no decurso da gravidez e da amamentação, o evitamento de sons e de ruídos altos, a realização de uma higiene adequada dos ouvidos, o evitamento de traumas na zona dos ouvidos e da cabeça, a adoção de um estilo de vida saudável (incluindo a nutrição) e a imunização (Duthey, 2013; WHO, 2013c, 2021).

A deteção e a intervenção precoces consistem nos fatores mais significativos para minimizar o impacto da perda auditiva no desenvolvimento dos sujeitos. Os indivíduos com deficiência auditiva podem comunicar através do desenvolvimento de habilidades de leitura labial, de textos escritos ou impressos, de linguagem gestual ou de aparelhos que auxiliam a comunicação através de um sistema

de escuta e de legendas. Em determinados casos, a correção da condição de saúde pode ser realizada através de aparelhos e de implantes auditivos, de intervenções cirúrgicas e de terapia de reabilitação (reabilitação audiológica) (Bianquin et al., 2017; Duthey, 2013; WHO, 2013c, 2021). Em situações nas quais o tratamento da perda auditiva não é possível, verifica-se que esta pode possuir um impacto negativo no desenvolvimento da linguagem e da fala (no caso de crianças), na capacidade de comunicação do indivíduo, na sua aquisição de conhecimentos, na sua educação, na sua ocupação laboral, nas suas relações interpessoais e na sua saúde mental (WHO, 2021).

Deficiências ao nível da fala

No que se refere às deficiências ao nível da fala, estas relacionam-se com a presença de um problema que afeta a capacidade de comunicação do indivíduo. A comunicação consiste num processo recíproco que implica a expressão e a compreensão plena do que é enunciado, salientando-se que a deficiência pode afetar ambos os processos. Neste sentido, verifica-se que a deficiência pode prejudicar a produção da fala e originar dificuldades ao nível da expressão verbal, nomeadamente na articulação da fala, na formação dos sons (gaguez), na fluência da fala, na qualidade da voz, ou na combinação destas, e pode acarretar dificuldades na compreensão de linguagem escrita ou falada, ou na utilização de palavras corretas. Não obstante este facto, a maioria dos indivíduos com deficiência ao nível da fala não possui dificuldade em compreender a linguagem escrita ou falada (APA, 2014; Light for the World, 2017, 2021; U.S. Department of Education, 2011).

No âmbito das deficiências ao nível da fala, é ainda necessário salientar que a presença de dificuldades auditivas ou intelectuais pode contribuir para o surgimento de problemas nesta dimensão. Neste sentido, verifica-se que em casos nos quais a criança possui dificuldades ao nível da audição, existe uma maior probabilidade de esta enfrentar dificuldades no desenvolvimento da fala, e em situações nas quais se encontra presente uma deficiência intelectual, a criança pode apresentar dificuldades em compreender o que é enunciado, o que irá prejudicar, consequentemente, a sua fala. Para além destes fatores, evidencia-se ainda que as deficiências ao nível da fala podem resultar de problemas neurológicos, de lesões cerebrais, de deficiências físicas (como a fenda labial ou palatina), de determinadas

doenças (como a doença oncológica nas zonas da boca, da língua ou da garganta), do abuso de substâncias psicoativas e da utilização indevida da voz ou do abuso vocal. Não obstante este facto, evidencia-se que, frequentemente, as causas desta deficiência permanecem desconhecidas (Lanier, 2010; Light for the World, 2017, 2021; U.S. Department of Education, 2011).

Os indivíduos que possuem uma deficiência grave ao nível da fala (nomeadamente a mudez) recorrem, em diversos casos, à utilização de linguagem gestual como forma de comunicar (Vijayalakshmi & Aarthi, 2016).

Deficiências intelectuais

Relativamente às deficiências intelectuais, estas relacionam-se com a presença de limitações ao nível das capacidades cognitivas e intelectuais do indivíduo (APA, 2014; Light for the World, 2017), referindo-se a um funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Ministério do Trabalho, 2018). Estas dificuldades encontram-se presentes no decorrer da vida e, na maioria dos casos, exigem a existência de supervisão no âmbito da realização das atividades quotidianas (APA, 2014; Light for the World, 2017). As deficiências intelectuais associam-se a comprometimentos em funções intelectuais como o raciocínio, a compreensão, a resolução de problemas, o pensamento abstrato, o planeamento, o discernimento, a capacidade de recordar e de aprender novas informações e as competências sociais. Estas deficiências surgem, geralmente, durante o período da infância, encontrando-se relacionadas com problemas de desenvolvimento cerebral, que podem possuir causas pré-natais, nomeadamente síndromes genéticas (alterações cromossómicas), erros congénitos do metabolismo, malformações cerebrais, doença materna (incluindo da placenta) e influências ambientais (por exemplo, exposição a toxinas, a álcool e a outras drogas), causas perinatais, que incluem uma variedade de eventos relacionados com o trabalho de parto que conduzem à encefalopatia neonatal (por exemplo, trauma no decorrer do parto, anoxia e infeções virais perinatais) e causas pós-natais que englobam lesões isquémicas hipóxicas, lesões cerebrais traumáticas, infeções, perturbações desmielinizantes ou convulsivas, privação social grave e crónica, síndromes tóxicas metabólicas e intoxicações. As deficiências intelectuais podem ser classificadas como leves, moderadas, graves ou profundas, de acordo com o grau de comprometimento existente

(APA, 2014; Bulgarelli & Stancheva-Popkostadinova, 2017; Harris & Greenspan, 2016; Intellectual Disability Rights Service [IDRS], 2009; Light for the World, 2017, 2021; Schwartzman & Lederman, 2017). Não obstante o facto de as dificuldades manifestadas pelo indivíduos resultarem da presença de prejuízos cognitivos, verifica-se que estas são fortemente influenciadas por fatores ambientais, nomeadamente pela precocidade do diagnóstico, pela existência de preconceitos, pela qualidade dos serviços de apoio, pela inclusão familiar, entre outros fatores (Schwartzman & Lederman, 2017).

Existem diversas condições que se podem encontrar associadas à deficiência intelectual, evidenciando-se, a título de exemplo, a Síndrome de Down, a Perturbação do Espectro do Autismo e a Síndrome do X Frágil (Antonarakis et al., 2020; Berry-Kravis et al., 2019; Groark et al., 2011; Harris & Greenspan, 2016; Schwartzman & Lederman, 2017). A Síndrome de Down consiste na etiologia cromossómica mais comum de deficiência intelectual, enquanto que a Síndrome do X Frágil se refere à forma hereditária mais comum de deficiência intelectual (Berry-Kravis et al., 2019; Schwartzman & Lederman, 2017).

A Síndrome de Down diz respeito a um conjunto de características e manifestações clínicas resultantes da Trissomia 21, isto é, da presença de um cromossoma 21 supranumerário, que afeta diversos sistemas do organismo. Os indivíduos que possuem Síndrome de Down apresentam, geralmente, deficiência intelectual, um atraso no desenvolvimento, perturbações da linguagem e hipoplasia cerebral, bem como características físicas específicas, tais como uma estatura pequena, dedos pequenos, boca e orelhas pequenas, hipotonia e instabilidade atlanto-axial (Antonarakis et al., 2020). Na Síndrome de Down, existe também uma maior propensão para o desenvolvimento de problemas de saúde como problemas cardíacos congénitos, hipotiroidismo, apneia obstrutiva do sono, epilepsia, problemas de crescimento e obesidade, problemas de visão e de audição, problemas hematológicos, problemas gastrointestinais, problemas renais e urinários, problemas de pele, infeções recorrentes, perturbações de ansiedade, entre outros (Antonarakis et al., 2020; Berry-Kravis et al., 2019). Para além disso, os indivíduos portadores de Síndrome de Down apresentam um risco acrescido de desenvolver Perturbações Neurodegenerativas, tal como a Doença de Alzheimer, e problemas comportamentais (Berry-Kravis et al., 2019).

A Perturbação do Espectro do Autismo consiste numa perturbação caracterizada por défices na interação social e na comunicação, e por comportamento repetitivo e restrito (Groark et al., 2011). O suporte prestado ao indivíduo com uma Perturbação do Espectro do Autismo depende da gravidade da situação, podendo encontrar-se subdividido em três níveis distintos. No primeiro nível, o indivíduo necessita de apoio ao nível da comunicação e da interação social, uma vez que possui dificuldades em iniciar interações sociais ou apresenta respostas desadequadas ou atípicas em situações nas quais se encontra perante uma interação com outros indivíduos. Para além disso, o indivíduo apresenta uma inflexibilidade em alterar rotinas e comportamentos, o que interfere no seu normal funcionamento em um ou mais contextos da sua vida e pode, também, apresentar problemas de organização e planeamento, o que pode conduzir à necessidade de existir um cuidador na sua vida. No segundo nível, o indivíduo necessita de um maior nível de suporte, uma vez que apresenta elevados défices de comunicação verbal e não verbal. Não obstante o facto de beneficiar de apoio e de suporte, este pode apresentar dificuldades significativas na interação com outras pessoas, possuindo uma rede limitada de contactos sociais. Ao nível do comportamento, a inflexibilidade das rotinas e do próprio comportamento é mais acentuada, surgindo os comportamentos repetitivos e restritos e salientando-se que o indivíduo apresenta dificuldades em mudar o foco ou a ação realizada. Por último, no terceiro nível de suporte, evidencia-se uma necessidade de suporte superior aos restantes níveis, devido à existência de elevados défices no que se refere à comunicação, ao funcionamento e à interação com outros indivíduos. No que diz respeito ao comportamento, a inflexibilidade e os comportamentos repetitivos e restritos são mais significativos e interferem com todos os contextos da vida do indivíduo (APA, 2014; Bianquin et al., 2017).

Por fim, a Síndrome do X Frágil é causada por uma anomalia no cromossoma X, ocorrendo, comummente, nos indivíduos pertencentes ao género masculino. Os indivíduos que possuem Síndrome do X Frágil apresentam características físicas distintivas como um rosto comprido com orelhas grandes e salientes e uma testa alta. Para além disso, podem ocorrer outras condições médicas associadas a esta doença, tais como convulsões, sinusite e otites, problemas de refluxo gastroesofágico, e no caso de indivíduos pertencentes ao sexo feminino, risco de falência prematura dos ovários. É comum os indivíduos com Síndrome do X Frágil

apresentarem outras perturbações associadas, nomeadamente comportamentos semelhantes à Perturbação do Espectro do Autismo, o que pode conduzir a um diagnóstico comórbido de Perturbação do Espectro do Autismo, deficiência intelectual, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e perturbação de ansiedade, incluindo de ansiedade social (Cowan, 2019). O primeiro sinal da Síndrome do X Frágil consiste nos atrasos ao nível do desenvolvimento, nomeadamente do desenvolvimento motor. Para além disso, esta é caracterizada por um défice ao nível da fala na maioria dos indivíduos pertencentes ao sexo masculino e em alguns sujeitos pertencentes ao sexo feminino. Em alguns casos, em idade escolar, os indivíduos com Síndrome do X Frágil apresentam, ainda, dificuldades ao nível do comportamento, ansiedade e dificuldades escolares (Berry-Kravis et al., 2019).

Para além das problemáticas mencionadas anteriormente, existem ainda outras que podem encontrar-se associadas à deficiência intelectual, das quais se evidenciam, por exemplo, a Síndrome de Rett (Silva et al., 2016) e a Síndrome de Dravet (Martin et al., 2010).

Deficiências ao nível da aprendizagem

No que diz respeito às deficiências ao nível da aprendizagem, estas associam-se à presença de distintos tipos específicos de dificuldades, que podem prejudicar capacidades como a leitura, a expressão escrita e a matemática (Ali & Rafi, 2016; APA, 2014; Light for the World, 2017, 2021). As perturbações ao nível da aprendizagem podem ser classificadas de acordo com a sua gravidade, que pode apresentar variações e constituir-se como leve, moderada ou grave. No que se refere à capacidade de leitura, as dificuldades podem ocorrer ao nível da precisão na leitura das palavras, da velocidade ou fluência da leitura ou da compreensão da informação lida. Por outro lado, no que diz respeito à expressão escrita, o indivíduo pode apresentar dificuldades ao nível da precisão ortográfica, da gramática e da pontuação, bem como da clareza ou da organização da expressão escrita. Por último, relativamente à matemática, as dificuldades apresentadas podem ocorrer ao nível do senso numérico, da memorização de processos aritméticos, e da precisão ou fluência do cálculo ou do raciocínio matemático (APA, 2014).

A dislexia consiste num termo alternativo utilizado para caracterizar as perturbações de aprendizagem caracterizadas pela presença de dificuldades ao nível

da leitura e da ortografia, nomeadamente no que diz respeito ao reconhecimento fluente e preciso de palavras, à descodificação (tradução de uma informação em linguagem clara) e à capacidade de soletração. Para além deste padrão de dificuldades, podem, ainda, ocorrer dificuldades de compreensão ao nível da leitura ou do raciocino matemático (APA, 2014).

A disortografia consiste num distúrbio específico da grafia de palavras (Pugliese & Pelagatti, 2021), referindo-se à existência de dificuldades significativas na transcrição do código escrito, isto é, na associação entre o código escrito, as normas ortográficas e a escrita das palavras. As dificuldades apresentadas podem residir na associação entre o som e a ortografia, na integração das normas ortográficas, ou em ambos os aspetos (Serrano, 2010), salientando-se que o indivíduo pode, por exemplo, confundir letras semelhantes ou colocar letras ou sílabas na ordem incorreta enquanto escreve (Pugliese & Pelagatti, 2021).

A discalculia refere-se à existência de uma capacidade aritmética significativamente inferior à esperada para o grupo etário do indivíduo (Pérez et al., 2016), evidenciando-se um padrão de dificuldades no processamento de informação numérica, na realização de cálculos fluentes e precisos, e na aprendizagem de factos numéricos (APA, 2014). Deste modo, os indivíduos que possuem discalculia podem apresentar dificuldades na compreensão ou na denominação de termos, operações e conceitos matemáticos, na descodificação de problemas escritos em símbolos matemáticos, em seguir sequências de passos matemáticos, no reconhecimento de símbolos numéricos e aritméticos, entre outras (Pérez et al., 2016).

Deficiências psicossociais

No que diz respeito às deficiências psicossociais, evidencia-se que estas se encontram relacionadas com a presença de uma condição psiquiátrica que possui impacto na saúde do indivíduo, na sua cognição, nas suas emoções e no seu comportamento, e que afeta o seu funcionamento em distintos contextos (Light for the World, 2021; National Mental Health Consumer & Carer Forum, 2011). Existem diversos tipos de deficiências psicossociais agudas ou crónicas, que englobam condições como as perturbações de ansiedade, as perturbações obsessivo-compulsivas, as perturbações de stress pós-traumático, as perturbações depressivas, a esquizofrenia, as perturbações bipolares, a perturbação de hiperatividade e défice

de atenção, entre outras. A frequência das deficiências psicossociais pode variar entre a ocorrência de um episódio isolado e a existência de experiências recorrentes, evidenciando-se que a maioria dos indivíduos pode beneficiar de medicação prescrita por profissionais de saúde competentes para o efeito e realizar uma vida ativa, com o suporte necessário (APA, 2014; Light for the World, 2017, 2021; Núñez & Silva, 2015).

Em relação às perturbações depressivas (PD), estas englobam diferentes diagnósticos, nomeadamente a PD Major, a PD persistente (distimia), a perturbação de desregulação do humor disruptivo, a perturbação disfórica pré-menstrual, entre outras. A Perturbação Depressiva Major consiste na condição clássica deste grupo de perturbações, acarretando a presença de sintomas como o humor deprimido, a perda de prazer no âmbito da realização de atividades que o indivíduo anteriormente valorizava, a perda ou o ganho de peso, a insónia ou a hipersónia, a agitação ou a lentificação psicomotora, a fadiga ou a perda de energia, os sentimentos de desvalorização ou de culpa excessiva, a diminuição da capacidade de raciocínio ou de concentração, os pensamentos recorrentes de morte e a ideação suicida. Esta perturbação é caracterizada por episódios distintos com pelo menos 2 semanas de duração, existindo, entre estes, períodos de remissão da sintomatologia apresentada. Os indivíduos que possuem esta perturbação podem apresentar um défice funcional ligeiro, interagindo com os demais sem que estes se apercebam dos seus sintomas depressivos. Não obstante este facto, os défices podem também conduzir a uma incapacidade funcional total, levando a que o indivíduo não seja capaz de realizar as suas necessidades básicas de autocuidado (APA, 2014).

No que diz respeito à esquizofrenia, esta consiste numa perturbação psicótica, na qual os indivíduos experienciam uma variedade de sintomas, incluindo sintomas positivos, que compreendem as alucinações (que podem ser auditivas, visuais, táteis, olfativas ou cinestésicas), os delírios (ideias individuais que são inabaláveis para o indivíduo, mesmo face a argumentação lógica, e que não são compreensíveis numa perspetiva social, cultural ou religiosa), e a desorganização do pensamento, do discurso (por exemplo, o indivíduo pode demonstrar dificuldade em manter uma conversa, realizar associações em assuntos sem qualquer relação, e apresentar um discurso completamente ilógico e incompreensível, utilizando palavras isoladas sem qualquer sentido) e do comportamento (que inclui a presença de agressividade, de isolamento ou de comportamentos e atitudes bizarras),

e sintomas negativos, que refletem um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais e que integram a apatia, a amotivação, o desinteresse, a abulia e a falta de iniciativa, a anedonia, o embotamento afetivo e a pobreza de discurso (Afonso, 2014; APA, 2014; Beidel & Hersen, 2012). A esquizofrenia é considerada a doença psiquiátrica mais debilitante no adulto, possuindo enormes custos para o indivíduo, não apenas a nível pessoal, como também a nível social, familiar e ocupacional, salientando-se que o impacto desta perturbação no seu funcionamento ao longo da vida se torna avassalador. No entanto, apesar da severidade desta patologia, os avanços no seu tratamento têm possibilitado a esperança de melhorar a qualidade de vida destes indivíduos (Beidel & Hersen, 2012).

No que se refere à Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, esta consiste numa perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por um padrão persistente de desatenção e/ou de hiperatividade-impulsividade que interfere no desenvolvimento e no funcionamento adequado do indivíduo (Antshel & Barkley, 2018; APA, 2014). A desatenção manifesta-se através da divagação em tarefas, da falta de persistência, da dificuldade em manter-se focado e da desorganização. No que diz respeito à hiperatividade, esta caracteriza-se pela existência de uma atividade motora excessiva e desadequada, incluindo mexer-se e falar de forma excessiva. Por fim, a impulsividade refere-se a ações precipitadas, podendo representar um risco para o próprio indivíduo (por exemplo, este proceder à realização de ações como atravessar a rua sem verificar se existem veículos em andamento) (APA, 2014). Esta perturbação tende a surgir na infância, interferindo com o adequado funcionamento do indivíduo nos vários contextos nos quais este se encontra inserido (Antshel & Barkley, 2018).

Cuidadores informais de indivíduos idosos

O envelhecimento

No decurso dos últimos séculos, tem-se constatado um crescimento significativo da população, que teve início nas sociedades ocidentais e que evoluiu, progressivamente, à escala mundial (Almeida, 2012; Sabzwari et al., 2016). O decréscimo das taxas de fertilidade e de natalidade, a melhoria das condições económicas dos indivíduos, a modificação progressiva dos seus hábitos e estilos de vida, a promoção da eficácia, efetividade e eficiência dos cuidados preventivos, terapêuticos e de suporte, a redução da taxa de mortalidade e, consequentemente, o aumento da esperança média de vida deram origem a um envelhecimento progressivo da população, particularmente evidente nos países desenvolvidos (Carrilho & Patrício, 2010; Carvalho & Mota, 2012; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2014; Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009; Pinto et al., 2019; Ribeiro & Pinto, 2014).

O envelhecimento da população vincula-se, não apenas ao aumento da idade média populacional, mas também ao crescimento da proporção de indivíduos idosos na população (Phillipson, 2013). Em 2015, 2,1 milhões de pessoas, que correspondem a cerca de 20% da população portuguesa, possuíam 65 ou mais anos. A proporção de idosos na população tem vindo a apresentar um crescimento gradual, presumindo-se que esta tendência se mantenha no futuro. De acordo com as projeções nacionais, prevê-se que, em 2030, os idosos representem cerca de 26% da população e que, em 2060, esta percentagem aumente para 29%. Para além disso, prevê-se que o número de pessoas com idade igual ou superior a 80 anos apresente mais do que uma duplicação entre 2015 e 2060, projetando-se que passe dos 614.000 para os 1.421.000 indivíduos (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2017).

O envelhecimento constitui-se como um fenómeno intrínseco à condição humana, que se encontra presente ao longo do ciclo de vida, iniciando-se com a conceção e terminando com o momento da morte do indivíduo (Chalise, 2019;

García & Maya, 2014). Este pode ser considerado normal (senescência) ou pode ser marcado por determinadas condições que interferem com a funcionalidade do indivíduo, prejudicando a realização das suas atividades de vida diária (senilidade) (Manfrim & Schmidt, 2011). O envelhecimento pode ser definido como um processo no qual ocorre uma progressiva deterioração da função fisiológica do indivíduo e um aumento da sua vulnerabilidade à ocorrência de lesões e da probabilidade de morte (Pinto et al., 2019). Deste modo, o envelhecimento acarreta a existência de diversas alterações biológicas (Chalise, 2019; García & Maya, 2014), observando-se um declínio das funções corporais, que origina, consequentemente, uma maior fragilidade e suscetibilidade do organismo ao desenvolvimento de doenças (Almeida, 2012; Chalise, 2019). As alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento humano ocorrem em todas as células, tecidos e órgãos do organismo, e afetam o funcionamento dos sistemas corporais do indivíduo (Chalise, 2019). No que diz respeito às alterações externas, evidencia-se a existência de modificações no cabelo, nas unhas e na pele, que alteram, consequentemente, a sua aparência. No que se refere às alterações sensoriais ocorrentes, é possível observar um declínio do paladar, do olfato, da visão e da audição no decorrer do processo de envelhecimento, que pode interferir significativamente no quotidiano do indivíduo idoso, prejudicando-o e originando outro tipo de problemas. Por fim, evidencia-se ainda a possibilidade de ocorrência de alterações e o surgimento de determinadas problemáticas ao nível do sistema orgânico, nomeadamente do sistema cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, urinário, reprodutivo, musculoesquelético e do sistema nervoso central. Não obstante a possível presença de um declínio nestes sistemas, constata-se que a maioria das funções tende a permanecer estável no decurso da vida, tendo em consideração o facto de a generalidade dos órgãos possuir uma capacidade funcional superior àquela de que o corpo efetivamente necessita (Chalise, 2019; Papalia et al., 2013; Salech et al., 2012).

Ao longo do processo de envelhecimento, é também possível observar determinadas alterações ao nível psicológico, nomeadamente mudanças cognitivas, que ocorrem nos domínios da memória, da atenção, da velocidade de processamento e da inteligência (Foo et al., 2019; Salech et al., 2012), e mudanças associadas à capacidade de aprendizagem, à personalidade e às estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (Chalise, 2019). Relativamente à memória, constata-se que os indivíduos idosos apresentam, tendencialmente, dificuldades mais significativas

no âmbito da recordação de acontecimentos que ocorreram mais recentemente (memória a curto-prazo), quando em comparação com situações que se sucederam num passado distante. É possível, ainda, verificar que a memória de trabalho e a memória episódica apresentam, frequentemente, uma menor eficiência no decorrer do envelhecimento, evidenciando-se que a memória episódica se constitui como o tipo de memória que demonstra um declínio gradual mais precoce (Chalise, 2019; Papalia et al., 2013; Pinho, 2012; Salech et al., 2012). Não obstante os declínios que ocorrem em determinados domínios, salienta-se que o cérebro humano possui a capacidade de compensar as perdas existentes, recorrendo à utilização de outras áreas e circuitos que permanecem intactos (Papalia et al., 2013). No que se refere à capacidade de atenção, apesar de esta apresentar a tendência para se manter estável ao longo do tempo, verifica-se que o processo de envelhecimento pode encontrar-se associado a uma diminuição da capacidade para realizar tarefas complexas que exijam uma divisão da atenção ou a ocorrência de mudanças no foco atencional (WHO, 2015). Relativamente à inteligência, salienta-se a existência de alterações neste domínio no decorrer do ciclo de vida, que ocorrem em função da plasticidade inerente ao funcionamento cerebral humano (Bastos et al., 2012). Existem determinadas capacidades relacionadas com a inteligência que podem sofrer um declínio ao longo do processo de envelhecimento, designadamente a velocidade de processamento da informação, que, geralmente, apresenta uma lentificação (Papalia et al., 2013; Salech et al., 2012) e o raciocínio abstrato (Papalia et al., 2013). Em relação à capacidade de aprendizagem, constata-se que, na terceira idade, esta pode ser dificultada pela presença de uma doença ou de uma perturbação, pela existência de problemas auditivos ou visuais, pelo consumo excessivo de medicação, pela exposição a stress (Chalise, 2019; Papalia et al., 2013), ou pela realização de uma avaliação imprecisa relativamente ao que deve ser aprendido (Nassar et al., 2016). Nesta etapa da vida, a promoção de competências referentes à aprendizagem apresenta diversos benefícios, designadamente no que diz respeito à manutenção das funções cognitivas dos indivíduos idosos, dos seus respetivos recursos psicológicos (em particular, da sua perceção de autoeficácia) e do seu funcionamento social (Salomėja, 2015). No que se refere à personalidade, é fundamental salientar que, no decorrer da terceira idade, esta se mantém ainda inacabada ou incompleta, sendo da responsabilidade do indivíduo prosseguir com a sua construção (Lima, 2012). Deste modo,

apesar de existir alguma consistência e estabilidade na personalidade ao longo do tempo, verifica-se que esta é influenciada pela genética e pelas escolhas de vida do indivíduo, e que se encontra sujeita às influências contínuas de um mundo biológico e social em transformação (Papalia et al., 2013). Atendendo ao exposto previamente, constata-se que esta pode ser alvo de alterações devido à ocorrência de lesões cerebrais ou de atrofias causadas por doenças neurodegenerativas ou pelo próprio processo de envelhecimento (Kapogiannis et al., 2012). Por fim, no que diz respeito às estratégias de *coping* utilizadas, observa-se que, face às alterações e perdas que ocorrem na terceira idade, o sujeito idoso tende a recorrer a estratégias que permitem diminuir o seu impacto potencialmente prejudicial, nomeadamente a estratégias de *coping* centradas no problema ou a estratégias de *coping* centradas na emoção. As estratégias centradas no problema encontram-se direcionadas para a eliminação, diminuição ou melhoria de uma situação que evoca stress. Por outro lado, as estratégias que se centram na emoção encontram-se orientadas para a gestão da resposta emocional do indivíduo face a uma situação stressante, com o intuito de minimizar o seu impacto ao nível físico e/ou psicológico. Os idosos demonstram uma maior versatilidade na utilização de ambos os tipos de estratégias, apresentando facilidade em alternar entre estratégias centradas no problema e estratégias centradas na emoção em circunstâncias nas quais as primeiras são compreendidas como ineficazes e contraproducentes. Para além disso, estes tendem, ainda, a recorrer com maior frequência a estratégias de *coping* centradas na emoção, comparativamente a sujeitos mais jovens (Afonso, 2012; Papalia et al., 2013). Neste âmbito, importa salientar que, tendo em consideração que os padrões de *coping* podem ser aprendidos, os indivíduos idosos que recorrem à utilização de estratégias de *coping* disfuncionais, são capazes de as modificar e de desenvolver estratégias mais adequadas, o que permite, consequentemente, promover o sucesso do seu processo de envelhecimento (Tovel & Carmel, 2013).

O ritmo de envelhecimento apresentado por cada indivíduo é determinado não apenas por fatores genéticos, mas também por fatores ambientais, que influenciam a sua suscetibilidade a acidentes (como quedas) e ao desenvolvimento de doenças crónicas (Pinto et al., 2019). A prevalência de um número acrescido de doenças crónicas, que resulta do aumento da esperança média de vida (Ribeiro & Pinto, 2014), origina um crescimento considerável de indivíduos que se encontram

em situação de dependência e cujos cuidados são prestados em contexto familiar (Peña et al., 2014; Pickard, 2015; Ribeiro & Pinto, 2014).

A situação de dependência não ocorre exclusivamente em indivíduos pertencentes a uma determinada faixa-etária, contudo, a maior prevalência observa-se na população idosa (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009). Os idosos podem ser classificados de acordo com o seu grau de dependência, considerando-se como "idosos muito dependentes" aqueles que possuem uma idade superior a 85 anos e cuja dependência se deve ao envelhecimento natural ou ao surgimento de uma doença, como "idosos dependentes" aqueles cuja dependência resulta de uma doença crónica que exige tratamentos médicos constantes, e como "idosos independentes" aqueles que possuem as suas capacidades preservadas mas que podem encontrar-se inativos, por opção própria, e que, apesar de apresentarem autonomia, necessitam de algum grau de acompanhamento familiar. Estas três categorias envolvem, deste modo, distintos padrões de incapacidade, de fragilidade e de enfraquecimento (Pinto et al., 2019).

Existem determinadas condições que propiciam a ocorrência de situações de dependência em indivíduos idosos, nomeadamente o facto de esta fase de vida acarretar determinadas complicações que podem deteriorar a sua saúde e aumentar o risco de morte. Nesta etapa, os idosos enfrentam, comummente, a multimorbilidade, a cronicidade de doenças, a perda de capacidades funcionais físicas e psicológicas, o incremento da fragilidade ou a incapacidade (temporária ou permanente), sendo que todas estas se encontram vinculadas, em menor ou maior grau, à diminuição da sua autonomia e da sua independência (Botero & Campos, 2014). Neste âmbito, salienta-se que o declínio funcional associado ao processo de envelhecimento, aliado ao surgimento e ao agravamento de doenças e à ocorrência de acidentes, consistem nos principais fatores que podem conduzir o idoso à situação de dependência (Ribeiro et al., 2014; Sequeira, 2010).

Estima-se que, na Europa, exista um aumento do rácio de dependência em indivíduos idosos de 27,5% em 2013 para, aproximadamente, 50% em 2050 (Kotzeva, 2014). Em Portugal, no ano de 2019, verificou-se um rácio de dependência em idosos de 34,2%, observando-se que a região que possuía um maior rácio de idosos dependentes consistia no Alentejo (41,1%), seguida da região Centro (38,5%) e da Área Metropolitana de Lisboa (35,3%). Para além disso, salienta-se que, nesse mesmo ano, a Região Autónoma da Madeira e a Região

Autónoma dos Açores apresentavam as menores percentagens de indivíduos idosos dependentes, com um rácio de 24,1% e de 21,2% respetivamente (PORDATA, 2020).

No que se refere às características sociodemográficas dos indivíduos idosos dependentes verifica-se que estes pertencem, geralmente, ao sexo feminino (tendo em consideração a sua maior longevidade), possuem uma idade igual ou superior a 80 anos, apresentam um baixo nível de escolaridade, são casados, vivem em união de facto ou são viúvos e encontram-se a auferir uma pensão ou reforma (Ribeiro et al., 2014).

A dependência manifestada pelos indivíduos idosos no âmbito da realização de atividades de vida diária tende a aumentar de 5% na faixa etária dos 60 anos para 50% em idosos com 90 ou mais anos (Ministério da Saúde, 2007). Estes apresentam um grau mais elevado de dependência na preparação e na ingestão de medicação e em tarefas que exigem capacidades como a amplitude e a coordenação de movimentos, a coordenação motora fina e grossa, a destreza manual, a força muscular dos membros superiores e inferiores e o equilíbrio do corpo. Estas capacidades são necessárias em atividades como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, despir-se, levantar-se, virar-se, utilizar uma cadeira de rodas, entre outras atividades realizadas no quotidiano e para as quais estes podem necessitar de auxílio (Ribeiro et al., 2014).

O aumento da dependência dos indivíduos idosos promove sentimentos de solidão, que são incrementados em casos nos quais estes são viúvos ou divorciados, residem com um filho ou possuem uma doença crónica (Hacihasanoglu et al., 2012). Deste modo, salienta-se que a dependência funcional destes se encontra associada a uma diminuição da sua saúde e do seu bem-estar, ao desenvolvimento de sintomatologia ansiosa, a uma maior probabilidade de ocorrência de uma perturbação depressiva e a uma redução da sua satisfação e da sua respetiva qualidade de vida (Díaz et al., 2014; Loredo-Figueroa et al., 2016; Runzer-Colmenares et al., 2017).

Em suma, não obstante o facto de o aumento da esperança média de vida consistir numa conquista significativa, verifica-se que este acarreta alterações no que se refere às principais causas de mortalidade e de morbilidade, dado que associado a este surge, simultaneamente, um incremento do risco de surgimento de doenças crónicas e degenerativas (DGS, 2014). Face a esta realidade, torna-se

desejável que o aumento da esperança média de vida se encontre associado à presença de autonomia, de qualidade de vida e de integração na sociedade, sendo para isso necessário recorrer-se à promoção das capacidades individuais de cada idoso (Pinto et al., 2019). Neste sentido, torna-se imprescindível estudar e acompanhar a evolução demográfica existente, com o objetivo de se proceder à antecipação de possíveis cenários e à formulação de respostas face aos desafios que podem surgir no âmbito da prestação de cuidados e do acompanhamento aos indivíduos idosos, procurando aferir-se e monitorizar-se as necessidades específicas desta população (DGS, 2014).

Doenças mais comuns na população idosa

Entre os anos de 2000 e de 2015, observou-se um aumento da esperança média de vida em Portugal para os 81,3 anos, verificando-se que esta média é superior à média da união europeia (80,6 anos) no decorrer do mesmo período (European Comission, 2017). Não obstante este facto, salienta-se, igualmente, que Portugal consiste num dos países que apresentam um menor número de anos de vida saudável vividos após os 65 anos de idade, o que reflete que, apesar de os indivíduos tenderem a viver um número mais alargado de anos, estes vivem com mais doenças, tais como a diabetes, a obesidade, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e as doenças oncológicas (Ministério da Saúde, 2018). A nível mundial, verifica-se que cerca de 23% da carga global das doenças existentes afeta indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, evidenciando-se a relevância das doenças crónicas (WHO, 2002).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as doenças crónicas consistem em doenças que apresentam uma duração prolongada (anos ou décadas) e uma progressão lenta, referindo-se a condições que requerem um tratamento continuado no tempo (Veríssimo, 2019; WHO, 2002, 2018), e que representam a principal causa de mortalidade a nível mundial (Alwan, 2010; Busse et al., 2010). Estas podem afetar as funções fisiológicas, anatómicas ou psicológicas do indivíduo, causando limitações funcionais e originando a perda de qualidade de vida (Veríssimo, 2019). As doenças crónicas surgem, geralmente, como resultado da melhoria das condições de saúde da população (Alwan, 2010) e do

consequente aumento da esperança média de vida (Rodrigues et al., 2018), e resultam de uma agregação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (WHO, 2018), evidenciando-se que estes últimos incluem o excesso de peso, a presença de hábitos alimentares prejudiciais e a realização de dietas pouco saudáveis, o sedentarismo e a inatividade física, o tabagismo e o alcoolismo (Busse et al., 2010; Ministério da Saúde, 2018; Prazeres & Santiago, 2015; Shad et al., 2016). Neste sentido, constata-se que, em Portugal, os adultos mais velhos são considerados como um grupo vulnerável no que diz respeito ao desenvolvimento de doenças crónicas devido a fatores como a presença de condições socioeconómicas desfavoráveis e a adoção de comportamentos e de estilos de vida pouco saudáveis (Rodrigues et al., 2018).

No que se refere aos principais tipos de doenças crónicas, destacam-se as doenças cardiovasculares (nomeadamente a hipertensão, os acidentes vasculares cerebrais e os ataques cardíacos), as doenças oncológicas, as doenças respiratórias crónicas (designadamente a doença pulmonar obstrutiva crónica), a diabetes (Busse et al., 2010; WHO, 2002, 2018), as doenças reumáticas e musculoesqueléticas, e as perturbações neurológicas e mentais (como a demência e as perturbações depressivas). As doenças crónicas podem surgir em simultâneo (Busse et al., 2010; Prazeres & Santiago, 2015; Prince et al., 2015; Shad et al., 2016; WHO, 2002), salientando-se, deste modo, o conceito de multimorbilidade, que corresponde à coexistência de duas ou mais doenças crónicas e que tem vindo a apresentar, progressivamente, uma maior prevalência entre os adultos mais velhos (Fernández-Niño & Bustos-Vázquez, 2016; Rodrigues et al., 2018).

No que diz respeito à população portuguesa, verifica-se que as doenças crónicas mais prevalentes consistem na hipertensão arterial (57,3%), nas doenças reumáticas (51,9%), na hipercolesterolemia (49,4%) e na diabetes (22,7%), observando-se ainda que a sintomatologia depressiva (11,8%) é frequente e apresenta um aumento ao longo dos grupos etários (Rodrigues et al., 2018). Para além disso, em Portugal, destacam-se ainda as doenças musculoesqueléticas (como as lombalgias e a cervicalgia), as doenças de pele (nomeadamente a acne, a dermatite e a psoríase) e as enxaquecas (DGS, 2015).

Contudo, relativamente às principais causas de morbilidade, constata-se a existência de diferenças entre sexos a partir dos 70 anos de idade, verificando-se que no caso dos indivíduos do sexo feminino se evidencia uma predominância

de doenças dos órgãos dos sentidos, da lombalgia e da cervicalgia, da Doença de Alzheimer e de outras demências, das perturbações depressivas e das doenças orais. Por outro lado, no caso dos indivíduos pertencentes ao sexo masculino, manifestam-se com maior predominância as doenças dos órgãos dos sentidos, a lombalgia e a cervicalgia, a diabetes, as doenças cerebrovasculares, e a Doença de Alzheimer e outras demências (Ministério da Saúde, 2018).

Nos países europeus, as doenças crónicas representam 80% da mortalidade, verificando-se que as doenças associadas ao aparelho circulatório se constituem como as principais causas de mortalidade (Busse et al., 2010; Ministério da Saúde, 2018). No que diz respeito, especificamente, a Portugal, observa-se que as doenças crónicas não transmissíveis se constituem como responsáveis por 88% dos anos de vida vividos com incapacidades, salientando-se, neste âmbito, as perturbações musculoesqueléticas (30,5%) e as perturbações mentais e do comportamento (20,5%) (DGS, 2015). Por outro lado, as doenças que apresentam uma taxa de mortalidade mais elevada a nível nacional, consistem nas doenças cérebro-cardiovasculares e nas doenças oncológicas, seguidas pelas doenças respiratórias e pela diabetes (Ministério da Saúde, 2018).

Não obstante o referido anteriormente, tem-se assistido a um aumento da sobrevivência dos indivíduos acometidos por doenças crónicas, e concomitantemente, à perda de funcionalidade por parte dos sujeitos com idades mais avançadas (Suzman et al., 2015). Atualmente, a existência de indivíduos idosos dependentes devido à presença de doenças agudas ou crónicas consiste num aspeto frequente em contexto familiar (Gonçalves et al., 2011), verificando-se que a carga da doença e a consequente redução do bem-estar dos sujeitos afetam também as suas famílias, o sistema de saúde, o sistema social e a economia dos diversos países (WHO, 2014).

Em suma, verifica-se que o avançar da idade se encontra associado a uma deterioração do estado de saúde dos indivíduos a nível biológico, psicológico e sociocultural, aumentando, consequentemente, a necessidade e a procura de cuidados de saúde (Barros, 2013). Esta realidade impõe novos desafios à organização dos serviços de saúde, exigindo respostas direcionadas para o acompanhamento e para o tratamento das doenças crónicas, que tenham em consideração o aumento da multimorbilidade existente (Campos & Simões, 2011).

Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares consistem em condições que afetam o sistema circulatório, que engloba o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares), salientando-se que aquelas que possuem maior gravidade afetam as artérias coronárias e as artérias cerebrais (Bourbon et al., 2016; Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Sánchez-Arias et al., 2016). Existem diversos fatores de risco que podem contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, salientando-se que estes podem ser modificáveis ou não modificáveis. No que se refere aos fatores modificáveis, estes englobam o açúcar elevado no sangue (hiperglicémia), o colesterol elevado (hipercolesterolemia), os triglicéridos elevados (hipertrigliceridemia), a pressão arterial elevada (hipertensão arterial), a fibrilação arterial, o excesso de peso e a obesidade, o tabagismo (incluindo o fumo passivo), o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a ausência ou pouca prática de exercício físico (sedentarismo). No que se refere aos fatores de risco não modificáveis, estes englobam o aumento da idade, o sexo (pertencer ao sexo masculino), a genética, a etnicidade e a história familiar (Bourbon et al., 2016; Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Lo Coco et al., 2016; Mongil & García, 2013; Ribeiro et al., 2013; Wilkins et al., 2017). As doenças cardiovasculares surgem, maioritariamente, em indivíduos com idades mais avançadas e com história familiar de doença, salientando-se que os sintomas que se lhe encontram associados são diversificados e incluem alterações no ritmo cardíaco, dificuldades em respirar, dor no peito e desmaio. Este tipo de sintomatologia surge, geralmente, em momentos nos quais a doença já se encontra presente, o que dificulta, consequentemente, a sua prevenção (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016).

As doenças cardiovasculares podem englobar a aterosclerose, a hipertensão arterial, a doença cerebrovascular, nomeadamente o AVC, e a doença isquémica cardíaca, que possui distintas formas de apresentação clínica, tal como o enfarte agudo do miocárdio (Andrade et al., 2018; DGS, 2016; Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Ribeiro et al., 2013), verificando-se que os AVC's apresentam uma prevalência superior à doença isquémica cardíaca (DGS, 2016), não obstante o facto de ambas consistirem nas principais causas de morte a nível nacional (Ribeiro et al., 2013; Rocha & Nogueira, 2015).

A aterosclerose consiste numa doença inflamatória que se caracteriza pela acumulação de depósitos (placas) de diversas substâncias (nomeadamente de gordura e de cálcio) nas paredes das artérias que dificultam ou impedem, consequentemente, a circulação do sangue. Esta refere-se a uma doença lenta, progressiva e silenciosa, que pode surgir na infância e não causar qualquer tipo de sintomas até aos 50/70 anos, e que consiste na principal causa de doenças cardíacas severas e frequentes, nomeadamente do enfarte agudo do miocárdio e do AVC (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Mongil & García, 2013).

A hipertensão arterial consiste numa doença crónica que se caracteriza pelo aumento da pressão do sangue nas paredes das artérias (Bourbon et al., 2016; Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Guarnaluses, 2016; Tagle, 2018). Os sintomas da hipertensão englobam as tonturas, as hemorragias nasais e as dores de cabeça (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016). Esta constitui-se como uma condição que apresenta uma elevada prevalência em indivíduos idosos, acometendo mais de 60% dos sujeitos com idade superior a 65 anos, devido ao facto de as artérias se tornarem mais rígidas com a progressão da idade (Veríssimo, 2019). A hipertensão arterial não controlada constitui-se como um importante fator de risco para a ocorrência de aterosclerose, de AVC's, de enfartes do miocárdio e de complicações vasculares periféricas, sendo, por esse motivo, fundamental proceder-se ao seu diagnóstico e respetivo tratamento, que em determinados casos envolve o recurso a fármacos (Bourbon et al., 2016; Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Tagle, 2018; Veríssimo, 2019).

O AVC diz respeito à ocorrência de uma interrupção da irrigação sanguínea do cérebro que provoca a morte das células cerebrais (devido à ausência de oxigénio e de outros nutrientes), e que conduz a que determinadas partes do cérebro deixem de funcionar devidamente (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Veríssimo, 2019). Este ocorre numa região vascular cerebral limitada, podendo ser hemorrágico ou isquémico (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Sacco et al., 2013). No que se refere aos acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos, verifica-se que estes representam, aproximadamente, 13% de todos os AVC's e que se devem à rutura de um vaso sanguíneo que pode causar uma hemorragia intracranial ou subaracnoídea (as células cerebrais são inundadas pelo sangue a partir de uma artéria que se rompe). Por outro lado, no que diz respeito aos acidentes vasculares cerebrais isquémicos, salienta-se que estes representam cerca de 87%

de todos os AVC's e que ocorrem devido à existência de um desequilíbrio entre o fluxo sanguíneo e o suprimento de oxigênio numa determinada área do cérebro, sendo que a baixa irrigação de sangue (hipoperfusão cerebral) pode ser decorrente de uma trombose, placa aterosclerótica ou embolia. Neste sentido, verifica-se que os AVC's isquémicos resultam de um entupimento dos vasos sanguíneos cerebrais, que origina um bloqueio do fluxo de sangue (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Miller & Mink, 2010).

A ocorrência de um AVC pode reconhecer-se através da regra dos 5 F's, que engloba a face (esta pode ficar assimétrica de forma súbita, com um dos "cantos da boca" ou uma das pálpebras descaídos), a força (é comum um braço ou uma perna perder subitamente a força ou ocorrer uma súbita falta de equilíbrio), a fala (esta pode parecer estranha ou incompreensível, o discurso pode não fazer sentido e o indivíduo pode aparentar não compreender o que lhe é dito), a falta de visão súbita (a perda súbita de visão, de um ou de ambos os olhos, assim como a visão dupla), e a forte dor de cabeça (dor de cabeça súbita e muito intensa, diferente do padrão habitual e sem causa aparente) (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016).

O AVC constitui-se como uma das patologias que pode contribuir para a existência de problemas ao nível da linguagem, originando determinadas sequelas, como as afasias, que consistem em alterações da linguagem decorrentes de uma lesão cerebral e que se caracterizam por erros ao nível da produção, da denominação ou da compreensão da linguagem (Peña et al., 2018). Neste sentido, verifica-se que em situações nas quais o AVC não se constitui como letal, pode originar determinadas limitações para o indivíduo, nomeadamente incapacidade funcional e cognitiva (que se observa em cerca de 45% dos sujeitos que sobrevivem), conduzindo a que estes se tornem dependentes de cuidados, após a obtenção de alta hospitalar (Benjamin et al., 2017).

Após a ocorrência de um AVC e o surgimento da respetiva sintomatologia, existe um período de tempo limitado no que diz respeito às opções de tratamento, na medida em que as células cerebrais morrem pouco tempo após a ocorrência do mesmo. Por este motivo, a prevenção do AVC tem consistido num fator imprescindível no âmbito da gestão desta patologia. Não obstante este facto, ainda se verificam diversos desafios no que diz respeito à sua prevenção (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Lackland et al., 2014).

No que se refere ao enfarte agudo do miocárdio, este diz respeito a uma situação na qual existe uma interrupção abrupta do fluxo sanguíneo que chega ao coração devido, geralmente, à obstrução de uma artéria coronária (como consequência, por exemplo, da existência de um coágulo de sangue), o que conduz a que o músculo cardíaco (miocárdio) que se encontra dependente dessa artéria seja destruído ou pare de funcionar por falta de oxigénio. Os sintomas característicos de um enfarte do miocárdio incluem a dor no meio do peito que se estende até às costas, ao maxilar, ao braço esquerdo ou, com menor frequência, ao braço direito, salientando-se que esta pode aparecer em uma ou várias destas localizações e não no peito, ou pode sentir-se também no abdómen (embora com menor frequência), a sensação de desfalecimento e de um forte martelar do coração, a inquietação, a sudorese, a ansiedade, a sensação de morte iminente e, no caso de indivíduos idosos, a desorientação. A capacidade do coração para continuar a bombear sangue após a ocorrência de um enfarte depende da extensão e da localização do tecido lesionado. Em situações nas quais o enfarte do miocárdio envolve a morte de parte das células do coração, podem surgir outras complicações crónicas, nomeadamente as arritmias e a insuficiência cardíaca (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Veríssimo, 2019). As arritmias referem-se a alterações no ritmo cardíaco, isto é, à existência de batimentos irregulares do coração, e consistem numa condição frequente em indivíduos idosos, divergindo na sua gravidade de acordo com os distintos tipos. Estas surgem em situações nas quais ocorre uma alteração da frequência, da regularidade, do ponto de origem ou da trajetória dos impulsos elétricos e podem iniciar-se através de mecanismos fisiológicos como o stress e não possuir qualquer tipo de consequência, ou resultar de doenças graves e acarretar consequências significativas para o organismo, caso não sejam devidamente tratadas. A fibrilação auricular refere-se a uma alteração do ritmo cardíaco caracterizada por uma atividade auricular rápida e desorganizada com uma resposta ventricular variável que pode dar origem a uma contração cardíaca ineficaz. Esta consiste no tipo de arritmia mais frequente nesta fase da vida, salientando-se que os idosos que possuem este diagnóstico devem realizar medicação para prevenir a ocorrência de um AVC (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Mongil & García, 2013; Pinski, 2013; Veríssimo, 2019). Por outro lado, a insuficiência cardíaca diz respeito à incapacidade de o coração bombear eficazmente o sangue para o resto do organismo, devido a uma anomalia na sua estrutura

ou na sua função, consistindo numa condição clínica bastante frequente na terceira idade e que acarreta graves incapacidades para o indivíduo. Existem diversas causas que podem originar a insuficiência cardíaca, para além das sequelas que derivam dos enfartes do miocárdio, nomeadamente a existência de hipertensão arterial ou de outras doenças cardíacas, ou o próprio processo de envelhecimento, que conduz à substituição das células do coração por tecido fibroso, tornando-o cada vez mais rígido (Homem et al., 2019; Mongil & García, 2013; Veríssimo, 2019). Os principais sintomas da insuficiência cardíaca consistem na falta de ar, na tosse, no cansaço fácil face a pequenos esforços, no edema dos membros inferiores e na retenção de líquidos, salientando-se que os indivíduos que possuem esta condição podem ainda apresentar sonolência e confusão. Esta consiste numa doença crónica que não possui cura, salientando-se que a medicação pode auxiliar a minimizar os sintomas existentes e a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos por esta condição e que a adoção de uma dieta equilibrada e de um estilo de vida saudável possui também efeitos positivos sobre esta doença (Homem et al., 2019; Mongil & García, 2013).

Evidencia-se que existem determinadas formas de prevenção das doenças cardiovasculares, nomeadamente a prática de atividade física, a adoção de hábitos alimentares saudáveis (nomeadamente a ingestão de uma maior quantidade de fruta, de vegetais, de fibras e de peixe e a redução do consumo de gorduras, de açúcar e de sal), o controlo do peso, da tensão arterial, do colesterol e da glicemia (açúcar no sangue), a cessação do tabagismo e a evitação do stress excessivo (Bourbon et al., 2016; Fundação Calouste Gulbenkian, 2016; Wilkins et al., 2017).

As doenças cardiovasculares consistem nas principais causas de morte em todo o mundo, evidenciando-se que, anualmente, morrem 17 milhões de pessoas devido a doenças cardíacas, em particular a enfartes do miocárdio e a AVC's, e estimando-se que este número aumente para 23,3 milhões em 2030 (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016). As doenças cardiovasculares apresentam um crescimento na Europa (Rocha & Nogueira, 2015; Wilkins et al., 2017), causando mais mortes do que qualquer outra doença (com mais de 4 milhões de óbitos por ano) e um número elevado de hospitalizações, o que lhes acrescenta um peso significativo (Nichols et al., 2014; Rocha & Nogueira, 2015). Em Portugal, estas representam a principal causa de morte em ambos os sexos (Coelho & Nunes, 2015; Ribeiro et al., 2013; Rocha & Nogueira, 2015), a partir dos 50 anos de

idade, particularmente na faixa etária entre os 60 e os 79 anos (Coelho & Nunes, 2015). Assim, não obstante o facto de se verificar uma evolução no que se refere à prevenção e ao tratamento das doenças cardiovasculares, continua a ser crucial diminuir o número de mortes precoces e retardar a sua progressão (Rocha & Nogueira, 2015). Por este motivo, é fundamental proceder-se a uma contínua promoção e educação para a saúde com enfoque nos estilos de vida e nos fatores de risco existentes (Andrade et al., 2018; Rocha & Nogueira, 2015), o que, por sua vez, irá contribuir para a diminuição da mortalidade causada por outras doenças crónicas tais como as doenças oncológicas, a diabetes e as doenças respiratórias, devido ao facto de estas possuírem fatores de risco idênticos aos das doenças cardiovasculares (Rocha & Nogueira, 2015).

Doenças oncológicas

Do ponto de vista da saúde pública e a nível epidemiológico, a doença oncológica é considerada uma condição de saúde alarmante (OMS, 2018). A palavra "cancro" encontra-se, comummente, associada ao termo neoplasia maligna. O termo neoplasia, ou tumor, descreve a formação de novas células ou de tecido, salientando-se que esta pode ser benigna ou maligna. As neoplasias benignas abrangem células idênticas ao tecido de origem, que permanecem agregadas, que não possuem capacidade metástica (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva [INCA], 2018; Stephens & Aigner, 2009) e que apresentam um desenvolvimento expansivo, salientando-se que estas englobam o lipoma, o mioma e o adenoma (INCA, 2018). Por outro lado, as neoplasias malignas englobam células que são distintas do tecido normal, que se multiplicam de forma descontrolada, e que possuem um desenvolvimento de caráter infiltrativo, salientando-se que o tumor resulta da divisão e do crescimento descontrolado de uma determinada célula danificada que pode espalhar-se por outros órgãos e tecidos, processo comummente denominado de metástases (American Cancer Society, 2019; INCA, 2018; Salazar & Sánchez, 2014; Sobrinho Simões, 2014; Stephens & Aigner, 2009; WHO, 2020).

A denominação do cancro apresenta variações de acordo com a localização inicial do crescimento celular (INCA, 2018; Sobrinho Simões, 2014; Stephens & Aigner, 2009). As manifestações clínicas malignas mais frequentes da doença

oncológica surgem, geralmente, em locais como o pulmão, a mama, o colorretal, a próstata, a pele e o estômago (OMS, 2018). Os tumores malignos podem ser denominados de carcinomas, que se desenvolvem a partir de células de origem epitelial e que surgem, por exemplo, no pulmão, na mama ou no cólon, ou de sarcomas, que consistem em tumores que se desenvolvem a partir do tecido conjuntivo, como o músculo, a cartilagem, o osso, a fáscia, os nervos ou os vasos sanguíneos ou a partir da gordura. Para além disso, salienta-se ainda a existência do cancro do sistema nervoso central, cujo local de origem consiste no cérebro ou na medula espinal (Cancer Support Community, 2014; Salazar & Sánchez, 2014; Sobrinho Simões, 2014; Stephens & Aigner, 2009)

Existem diversos fatores que podem contribuir para o desenvolvimento desta doença, nomeadamente fatores não modificáveis, como questões genéticas, a idade, a etnia ou raça e o género, e fatores modificáveis como o tabagismo (ativo e passivo), o consumo de álcool, a alimentação pouco saudável, o excesso de peso (obesidade), a exposição excessiva e desprotegida à luz solar, as práticas sexuais desprotegidas (associadas ao Vírus do Papiloma Humano) e a exposição à toxicidade (INCA, 2018; Salazar & Sánchez, 2014).

No que se refere às causas evitáveis das doenças oncológicas, verifica-se que o consumo ativo ou passivo de tabaco se encontra, maioritariamente, associado ao desenvolvimento de tumores nos pulmões (Cassidy et al., 2015; Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais, 2013; INCA, 2018; Salazar & Sánchez, 2014), mas também de mesotelioma, de leucemia mieloide, de tumores no trato gastrointestinal, no pâncreas e no fígado, de tumores faríngeos, laríngeos e da cavidade nasal, de tumores cervicais e de tumores do trato urinário (Cassidy et al., 2015; INCA, 2018). Relativamente ao consumo excessivo de álcool, salienta-se que este se encontra associado ao desenvolvimento de tumores na boca, na faringe, na laringe, no esófago, no fígado, na mama e no cólon e reto, e do tumor hepatocelular (Cassidy et al., 2015; INCA, 2018: Stephens & Aigner, 2009). No que diz respeito à alimentação desadequada e à obesidade, esta encontra-se associada ao desenvolvimento do cancro do esófago, do estômago, colorretal, do endométrio, da próstata, da mama, do rim, do pâncreas, da vesícula biliar, do fígado, do ovário e do endométrio. A adoção de um estilo de vida sedentário, quer se encontre ou não associada à obesidade, pode promover o desenvolvimento do cancro da mama e do cólon (Cassidy et al., 2015; INCA, 2018; Salazar & Sánchez, 2014).

Em relação à exposição solar, verifica-se que esta representa cerca de 90% dos melanomas (cancros da pele) malignos (Cassidy et al., 2015; Stephens & Aigner, 2009). No que diz respeito às infeções, estas constituem-se como a causa de cerca de 16% dos cancros diagnosticados a nível mundial (Cassidy et al., 2015), podendo ser virais, como é o caso vírus do Papiloma Humano, da Hepatite B e C e do vírus Epstein-Barr (Cassidy et al., 2015; Stephens & Aigner, 2009), parasitárias, como é o caso do parasita Schistosomiasis haematobium, que é o responsável por 8% dos tumores de células escamosas da bexiga, e, por fim, bacterianas, como é o caso da infeção por Helicobacter pylori, que se encontra associada a um terço dos adenocarcinomas gástricos (Cassidy et al., 2015).

Em 2018, 18,1 milhões de indivíduos ao redor do mundo tiveram uma doença oncológica, salientando-se que 9,6 milhões morreram devido a esta condição. Os cancros diagnosticados com maior frequência consistem no cancro do pulmão (11,6%), no cancro da mama (11,6%) e no cancro colorretal (10,2%) (WHO, 2020). Em Portugal, as doenças oncológicas constituem-se como a segunda principal causa de morte da população (Coelho & Nunes, 2015; INE, 2019), com uma incidência que aumenta, em média, cerca de 3% por ano (Nogueira, 2018; WHO, 2018), salientando-se que o sexo masculino é afetado por estas de uma forma mais acentuada (Coelho & Nunes, 2015). Neste sentido, prevê-se que a curto prazo as doenças oncológicas venham a substituir as doenças cardiovasculares, como a principal causa de morte nos países desenvolvidos (Dagenais et al., 2019). Contudo, a existência de um aumento dos sucessos terapêuticos tem originado um maior número de sobreviventes (DGS, 2017a). Neste sentido, torna-se imprescindível a prevenção e o diagnóstico precoces como forma de gerir o tratamento e de aliviar o impacto desta condição clínica, não apenas nos indivíduos acometidos, como também nos seus familiares (Montagnana & Lippi, 2017; Nogueira, 2018).

Para além do aumento da incidência, também as alterações na idade média dos indivíduos acometidos, nas suas necessidades e no padrão das neoplasias, associadas à crescente complexidade inerente à multimorbilidade, consistem em fatores preocupantes (Nogueira, 2018). Neste contexto, é fundamental proceder-se a uma diminuição das causas evitáveis das doenças oncológicas, sendo possível intervir sobre estas através da educação para a saúde dos cidadãos (American Cancer Society, 2019; DGS, 2017a; Nogueira, 2018; Salazar & Sánchez, 2014).

A deteção e tratamento precoces desta doença são fundamentais, contribuindo para a redução da mortalidade existente. No âmbito da deteção, destaca-se o diagnóstico precoce, que engloba o reconhecimento de sinais e de sintomas iniciais da doença com o objetivo de facilitar o diagnóstico e tratamento antes de esta atingir um estádio avançado, e os estudos de deteção precoce que têm demonstrado a sua utilidade no que se refere à sobrevivência face a determinados tumores (INCA, 2018; Salazar & Sánchez, 2014). O tratamento das doenças oncológicas apresenta variações de acordo com as suas características, nomeadamente com o tipo, com o tamanho e com a localização do tumor, com o estado de saúde do indivíduo e com a sua respetiva idade (Cancer Support Cummunity, 2014). No âmbito dos tratamentos, destaca-se a cirurgia, a quimioterapia (que consiste na administração de medicamentos intravenosos), a radioterapia (que diz respeito à utilização de radiação ionizante com o objetivo de destruir células malignas e de reduzir o tamanho do tumor), a terapia hormonal (que se refere à utilização de medicamentos que interferem com a produção de hormonas e com o seu mecanismo de ação, com o objetivo de diminuir a velocidade de crescimento de alguns tumores hormonodependentes), a imunoterapia e o transplante de medula óssea (INCA, 2018; Salazar & Sánchez, 2014).

Em diversos casos, associada ao diagnóstico de uma doença oncológica, surge a ideia de uma progressão fatal, verificando-se que os tratamentos são percecionados como algo que acarreta sofrimento psicológico, não apenas para o indivíduo acometido, como também para os seus familiares. Para além disso, salienta-se que esta patologia pode acarretar o desenvolvimento de perturbações emocionais, nomeadamente de ansiedade e/ou de depressão (Cardoso et al., 2009).

Os indivíduos que sobrevivem a esta patologia podem apresentar necessidades físicas e psicossociais (familiares, sociais e laborais) bastante específicas que surgem como consequência da própria condição clínica ou dos efeitos inerentes às modalidades terapêuticas adotadas (Nogueira, 2018; Reigle et al., 2017), salientando-se a importância da existência de um investimento e de uma melhoria dos cuidados, tanto para os indivíduos que padecem desta condição, como para aqueles que os acompanham no decorrer deste processo, e de um ajustamento dos sistemas de saúde a esta realidade, com o objetivo de responder às necessidades apresentadas por estes (Dalal & Bruera, 2017; Nogueira, 2018).

Doenças respiratórias crónicas

As doenças respiratórias crónicas compreendem um grupo de condições clínicas que afetam essencialmente os pulmões e as vias respiratórias aéreas superiores e inferiores, encontrando-se associadas a uma morbilidade e a uma mortalidade significativas (Ministério da Saúde, 2010; Murray & Lopez, 2013).

As doenças associadas ao sistema respiratório englobam um vasto leque de doenças graves que, em conjunto com o envelhecimento, podem conduzir à existência de incapacidade, e em última instância, à morte (Burney et al., 2015). Estas doenças apresentam, atualmente, uma prevalência de 40% e uma tendência para aumentarem progressivamente (Antunes et al., 2013), assumindo-se como a terceira maior causa de mortalidade em Portugal e possuindo uma incidência superior no sexo masculino (Coelho & Nunes, 2015).

Existem diversas doenças respiratórias crónicas, das quais se destacam a asma, a doença pulmonar obstrutiva crónica, as infeções respiratórias agudas, a síndrome de apneia do sono, a hipertensão pulmonar, as doenças do interstício pulmonar, a fibrose quística, a tuberculose e o cancro do pulmão (Antunes et al., 2013; Cordeiro, 2019; Ferkol & Schraufnagel, 2014; Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais, 2013; Mayoral, 2019; Ministério da Saúde, 2010; Mongil & García, 2013).

A prevalência associada a este tipo de doenças é mais elevada no que diz respeito à asma e à doença pulmonar obstrutiva crónica, verificando-se que estas podem, inclusivamente, convergir e sobrepor-se em indivíduos que possuem idades mais avançadas (Gibson et al., 2010; Kim et al., 2014). Neste sentido, salienta-se que os indivíduos idosos representam a população que mais necessita de cuidados nesta área (Yim et al., 2009), na medida em que tendem a apresentar comorbilidades adicionais e um declínio da função pulmonar e imunológica, assim como uma maior predisposição para o desenvolvimento de infeções respiratórias (Bentayeb et al., 2013).

Existem diversos determinantes que promovem o surgimento de uma doença respiratória crónica, nomeadamente a exposição direta ou indireta ao fumo do tabaco, que consiste no principal fator de risco para o desenvolvimento desta condição, a exposição a poluição doméstica e de outros espaços fechados, a poluição exterior (por exemplo, do tráfego e de fontes industriais) e a poluição ocupacional,

a malnutrição, a obesidade, o baixo peso à nascença e as infeções respiratórias que surgem de forma recorrente em idades precoces (Antunes et al., 2013; Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais, 2013). Os sintomas característicos das doenças respiratórias englobam a tosse, a expetoração, a hemoptise, a sibilância, a dor torácica e a taquipneia (aumento da frequência respiratória) e a dispneia (falta de ar ou respiração difícil) (Ministério da Saúde, 2010).

O envelhecimento origina determinadas alterações no aparelho respiratório do indivíduo, conduzindo a uma redução das suas defesas contra possíveis agressões e aumentando a sua suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças. Neste sentido, os quadros clínicos respiratórios mais comuns podem apresentar, no indivíduo idoso, uma gravidade mais acentuada, contribuindo para a sua fragilidade e para a redução da sua qualidade de vida (Cordeiro, 2019). Os estudos demonstram que, numa fase posterior aos 70 anos, a mortalidade devido a este tipo de doenças é mais frequente do que antes dos 65 anos de idade (DGS, 2017b). Entre as patologias respiratórias que possuem maior impacto na terceira idade, destacam-se as pneumonias, a fibrose pulmonar, a doença pulmonar obstrutiva crónica e o cancro do pulmão (Cordeiro, 2019).

No que diz respeito às pneumonias, estas consistem em doenças respiratórias infeciosas agudas produzidas por diferentes agentes, nomeadamente vírus e bactérias, encontrando-se associadas a sintomas como a tosse, a febre, a falta de ar, a expetoração e a dor no peito (tipo picada lateral) (Ministerio de Salud de la Nación, 2009; Torres et al., 2013). As pneumonias possuem uma maior prevalência em crianças com menos de 5 anos e em adultos com mais de 65 anos, representando, em Portugal, 7,1% dos internamentos de pacientes com idade superior a 65 anos, e 9,4% dos internamentos de pacientes com idade superior a 75 anos. Neste âmbito, verifica-se que 77,6% dos doentes internados por pneumonia em Portugal consistem em indivíduos com mais de 65 anos, e 58,1% em sujeitos com mais de 75 anos. O envelhecimento tem sido, assim, apontado com o principal fator para o aumento da morbilidade e da mortalidade associadas às pneumonias, salientando-se que a vacinação se assume como fundamental no âmbito da sua prevenção (Cordeiro, 2019; Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais, 2013). Relativamente à fibrose pulmonar, que se encontra inserida nas pneumonias intersticiais idiopáticas, esta consiste numa doença progressiva, de evolução imprevisível, mas inevitavelmente grave, que é mais prevalente em indivíduos

pertencentes ao sexo masculino e que é diagnosticada, sobretudo, em sujeitos com uma idade superior a 65 anos (Cordeiro, 2019; Ernst et al., 2016; Mayoral, 2019; Reyes, 2019). No que se refere à Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), esta diz respeito a uma inflamação crónica que ocorre nos brônquios e que se encontra associada à destruição das unidades respiratórias do pulmão e à limitação do fluxo aéreo pulmonar, salientando-se que a sua principal queixa consiste na falta de ar. Esta associa-se a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões a partículas nocivas que podem produzir outros sintomas como a tosse crónica, acompanhada ou não de expetoração. A DPOC pode possuir uma associação com a bronquite crónica, com a asma e com o enfisema (que podem coexistir ou encontrar-se presentes isoladamente) (Ministério da Saúde, 2010; Ministerio de Salud de la Nación, 2009; Mongil & García, 2013; Veríssimo, 2019), possuindo um maior impacto na população envelhecida e apresentando estádios mais evoluídos maioritariamente em indivíduos que possuem uma idade superior a 60 anos (Cordeiro, 2019; Mongil & García, 2013). Existem diversos fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento desta doença, nomeadamente o tabagismo, a poluição domiciliar, a exposição ocupacional a poeiras e a produtos químicos, as infeções respiratórias recorrentes na infância, a suscetibilidade individual, a desnutrição na infância e determinadas deficiências genéticas (Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais, 2013; Ministério da Saúde, 2010; Ministerio de Salud de la Nación, 2009; Mongil & García, 2013). Por fim, no que diz respeito ao cancro do pulmão, tem-se verificado um aumento consistente da prevalência desta doença em indivíduos idosos, que representa mais de 50% dos cancros em indivíduos com idade superior a 65 anos (Cordeiro, 2019).

A educação para a saúde e a vacinação assumem-se como fundamentais no âmbito da prevenção das doenças respiratórias (nomeadamente da pneumonia), salientando-se que estas devem ser complementadas com uma nutrição adequada e com a prática de atividade física (Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais, 2013; Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

No caso de indivíduos que possuem uma doença respiratória crónica, salienta-se que a reabilitação respiratória, com reeducação funcional e incremento da prática de atividade física, consiste numa componente relevante no que se refere à sua readaptação, complementando a terapêutica farmacológica existente. Assim, no âmbito destas patologias, encontram-se indicados exercícios respiratórios que

visam auxiliar o indivíduo a controlar e a minimizar a dispneia e o cansaço, bem como exercícios musculares de reforço, nomeadamente da musculatura respiratória (Cordeiro, 2019; Holland et al., 2012).

Diabetes mellitus

A Diabetes Mellitus (DM) consiste numa doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue (hiperglicemia), que pode ocorrer como resultado da produção insuficiente de insulina pelo pâncreas, da existência de uma ação ineficaz da insulina (devido ao facto de as células não possuírem a capacidade de metabolizar a insulina de modo eficaz), ou ainda, devido à combinação de ambos os fatores (American Diabetes Association [ADA], 2014; Cuesta & Martín, 2013; Roglic, 2016; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2019; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015; WHO, 2016, 2019).

As componentes clínicas da DM mais disseminadas consistem na diabetes tipo I e na diabetes tipo II (ADA, 2014; Bourbon et al., 2016; Forouhi & Wareham, 2014; Roglic, 2016; Santos, 2020; WHO, 2019).

No que se refere à diabetes tipo I (diabetes insulinodependente), esta consiste numa condição que afeta indivíduos pertencentes a qualquer faixa-etária, e que surge, maioritariamente em crianças e em jovens adultos, representando cerca de 5% a 10% dos casos. Esta é caracterizada por uma produção de insulina extremamente reduzida ou nula por parte do pâncreas, resultante da destruição autoimune das células que a produzem. Neste sentido, verifica-se que os indivíduos que possuem diabetes tipo I necessitam de injeções diárias de insulina com o objetivo de controlar os níveis de glicose no sangue. Este tipo de diabetes tem origem numa combinação de fatores genéticos e ambientais, contudo, as suas causas permanecem ainda desconhecidas. A diabetes tipo I encontra-se associada a sintomas de descompensação, tais como sede anormal e secura da boca com consequente aumento da ingestão de líquidos (polidipsia), micção frequente (poliúria), cansaço/fadiga/falta de energia e de vitalidade (astenia), excessiva sensação de fome com consequente aumento da ingestão de alimentos (polifagia), perda de peso súbita, feridas de cura lenta, infeções frequentes, hálito cetónico e mudanças na visão (por exemplo, visão turva) (ADA, 2014; Bourbon et al., 2016; Cuesta & Martín, 2013; Forouhi & Wareham, 2014; Gomes, 2019; Roglic, 2016;

Santos, 2020; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2019; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015; WHO, 2016).

Por outro lado, no que diz respeito à diabetes tipo II (diabetes não-insulinodependente), esta surge, comummente, após os 40 anos de idade, podendo desenvolver-se mais precocemente quando associada à existência de obesidade. Esta representa entre 90% a 95% dos casos de diabetes, apresentando uma prevalência mais acentuada quando em comparação com a diabetes tipo I. A diabetes tipo II caracteriza-se por uma resistência das células do corpo à ação da insulina, não obstante o facto de existir uma manutenção da sua produção pelo pâncreas, que tende a diminuir progressivamente (ADA, 2014; Bilous et al., 2021; Cuesta & Martín, 2013; Forouhi & Wareham, 2014; Roglic, 2016; Santos, 2020; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015). A diabetes tipo II pode possuir sintomas semelhantes à diabetes tipo I (nomeadamente a fadiga, a boca seca ou a poliúria), geralmente menos marcados, ou pode ser assintomática, podendo passar despercebida durante vários anos e apenas ser notada devido ao surgimento de determinadas manifestações de complicações associadas a esta ou através da existência de um resultado anormal em análise aos valores de glicose no sangue ou na urina (Santos, 2020; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015; WHO, 2016). Em diversos casos, os indivíduos com diabetes tipo II não necessitam de realizar um tratamento de insulina para sobreviver, principalmente durante a fase inicial desta condição (ADA, 2014). Não obstante o facto de existir, neste tipo de diabetes, uma componente genética substancial, a maioria dos casos ocorre devido à presença de determinados fatores de risco, tais como um ambiente intra-uterino deficitário, a etnicidade, a existência de uma história familiar de diabetes, a resistência à insulina, o aumento da idade, o excesso de peso e a obesidade, a realização de uma alimentação pouco saudável, a inatividade física e o tabagismo (ADA, 2014; Bourbon et al., 2016; Cuesta & Martín, 2013; Roglic, 2016; Santos, 2020; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015; WHO, 2016).

Para além dos tipos de diabetes referidos anteriormente, salienta-se ainda a hiperglicemia intermédia ou pré-diabetes, que consiste numa condição na qual os indivíduos apresentam níveis de glicose no sangue mais elevados do que o normal, mas que não são suficientemente elevados para serem classificados como diabetes. Neste âmbito, o indivíduo pode apresentar Anomalia da Glicemia em

Jejum (AGJ) ou Tolerância Diminuída à Glicose (TDG), ou ambas as condições de forma concomitante (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015).

Em 2015, estimava-se que existiam no mundo cerca de 415 milhões de pessoas com diabetes, o que representava cerca de 1 diabético por cada 11 indivíduos. Em Portugal, a diabetes apresenta uma prevalência de 13,3% em indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (Gomes, 2019; Santos, 2020), o que corresponde a mais de um milhão de sujeitos (Gomes, 2019; Raposo, 2020), verificando-se que o sexo masculino é o mais afetado por esta condição (Barreto et al., 2017; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015). Para além disso, evidencia-se que a diabetes contribui de forma significativa para a mortalidade dos indivíduos, sendo responsável por cerca de 4% das mortes em sujeitos do sexo feminino e por 3% das mortes em indivíduos pertencentes ao sexo masculino (DGS, 2017c).

Se a diabetes não for controlada, pode originar complicações em diversos órgãos e lesões em pequenos e grandes vasos sanguíneos e nervos, que podem resultar na perda de visão (retinopatia) (que pode conduzir inclusivamente à cegueira), na diminuição do funcionamento dos rins (nefropatia) (que pode conduzir à insuficiência renal), em neuropatia, no desenvolvimento de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, na doença arterial periférica, em enfartes do miocárdio, em AVC's, na obesidade, na disfunção erétil, na doença hepática gordurosa não alcoólica e, em casos extremos, na amputação dos membros inferiores ou em morte. Desta forma, verifica-se que a diabetes consiste numa doença que pode agravar as comorbilidades do indivíduo idoso, como o declínio cognitivo e as síndromes geriátricas (incontinência urinária, depressão, fragilidade, etc.), aumentar o número de hospitalizações e reduzir o seu tempo de vida, originando diversos tipos de incapacidades (ADA, 2014; Cuesta & Martín, 2013; DGS, 2017c; Gomes, 2019; Roglic, 2016; Santos, 2020; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2019; Veríssimo, 2019; WHO, 2016, 2019). Ainda associada à diabetes podem surgir complicações como a hipoglicémia, que se caracteriza por níveis muito baixos de glicose no sangue, geralmente associada ao uso excessivo/incorreto da medicação, ao jejum prolongado, ao exercício físico inadequado ou à ingestão excessiva de álcool, salientando-se que esta pode conduzir à ocorrência de diversos sintomas e acarretar perigo para o indivíduo (Santos, 2020).

Contudo, é possível diminuir as repercussões da diabetes através de um controlo da hiperglicemia, da hipertensão arterial e da dislipidemia, de uma vigilância regular de determinados órgãos que apresentam uma elevada sensibilidade a esta doença, como por exemplo, os rins e o coração, e do cumprimento do tratamento prescrito, nomeadamente da medicação (caso se aplique), salientando-se ainda que a educação para a doença assume um papel fundamental no âmbito da gestão desta problemática (Cuesta & Martín, 2013; Gomes, 2019; Santos, 2020; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2015; WHO, 2016). Para além disso, a diabetes tipo II pode ainda ser prevenida através da adoção de uma alimentação saudável e da prática de exercício físico, evidenciando-se que ambos os fatores contribuem para reduzir as complicações associadas a esta condição (Cuesta & Martín, 2013; Santos, 2020; Sociedade Europeia de Cardiologia, 2019; WHO, 2016).

O apoio prestado por parte do cuidador na educação, no tratamento e na monitorização da doença é fundamental, permitindo a eficácia do tratamento e a minimização de efeitos adversos, e contribuindo para a qualidade e esperança de vida do indivíduo em questão (Gomes, 2019).

Doenças reumáticas e musculoesqueléticas

As doenças reumáticas e musculoesqueléticas englobam alterações inflamatórias e degenerativas do sistema locomotor que danificam os ossos, os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos e os vasos sanguíneos (DGS, 2008; Silva, 2016; Zhang et al., 2011). Estas podem definir-se como doenças e alterações funcionais do sistema musculoesquelético de causa não traumática, traduzindo-se na inflamação e/ou dano das estruturas e órgãos envolvidos (Raposo, 2016). Neste sentido, verifica-se que as doenças reumáticas e musculoesqueléticas constituem um grupo com mais de uma centena de entidades (Briggs et al., 2018) nas quais se incluem as doenças inflamatórias crónicas imunomediadas como a artrite reumatoide, as espondilartrites, o lúpus eritematoso sistémico e outras patologias difusas do tecido conjuntivo e doenças não inflamatórias do sistema musculoesquelético, que incluem por exemplo, a osteoporose, a osteoartrose, entre outras (Raposo, 2016).

Os sintomas associados às doenças reumáticas e musculoesqueléticas surgem de forma gradual, acentuando-se ao final do dia ou em situações de maior

esforço, e existindo um alívio em situações de pausa, de repouso ou de férias. Estas caracterizam-se, essencialmente, por dor (que pode ser localizada ou irradiar para outras zonas do corpo), sensação de dormência ou de formigueiro na área afetada ou próxima desta, sensação de peso, fadiga ou desconforto localizado e sensação de perda ou perda efetiva de força. Se a exposição ao fator que se encontra na origem da doença se mantiver, os sintomas podem tornar-se constantes e interferir nas atividades quotidianas do indivíduo, prejudicando-as. Em casos nos quais estes progridem para a ocorrência de uma doença crónica pode surgir inchaço da zona afetada e hipersensibilidade a todos os estímulos, nomeadamente às diferenças de temperatura e ao toque (DGS, 2008). Para além disso, estas condições encontram-se associadas à redução das capacidades físicas do indivíduo e à sua incapacidade funcional, possuindo um impacto na sua saúde mental e podendo conduzir ao desenvolvimento de determinadas doenças crónicas, tal como a obesidade, devido ao facto de este se tornar mais sedentário (Briggs et al., 2018; Raposo, 2016) ou coexistir com outras condições clínicas crónicas, originando a ocorrência de multimorbilidade (Simões et al., 2018; Van der Zee-Neuen et al., 2017).

Atualmente, as doenças reumáticas e musculoesqueléticas têm vindo, progressivamente, a assumir notoriedade, devido às elevadas proporções com que se têm vindo a manifestar (So et al., 2017). No que se refere à sua etiologia, verifica-se que estas apresentam uma origem multifatorial, encontrando-se associadas a determinados fatores físicos, psíquicos e psicossociais (Luan et al., 2018; So et al., 2017). Estas encontram-se, em diversos casos, associadas à atividade profissional desempenhada pelo indivíduo que potencia, consequentemente, o seu desenvolvimento (Bezerra et al., 2018; DGS, 2008; Gonçalves et al., 2020; Zhang et al., 2011). Neste sentido, evidencia-se que as doenças musculoesqueléticas podem resultar da ação de fatores de risco associados ao contexto profissional, nomeadamente a repetitividade e a sobrecarga existentes (DGS, 2008). A sobrecarga dos tendões, dos músculos, das articulações e dos nervos é influenciada por elementos relacionados com a atividade de trabalho (posturas ou posições corporais extremas, aplicação de força, repetitividade, exposição a elementos mecânicos, entre outros), por elementos individuais ou co-fatores de risco (idade, sexo, altura, peso e outras características antropométricas e situação de saúde) e por elementos organizacionais/psicossociais (ritmos intensos de trabalho, monotonia das tarefas, suporte social insuficiente e modelo organizacional de produção). Por norma, verifica-se

que as doenças musculoesqueléticas se encontram, maioritariamente, localizadas nos membros superiores e na coluna vertebral, contudo, podem localizar-se noutras áreas, como nos joelhos ou nos tornozelos, dependendo da atividade desenvolvida pelo trabalhador. No que se refere às lesões dos membros superiores em específico, verifica-se que estas se manifestam em ocupações laborais que implicam tarefas repetitivas e a aplicação de força e posições articulares demasiado exigentes como a indústria automóvel e a indústria elétrica/eletrónica (DGS, 2008; So et al., 2017). As condições musculoesqueléticas constituem-se como as principais responsáveis pela existência de baixas médicas e pela redução da produtividade (Briggs et al., 2018; Van der Zee-Neuen et al., 2017). Para além disso, salienta-se que condições clínicas como a osteoartrite, a osteoporose e as perturbações na coluna vertebral podem encontrar-se associadas a limitações físicas e funcionais e à necessidade de cuidados de saúde dispendiosos a longo prazo e de reformas antecipadas (Bezerra et al., 2018).

Para além da influência da atividade laboral, verifica-se que o desenvolvimento deste tipo de condições se encontra, também, significativamente associado ao avanço da idade (Briggs et al., 2018; Simões et al., 2018; Van der Zee-Neuen et al., 2017). O envelhecimento origina, em diversos casos, alterações musculoesqueléticas que podem conduzir, inclusivamente, à perda de mobilidade. As limitações da mobilidade individual afetam de forma distinta as atividades de vida diária, podendo prejudicá-las de forma acentuada. Dependendo da região do corpo afetada, a limitação da mobilidade existente irá possuir condicionamentos distintos. Por exemplo, se a doença musculoesquelética se localizar nos membros superiores, esta irá afetar o transporte e a manipulação de objetos e se se localizar nos membros inferiores, poderá afetar as transferências e a deambulação (marcha, utilização de degraus, rampas ou a deslocação do centro de gravidade). A imobilização prolongada, decorrente de um processo patológico, tal como o acamamento prolongado por doença debilitante, origina (dependendo do tempo de imobilidade) restrições na mobilidade articular ativa e passiva. Para além disso, também o sedentarismo contribui de forma significativa para a deterioração da mobilidade ativa e passiva. As alterações de mobilidade possuem múltiplas consequências, transversais aos diferentes sistemas orgânicos, nomeadamente ao sistema musculoesquelético, ao sistema cardiovascular, ao sistema respiratório, ao sistema gastrointestinal, entre outros. Neste âmbito, evidencia-se que a implementação de um programa

cinesiológico consiste na abordagem preventiva/terapêutica mais adequada para otimizar o prognóstico vital e funcional do indivíduo, salientando-se a importância da reabilitação (Araújo et al., 2019).

Neste sentido, verifica-se a importância da realização de um diagnóstico e tratamento atempados e corretos, visando diminuir as repercussões físicas, psicológicas e familiares inerentes as estas doenças (Raposo, 2016).

Perturbações neurocognitivas

As funções cognitivas, também denominadas de funções intelectuais, superiores ou complexas, possibilitam à espécie humana destacar-se no âmbito das suas capacidades e competências. A cognição resulta da interação entre diversas regiões do sistema nervoso central, sendo necessário salientar que o estado mental integra componentes como a consciência, a orientação, a atenção, a memória, a linguagem, as gnosias, as praxias, o conteúdo do pensamento e o estado de humor. A interação contínua estabelecida entre estas dimensões dá origem à perceção que o indivíduo possui acerca de si mesmo e do meio que o rodeia, à sua ligação ao ambiente e aos outros, e ao seu comportamento em geral (Almeida, 2010; Carter, 2019; Grasset, 2012; Navarro et al., 2018; Whitbourne & Whitbourne, 2011).

À medida que o indivíduo envelhece, verifica-se que este pode apresentar um declínio em diversas capacidades cognitivas, nomeadamente na perceção, na atenção, na memória (de trabalho, episódica e prospetiva), nas praxias (Chalise, 2019; Navarro et al., 2018; Papalia et al., 2013; Pinho, 2012; Salech et al., 2012; WHO, 2015; Zibetti et al., 2010), nas habilidades aritméticas, na linguagem, particularmente na fluência verbal (Zakharov et al., 2018) e no vocabulário (Small et al., 2011), no raciocínio, na velocidade de processamento de informação (Foo et al., 2019; Papalia et al., 2013; Salech et al., 2012) e na capacidade de resolução de problemas (Zibetti et al., 2010). Para além disso, no que diz respeito aos indivíduos que possuem um comprometimento ao nível cognitivo, salienta-se que estes podem revelar uma deterioração acentuada na memória imediata, na memória de trabalho, na inteligência fluída e na inteligência cristalizada (Huang et al., 2019).

A existência de um comprometimento ao nível da cognição pode ocorrer devido às mudanças inerentes ao envelhecimento normal, verificando-se que o declínio cognitivo associado ao aumento da idade consiste num processo dinâmico,

no qual são afetados diversos domínios. Este declínio pode transitar para um quadro patológico, no qual se encontra presente uma perturbação neurocognitiva (PNC), que pode originar uma incapacidade cognitiva que reduz parcialmente ou totalmente a autonomia e a independência do indivíduo (Gonzaga et al., 2008; Moraes, 2008).

No entanto, é necessário salientar que o processo de envelhecimento não implica, necessariamente, a existência de um declínio a nível cognitivo ou de uma PNC. Contudo, em casos nos quais se verificam alterações evidentes no âmbito da realização de atividades pessoais e profissionais e uma deterioração global das capacidades intelectuais, poder-se-á estar na presença de uma perturbação neurocognitiva, que deverá ser devidamente diagnosticada (Phaneuf, 2010).

O termo PNC é, atualmente, utilizado em substituição ao termo demência, que consiste na designação habitualmente utilizada para este tipo de perturbações que afetam os indivíduos idosos (APA, 2014). A demência diz respeito a um quadro clínico no qual se encontra presente um deterioração cognitiva/intelectual adquirida, principalmente ao nível da memória, que surge devido a uma causa orgânica não especificada, refletindo-se numa perda de funcionalidade e de autonomia por parte do indivíduo ao nível social e profissional e ao nível das atividades de vida diária (Carvalho & Faria, 2014; Gregorio, 2013; Santana, 2019; Sequeira, 2018). Esta afeta, aproximadamente, 5% dos indivíduos que possuem uma idade superior a 65 anos (Santana, 2019), e compromete cada indivíduo de forma distinta (WHO, 2012b), salientando-se que o principal fator de risco para o seu desenvolvimento consiste na idade avançada (Abbott, 2011; Parikh et al., 2010; Wallin et al., 2013).

As formas mais comuns de demência são representadas através da doença de Alzheimer (50%-80%), seguindo-se a demência vascular (20%-30%), a demência com Corpos de Lewy (5%) e a demência frontotemporal (5%-10%) (Abbott, 2011; Vieira, 2014; Wallin et al., 2013).

Como referido anteriormente, e de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DMS-5), o termo demência foi substituído pelo conceito de Perturbação Neurocognitiva, que é utilizado para definir perturbações cujas principais características possuem uma natureza cognitiva, e nas quais se verifica um declínio face a um nível anterior de funcionamento cognitivo (APA, 2014; Ganguli et al., 2011; Lucza et al., 2015; Sachdev, Blacker, et al.,

2014). As PNC podem provocar perdas ao nível da memória, da atenção complexa (atenção sustentada, dividida e seletiva e velocidade de processamento) e das funções executivas (que envolvem a tomada de decisão, o planeamento, a memória de trabalho e a inibição), confusão, desorientação, dificuldades ao nível da linguagem (nomeadamente no que diz respeito à expressão e à compreensão), da aprendizagem e da cognição social (isto é, do reconhecimento de emoções e do *insight*) (Ganguli et al., 2011; Hategan et al., 2018; Ministério da Saúde, 2009), alterações do humor e do comportamento (choro, agitação, ansiedade, raiva, agressividade, desinibição sexual, apatia, depressão, entre outras), delírios, alucinações, perturbações do sono, mudanças ao nível da personalidade e resistência aos cuidados (Hategan et al., 2018; Ministério da Saúde, 2009), verificando-se que à medida que existe uma evolução da perturbação, os sinais e os sintomas existentes se tornam, progressivamente, mais significativos e incapacitantes, existindo um agravamento do estado geral do indivíduo (Ministério da Saúde, 2009).

Existem diversos fatores que se podem encontrar associados ao desenvolvimento de uma PNC, nomeadamente fatores de risco não modificáveis, como a componente hereditária e o facto de o indivíduo pertencer ao sexo feminino e de possuir uma idade avançada, fatores de risco modificáveis, como a existência de hipertensão arterial, de diabetes, de hiperlipidemia (que diz respeito ao aumento da concentração de lípidos no sangue), de obesidade, de doenças cardíacas e/ou cerebrovasculares e de uma perturbação depressiva e, por fim, fatores de risco psicossociais e referentes ao estilo de vida, designadamente o nível de escolaridade, as atividades de lazer realizadas, o tabagismo, a falta de prática de exercício físico e o isolamento social (Albu et al., 2018; Gonzaga et al., 2008; Hategan et al., 2018).

Estima-se que, em 2030, em termos mundiais, existam cerca de 65,7 milhões de indivíduos com perturbações neurocognitivas ao redor do mundo, e que este número aumente para 115,4 milhões em 2050 (Prince et al., 2013). Deste modo, constata-se que as PNC se constituem como um dos problemas de saúde mental que apresenta uma maior prevalência em indivíduos com idades avançadas, possuindo um impacto significativo na sociedade (Gil et al., 2015). Neste sentido, salienta-se a importância de se rastrear e diagnosticar precocemente estas perturbações, de modo a ser possível atuar no sentido de prevenir a progressão da doença inerente e dos sintomas que apresentam maior severidade (Parlamento Europeu, 2010; WHO, 2012b).

As perturbações neurocognitivas englobam o Delirium, as PNC Ligeiras e as PNC Major, podendo ser classificadas de acordo com os seus subtipos etiológicos (APA, 2014; Blazer, 2013; Ganguli et al., 2011).

No que diz respeito ao delirium, este refere-se a uma perturbação neurocognitiva que se relaciona com a existência de uma disfunção estrutural ou metabólica do cérebro (Ganguli et al., 2011; Jiménez & Cuesta, 2013), e que se caracteriza por comprometimentos na atenção (diminuição da capacidade para dirigir, focar, manter ou desviar a atenção) e na consciência (redução da clareza face à perceção do ambiente), que se desenvolvem num curto período de tempo (horas a dias), configurando uma modificação face a um nível anterior de atenção e de consciência e apresentando flutuações na sua gravidade ao longo do dia (APA, 2014; Hategan et al., 2018; Jiménez & Cuesta, 2013; Sachdev, Blacker, et al., 2014). Para além disso, nesta perturbação podem surgir ainda alterações ao nível da cognição, nomeadamente, défices na memória, na orientação, na linguagem, na capacidade visuoespacial ou na perceção (erros de identificação, ideias delirantes, alucinações, etc.) (APA, 2014; Hategan et al., 2018; Inouye et al., 2014; Jiménez & Cuesta, 2013), e alterações do ciclo sono-vigília, emocionais e psicomotoras (hiperatividade ou hipoatividade) (Jiménez & Cuesta, 2013). O delirium pode manifestar-se como resultado de uma intoxicação por substâncias, da abstinência de substâncias, da ingestão de medicação e/ou da existência de outras condições médicas (APA, 2014; Inouye et al., 2014; Jiménez & Cuesta, 2013), possuindo, geralmente, uma etiologia multifatorial (Inouye et al., 2014).

A prevalência do delirium apresenta um aumento à medida que o indivíduo envelhece, possuindo uma maior incidência em sujeitos com uma idade superior a 85 anos (APA, 2014; Inouye et al., 2014). Esta perturbação conduz a um incremento da incapacidade funcional do indivíduo e, consequentemente, ao aumento do risco de institucionalização. Este quadro pode, inclusivamente, evoluir para estupor, coma, crises convulsivas e morte, caso a causa que se encontra na sua origem não seja devidamente tratada, pelo que se torna fundamental a existência de um diagnóstico e tratamento precoces, de modo a diminuir a sua duração e respetivas consequências (APA, 2014; Jiménez & Cuesta, 2013).

Relativamente às PNC ligeira e major, estas referem-se a um continuum de incapacidade ao nível cognitivo, que vai desde a normalidade até à incapacidade grave, verificando-se que estas se distinguem pela gravidade do défice cognitivo

existente e pela incapacidade funcional do indivíduo acometido (Sachdev, Blacker, et al., 2014; Sachdev, Kalaria, et al., 2014). Desta forma, observa-se que, na PNC Ligeira, se encontra presente um modesto declínio face a um nível de desempenho anterior em um ou mais domínios cognitivos (APA, 2014; Lucza et al., 2015), que não interfere com a capacidade de o indivíduo realizar de forma independente as atividades de vida diária, evidenciando-se que este apresenta um nível de funcionamento sub-ótimo e recorre à utilização de estratégias compensatórias para manter a sua independência (Hategan et al., 2018; Lucza et al., 2015; Sachdev, Blacker, et al., 2014; Sachdev, Kalaria, et al., 2014). Por outro lado, na PNC Major, constata-se a existência de um declínio cognitivo significativo face a um nível de desempenho anterior em um ou mais domínios cognitivos, que interfere na realização das atividades de vida diária, tais como a gestão de medicamentos e o pagamento de contas (APA, 2014; Lucza et al., 2015). Não obstante este facto, importa salientar que uma PNC Ligeira não tem, necessariamente, de preceder uma PNC Major, verificando-se que o declínio pode ser contínuo (no caso da existência de uma doença neurodegenerativa), mas também estático (no caso da ocorrência de lesões cerebrais traumáticas) (Hategan et al., 2018; Sachdev, Blacker, et al., 2014).

A prevalência das PNC apresenta variações consoante a idade do indivíduo e o subtipo etiológico da perturbação. Contudo, em geral, os valores estimados de prevalência para as perturbações neurocognitivas ligeiras variam entre 2% a 10% aos 65 anos e entre os 5% e os 25% aos 85 anos de idade. Por outro lado, os valores de prevalência estimados para as perturbações neurocognitivas major são de cerca de 1%-2% aos 65 anos e de 30% aos 85 anos de idade (APA, 2014).

As PNC Ligeiras ou Major englobam diversos subtipos de acordo com a sua etiologia, nomeadamente a PNC Devida a Doença de Alzheimer, a PNC Devida a Doença de Parkinson, a PNC Vascular, a PNC com Corpos de Lewy, a PNC Frontotemporal, a PNC Devida a Lesão Cerebral Traumática, a PNC Devida a infeção por VIH, a PNC induzida por substância/medicamento, a PNC Devida a doença de Huntington, a PNC Devida a Doença dos Priões, a PNC Devida a outra condição médica e a PNC Devida a múltiplas etiologias (APA, 2014; Blazer, 2013; Ganguli et al., 2011; Hategan et al., 2018; Sachdev, Blacker, et al., 2014).

Em determinados casos, o diagnóstico da problemática de base consiste num preditor da PNC (por exemplo, a existência de um diagnóstico de Doença da

Parkinson, a ocorrência de uma lesão cerebral traumática ou de uma infeção por VIH). No entanto, existem outros casos nos quais os sintomas cognitivos e comportamentais da PNC se manifestam primeiramente, e em que é o seu desenvolvimento que revela a sua etiologia (como se pode observar no caso da Doença de Alzheimer ou da Doença de Corpos de Lewy) (Sachdev, Blacker, et al., 2014). Contudo, evidencia-se que, em contextos culturais e socioeconómicos nos quais os indivíduos idosos são menos estimulados cognitivamente, em que a diminuição da capacidade de memorização é perspetivada como uma condição inerente ao envelhecimento e em que os níveis reduzidos de escolaridade dificultam a realização de uma avaliação objetiva da cognição, o reconhecimento de uma possível PNC torna-se num processo mais ambíguo e demorado (APA, 2014).

Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Alzheimer

a Doença de Alzheimer constitui-se como a causa mais frequente da existência de uma PNC Major ou Ligeira (Hategan et al., 2018), consistindo numa doença progressiva e neurodegenerativa que afeta diversas áreas do córtex cerebral e do hipocampo (Masters et al., 2015). Esta encontra-se associada ao envelhecimento, representando, aproximadamente, cerca de 70% dos casos de incapacidade cognitiva progressiva em indivíduos idosos, salientando-se que a idade se constitui como o principal fator de risco para o seu desenvolvimento (Dubois & Uspenskaya-Cadoz, 2016). A Doença de Alzheimer pode apresentar um início precoce (em casos nos quais surge antes dos 65 anos de idade) ou tardio (em indivíduos nos quais surge após os 65 anos de idade). Para além disso, esta pode também ser hereditária (quando a doença se encontra presente em vários membros pertencentes à mesma família) ou esporádica (Guerreiro & Bras, 2016; Masters et al., 2015).

A sintomatologia da Doença de Alzheimer apresenta uma progressão ao longo de diferentes fases (Masters et al., 2015; Rountree & Doody, 2016). No que diz respeito à fase ligeira, esta é caracterizada por défices ao nível da memória episódica, da capacidade de atenção, da velocidade de processamento de informação, do raciocínio abstrato, das funções executivas e do desempenho visuo-espacial, e por problemas linguísticos que envolvem a existência de dificuldades

em encontrar determinadas palavras ou nomes. Nesta fase, podem surgir ainda alterações na personalidade, nomeadamente irritabilidade, ansiedade ou sintomatologia depressiva face às dificuldades experienciadas ao nível da memória episódica e à existência de deficiências funcionais leves. No que se refere à fase moderada, esta é caracterizada pela ocorrência de uma progressão do declínio cognitivo e funcional existente, que conduz à perda da independência ou da capacidade para o indivíduo viver sozinho de forma segura. Nesta fase, pode surgir agitação (agitação motora ou comportamentos agressivos), disforia, ansiedade, apatia e comportamentos motores excessivos. Por fim, no que diz respeito à fase severa, esta é caracterizada pelo surgimento de problemas ao nível da marcha, salientando-se que o indivíduo pode perder a capacidade de se levantar ou de caminhar sem auxílio, e ficar, inclusivamente, acamado, e desenvolver contraturas de flexão. Para além disso, nesta fase, a disfagia pode conduzir à pneumonia por aspiração, que corresponde à causa de morte mais comum em indivíduos com Doença de Alzheimer (Gregorio, 2013; Husain & Scott, 2016; Sequeira, 2018).

No que se refere à Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença de Alzheimer, verifica-se que esta possui, geralmente, um início insidioso (isto é, muitas vezes os sintomas só se manifestam quando a perturbação já evoluiu), observando-se uma progressão gradual do défice em um ou mais domínios cognitivos e a existência de períodos estacionários curtos (APA, 2014; Hategan et al., 2018; Jiménez & Cuesta, 2013; Sachved et al., 2014).

Na PNC Devida a Doença de Alzheimer Ligeira pode verificar-se a existência de um declínio ao nível da memória, da aprendizagem e das funções executivas (APA, 2014). Numa fase inicial, surgem, comummente, dificuldades em recordar acontecimentos recentes, o nome de pessoas e em encontrar determinadas palavras, sendo que também o vocabulário se vai tornando, progressivamente, mais reduzido. No que se refere às atividades de vida diária, verificam-se alterações graduais, que de forma progressiva conduzem à perda de autonomia (Vieira, 2014).

Por outro lado, na PNC Devida a Doença de Alzheimer Major, e particularmente numa fase moderada a grave, são visíveis défices ao nível da capacidade visuoconstrutiva/percetivomotora, do pensamento abstrato e da linguagem (APA, 2014), principalmente na capacidade para nomear objetos e para executar movimentos aprendidos (apraxia), existindo a possibilidade de a linguagem se tornar incompreensível ou de se manifestar o mutismo e de o indivíduo se tornar

progressivamente mais dependente (Jiménez & Cuesta, 2013; Vieira, 2014). Nesta fase, torna-se comum a existência de dificuldades motoras como a bradicinesia, a rigidez e os distúrbios da marcha, o que, consequentemente, aumenta a probabilidade de ocorrência de quedas, que podem gerar fraturas. À medida que estas dificuldades motoras se tornam mais frequentes podem gerar uma perda total da capacidade de deambulação, conduzindo à dependência (Gil et al., 2015).

Existem alguns fatores de risco que se encontram associados à Doença de Alzheimer, nomeadamente o sexo (pertencer ao sexo feminino), o aumento da idade, o grau de escolaridade, a ocorrência de um traumatismo cranioencefálico, a existência de hipertensão arterial, de dislipidemia, de diabetes e de obesidade, e o sedentarismo (Hategan et al., 2018; Masters et al., 2015; Santana & Duro, 2014; Vieira, 2014).

Perturbação neurocognitiva frontotemporal major ou ligeira

No que se refere à Perturbação Neurocognitiva Frontotemporal Major ou Ligeira, verifica-se que esta apresenta um início insidioso e relativamente precoce (APA, 2014), manifestando-se, maioritariamente, em indivíduo com idades inferiores a 65 anos de idade (APA, 2014; Knopman & Roberts, 2011). Esta consiste numa condição heterogénea que possui características clínicas distintas relacionadas com diversos substratos neuropatológicos, encontrando-se associada a uma degeneração dos lobos frontais e temporais (Olney et al., 2017), e envolvendo a existência de sintomas comportamentais e de um declínio na cognição social e/ou nas capacidades executivas, ou de um declínio na capacidade de linguagem (Abbott, 2011; APA, 2014; Sachdev, Blacker, et al., 2014). Esta perturbação compreende, deste modo, uma variante comportamental e três variantes ao nível da linguagem (semântica, não fluente e logopénica), e afeta, de forma significativa, a vida laboral e familiar do indivíduo. Não obstante este facto, a aprendizagem, a memória e a função percetivomotora tendem a encontrar-se relativamente preservadas (APA, 2014; Sachdev, Blacker, et al., 2014).

No que diz respeito à variante comportamental, esta caracteriza-se por mudanças prematuras no comportamento, na personalidade, nas emoções e no controlo executivo do indivíduo (Rascovsky et al., 2011), podendo integrar sintomas comportamentais como a desinibição comportamental, a apatia ou inércia,

a falta de simpatia ou empatia, o comportamento perseverante, estereotipado ou compulsivo/ritualizado, as alterações alimentares ou na dieta, e a hiperoralidade (por exemplo, consumir bebidas alcoólicas ou colocar objetos do lixo na boca) (APA, 2014; Sachdev, Blacker, et al., 2014; Vieira, 2014; Woolley et al., 2011), e numa fase avançada da doença, a perda do controlo dos esfíncteres (APA, 2014). Tendo em consideração os sintomas referidos, verifica-se que estes podem, numa fase inicial, ser naturalmente confundidos com uma doença do foro psiquiátrico, o que pode contribuir para a realização de um diagnóstico erróneo (Woolley et al., 2011).

Relativamente às variantes ao nível da linguagem, estas encontram-se associadas à existência de uma afasia progressiva primária (APA, 2014; Gorno-Tempini et al., 2011), e apresentam características e neuropatologias distintas (APA, 2014; Hategan et al., 2018). No que se refere à variante semântica, esta apresenta uma progressão lenta, salientando-se que os indivíduos que são acometidos por esta variante tendem a viver durante uma década ou mais, após o surgimento dos sintomas (Hodges et al., 2010). Nesta variante observa-se que o lobo temporal esquerdo se encontra afetado, verificando-se, numa fase inicial, anomalias e défices na compreensão de uma única palavra, evidenciando-se que com a progressão dos sintomas, os indivíduos vão perdendo conhecimento semântico acerca de objetos e surgem dificuldades em ler palavras irregulares, isto é, palavras que se leem de uma forma distinta ao modo como se escrevem (dislexia de superfície). Não obstante este facto, a repetição, a sintaxe e a gramática permanecem intactas (Gorno-Tempini et al., 2011). No que diz respeito à variante não fluente/agramática, verifica-se que nesta, o indivíduo apresenta alterações ao nível da prosódia e uma fala segmentada, tateante, não fluente e telegráfica, com sons distorcidos, o que desacelera, consequentemente, o fluxo da mesma. Para além disso, encontram-se presentes erros fonéticos e dificuldades em repetir palavras longas (Leyton & Hodges, 2013), salientando-se que o agramatismo compreende a linguagem verbal e escrita (Gorno-Tempini et al., 2011). No que se refere à variante logopénica, esta caracteriza-se por um défice na recuperação lexical, observando-se pausas ou hesitação na fala espontânea causadas por dificuldades em encontrar as palavras pretendidas. A prosódia encontra-se preservada (Leyton & Hodges, 2013), contudo observam-se dificuldades marcadas na repetição de palavras e de frases (Leyton & Hodges, 2013; Lillo & Leyton, 2016), verificando-se a realização de

uma repetição incompleta, a substituição de palavras por outras semelhantes, e a ocorrência de erros fonológicos (Leyton & Hodges, 2013).

A PNC Frontotemporal Major ou Ligeira ocorre com menor frequência quando em comparação com a Perturbação Neurocognitiva Devida a Doença de Alzheimer (Knopman & Roberts, 2011), apresentando uma prevalência estimada de 2 a 10 indivíduos em 100.000, e uma média de sobrevivência entre os 6 e os 11 anos após o surgimento dos sintomas, e entre os 3 e os 4 anos após a realização do diagnóstico (APA, 2014). Nesta perturbação verifica-se que a variante comportamental representa cerca de 60% dos casos, sendo que os restantes 40% correspondem às variantes linguísticas (Onyike & Diehl-Schmid, 2013). De um modo geral, não existem diferenças significativas entre o sexo masculino e o sexo feminino, sendo ambos igualmente afetados (Hogan et al., 2016), contudo, observa-se que a prevalência da variante comportamental e da variante de linguagem semântica é superior no sexo masculino, e a prevalência da variante de linguagem não fluente é superior no sexo feminino (APA, 2014).

Perturbação neurocognitiva major ou ligeira devida a doença de Parkinson

A Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira Devida a Doença de Parkinson ocorre no âmbito de uma Doença de Parkinson já instalada, com declínio cognitivo evidente após o início da mesma, possuindo um início insidioso e uma progressão gradual (APA, 2014). A Doença de Parkinson consiste numa doença neurodegenerativa progressiva, que afeta indivíduos que possuem uma idade avançada (Beitz, 2014; Pringsheim et al., 2014), sendo caracterizada pela existência de sintomas motores e não motores específicos (Beitz, 2014; Sveinbjornsdottir, 2016). No que diz respeito aos sintomas motores, estes envolvem a existência de bradicinesia e de rigidez muscular, de tremor em repouso ou de instabilidade postural (Abbott, 2011; Beitz, 2014; Hategan et al., 2018; Jellinger, 2018; Jellinger & Korczyn, 2018; Reichmann, 2010). Neste sentido, evidencia-se que, nesta patologia, podem surgir distúrbios ao nível da marcha, nomeadamente bloqueios e hesitação, e os passos podem tornar-se sucessivamente mais pequenos e rápidos, conduzindo, consequentemente, à perda de equilíbrio e à ocorrência de quedas (Virmani et al., 2015). Para além disso, podem manifestar-se ainda

perturbações ao nível da fala (Perez-Lloret et al., 2012), problemas de deglutição (Kalf et al., 2011) e deformidades posturais, nomeadamente, postura anormal com flexão pronunciada do tronco (camptocormia), flexão frontal da cabeça e do pescoço e escoliose da coluna vertebral (Doherty et al., 2011).

Não obstante estes sintomas, os indivíduos podem também apresentar sintomas não motores, nomeadamente apatia, anedonia, problemas ao nível do sono, pesadelos frequentes e sonolência diurna excessiva, fadiga, obstipação, sudorese excessiva, dores, perda de olfato e de paladar, queixas relativas à memória, perturbações de humor (Jellinger, 2018; Jellinger & Korczyn, 2018; Pont-Sunyer et al., 2015), depressão e ansiedade (Chen et al., 2013; Jellinger & Korczyn, 2018). Neste âmbito, verifica-se que os sintomas da Doença de Parkinson podem envolver alterações no sistema nervoso autónomo, no sono e ao nível sensorial, cognitivo e psiquiátrico (Sveinbjornsdottir, 2016).

A PNC Devida a Doença de Parkinson manifesta-se, geralmente, entre os 60 e os 90 anos de idade e apresenta uma maior incidência a partir da faixa etária dos 70 anos (APA, 2014), salientando-se que a sua prevalência tende a aumentar com a evolução demográfica populacional (Pringsheim et al. 2014). Para além disso, esta perturbação afeta com maior frequência o sexo masculino quando em comparação com o sexo feminino e pode coexistir com o diagnóstico de Doença de Alzheimer ou de doença cerebrovascular, principalmente em indivíduos que possuem idades mais avançadas (APA, 2014).

Perturbação neurocognitiva vascular major ou ligeira

No que se refere à Perturbação Neurocognitiva Vascular Major ou Ligeira, esta apresenta um início súbito e um curso flutuante e gradual, assinalado por rápidas mudanças ao nível do funcionamento do indivíduo (Manfrim & Schmidt, 2011), sendo caracterizada pela presença de uma doença cerebrovascular que é considerada suficiente para ser responsável pelos défices neurocognitivos existentes. A doença vascular pode ir desde um Acidente Vascular Cerebral num grande vaso até à doença microvascular (que envolve lesões nos pequenos vasos sanguíneos), pelo que os sintomas podem variar de acordo com a localização, a extensão e os tipos de lesões cerebrais existentes (Abbott, 2011; APA, 2014; Hategan et al., 2018; Sachdev, Blacker, et al., 2014; Sachdev, Kalaria, et al., 2014; Vieira,

2014). Nesta perturbação, existe uma relação temporal entre o início dos défices cognitivos e um ou mais eventos cerebrovasculares (APA, 2014; Hategan et al., 2018; Vieira, 2014), ou observa-se que o declínio é mais proeminente na atenção complexa (incluindo na velocidade de processamento), na memória de trabalho, na flexibilidade mental e nas funções executivas (APA, 2014; Sachdev, Kalaria, et al., 2014; Vieira, 2014). Para além do défice cognitivo, contribuem para a realização do diagnóstico fatores como a existência de um historial de AVC e/ou de acidentes isquémicos transitórios, a presença de sinais que indiquem a ocorrência de um AVC e a existência de alterações ao nível do humor e da personalidade, nomeadamente a abulia, a labilidade emocional, a sintomatologia depressiva, entre outras (APA, 2014).

A PNC Vascular pode manifestar diferentes evoluções, sendo que o seu início pode ser agudo com uma melhoria parcial subsequente, ou o declínio pode ocorrer por surtos, ou ser progressivo, apresentando flutuações e períodos estacionários de duração variável (APA, 2014; Vieira, 2014).

A PNC Vascular Major ou Ligeira é considerada a segunda perturbação neurocognitiva mais prevalente (APA, 2014; Hategan et al., 2018; Vieira, 2014), a seguir à Doença de Alzheimer (APA, 2014), constituindo 20% a 30% dos casos (Vieira, 2014), e apresentando um início mais precoce em comparação com esta (Manfrim & Schmidt, 2011). Esta perturbação pode surgir em qualquer idade, contudo, constata-se que a sua prevalência aumenta de forma exponencial a partir dos 65 anos de idade (APA, 2014). Salienta-se, ainda, que a PNC Vascular apresenta uma maior incidência no sexo masculino (APA, 2014; Manfrim & Schmidt, 2011; Vieira, 2014), podendo, frequentemente, coexistir com perturbações depressivas e com a PNC Devida a Doença de Alzheimer (APA, 2014; Hategan et al., 2018; Vieira, 2014).

Tendo em consideração o facto de a etiologia desta perturbação se relacionar com a presença ou com a ocorrência de uma doença cerebrovascular, ressalta-se a importância de se procurar minimizar os fatores de risco vascular (Albu et al., 2018; Graff-Radford, 2019), nomeadamente a hipertensão arterial, a diabetes, a dislipidemia, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, os níveis elevados de colesterol, e outras doenças ou condições que aumentem a formação de êmbolos cerebrais (Albu et al., 2018; APA, 2014; Sachdev, Kalaria, et al., 2014; Vieira, 2014), recorrendo, por exemplo, ao controlo da pressão arterial, à redução do

stress, à prática de exercício físico e à realização de uma dieta mediterrânica, com o intuito de prevenir ou de retardar o declínio cognitivo (Albu et al., 2018; Graff--Radford, 2019).

Perturbação neurocognitiva major ou ligeira com corpos de Lewy

No que se refere à Perturbação Neurocognitiva Major ou Ligeira com Corpos de Lewy, o seu diagnóstico é realizado aquando da presença abundante de Corpos de Lewy nos neurónios do córtex e noutras áreas do cérebro, que consistem em inclusões intracitoplasmáticas esféricas e eosinofílicas que são compostas por componentes proteicos (Lamas et al., 2012), e que afetam a cognição, o comportamento, o movimento e a função autonómica do indivíduo (Husain & Schott, 2016). Esta PNC encontra-se associada ao aumento da idade e origina um declínio cognitivo progressivo que interfere na realização das atividades de vida diária do indivíduo (Hategan et al., 2018; Outeiro et al., 2019; Sachdev, Blacker, et al., 2014), possuindo um início insidioso e uma progressão gradual (APA, 2014; Sachdev, Blacker, et al., 2014). Os primeiros sintomas tentem a surgir entre os 60 e os 90 anos de idade, contudo verifica-se uma maior prevalência na faixa etária dos 80 anos. A evolução desta perturbação envolve períodos estacionários ocasionais, mas também períodos nos quais existe uma progressão para uma demência grave, e consequentemente, para a morte do indivíduo, salientando-se que a média de sobrevivência desta perturbação se encontra entre os 5 e os 7 anos (APA, 2014).

As características de diagnóstico nucleares desta perturbação englobam a existência de flutuações ao nível da cognição, com variações acentuadas na atenção e na vigília, alucinações visuais recorrentes e características espontâneas de parkinsonismo, com início posterior ao desenvolvimento do declínio cognitivo. No que se refere às características de diagnóstico sugestivas desta perturbação, salienta-se que estas abrangem a existência de uma perturbação do comportamento do sono de movimentos oculares rápidos (sono REM), sonolência diurna e hipersónia, e sensibilidade aos neurolépticos (APA, 2014; Hategan et al., 2018; Jellinger, 2018; Jellinger & Korczyn, 2018; Lamas et al., 2012; Sachdev, Blacker, et al., 2014; Vieira, 2014; Walker et al., 2015). É, ainda, frequente a história de episódios de *delirium* de início agudo que são, regularmente, precipitados por doenças ou pela realização de uma cirurgia (APA, 2014), e a existência de alterações ao nível das

funções executivas (Sachdev, Blacker, et al., 2014; Vieira, 2014). Para além disso, o diagnóstico de PNC com Corpos de Lewy é, ainda, suportado pela existência de quedas frequentes, de síncopes, de hipotensão ortostática, de incontinência urinária, de obstipação, de alucinações auditivas e outras não visuais, de delírios sistematizados e de depressão, apatia e ansiedade (APA, 2014; Jellinger, 2018; Jellinger & Korczyn, 2018; Vieira, 2014).

Verifica-se, assim, que esta perturbação origina défices proeminentes ao nível do funcionamento do indivíduo, causando dificuldades no que diz respeito aos seus cuidados de higiene, à sua mobilização e à sua alimentação (APA, 2014).

A PNC com Corpos de Lewy consiste no terceiro tipo de PNC mais frequente em indivíduos idosos, representando aproximadamente 15% a 25% dos casos, salientando-se o facto de ser ligeiramente mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino (Vieira, 2014). Esta pode coexistir com a Doença de Alzheimer ou com uma doença cerebrovascular em indivíduos que possuem uma idade mais avançada. Para além disso, a PNC com Corpos de Lewy apresenta, ainda, características clínicas semelhantes à PNC com Doença de Parkinson, uma vez que ambas possuem uma associação aos corpos de Lewy, evidenciando-se que aquilo que as distingue consiste nas diferenças existentes ao nível dos sintomas precoces (Hategan et al., 2018; Husain & Schott, 2016; Jellinger, 2018; Jellinger & Korczyn, 2018; Walker et al., 2015).

Atividades e exercícios

Atividades/exercícios para realizar com o indivíduo com deficiência

Existem algumas atividades/exercícios que o cuidador pode realizar em conjunto com o indivíduo com deficiência, com o objetivo de estimular determinadas competências, salientando-se que estes devem ser adaptados à faixa-etária do indivíduo e às suas respetivas capacidades.

Categoria: Comunicação

Atividade 1: Cantar (adaptado de OTT, 2011)

Cantar consiste numa atividade agradável e benéfica, uma vez que estimula a comunicação e a linguagem, incentiva a interação entre o cuidador e o(s) indivíduo(s) cuidado(s) e auxilia na aprendizagem de conteúdos académicos (no caso de crianças e jovens). Para além disto, esta atividade promove a capacidade de autoexpressão, fomenta a autoestima e potencia o relaxamento do(s) indivíduo(s).

Material: Lista de músicas; Aparelhagem ou dispositivo de áudio.

Instruções:

- O cuidador deve proceder à seleção de uma lista de músicas do interesse do(s) indivíduo(s) e que tenha em consideração as suas capacidades (por exemplo, se este(s) apresenta(m) dificuldades ao nível da fala, selecionar apenas músicas com poucas palavras e com frases repetidas para auxiliar na compreensão e na assimilação das mesmas).
- De seguida, este deve convidar o(s) indivíduo(s) cuidado(s) a cantar consigo as músicas em questão.

Atividade 2: Jogo do tambor (adaptado de OTT, 2011)

Material: Tambor e baqueta (nota: o(s) participante(s) pode(m) utilizar outro objeto em vez do tambor e as mãos em vez da baqueta).

Instruções:

- O cuidador deve assumir o papel de líder.
- Se existir mais do que um participante na atividade, este deve garantir que existe espaço suficiente para a realização de todos os movimentos em segurança.
- O cuidador deve fornecer as indicações necessárias para a realização do jogo (assumir-se como a voz de comando). As instruções podem ser, por exemplo: toca uma vez; toca cinco vezes; toca, toca, toca e pára; ou toca, pára, toca, toca e pára. O(s) indivíduo(s) deve(m) segurar na baqueta ou utilizar as mãos e seguir as instruções fornecidas pelo líder.
- Este deve aumentar ou diminuir a dificuldade da tarefa solicitada, de acordo com as capacidades apresentadas pelo(s) participantes(s), podendo trocar posteriormente de posição com este(s).

Atividade 3: Placa para a porta (adaptado de Sonnet & Taylor, 2009)

Material: Molde "placa para a porta" (anexo A); Cartolina; Tesoura; Canetas de feltro ou outro material para decorar as placas para a porta.

Instruções:

- O cuidador deve solicitar ao(s) indivíduo(s) que desenhe(m) a placa na cartolina (utilizando o molde em anexo) e que a recorte(m).
- De seguida, este deve propor ao(s) indivíduo(s) que selecione(m) uma mensagem para colocar na sua placa para a porta. As mensagens podem ser, por exemplo:
  - Silêncio, por favor!
  - Podem entrar.
  - Não incomodar.
- O cuidador deve incentivar o(s) indivíduo(s) a colocar(em) a placa na porta de uma divisão da sua casa, sempre que considerar(em) necessário, de modo a facilitar a comunicação entre estes.

Categoria: Atenção e concentração

Atividade 1: Encontra a pessoa (adaptado de Sonnet & Taylor, 2009)

Material: Revistas; Tesoura; Cola.

Instruções:

- Antes de dar início à atividade, o cuidador deve selecionar diversas fotografias de indivíduos (cerca de 10), utilizando uma ou mais revistas. De seguida, este deve recortar as fotografias em três partes: cabeça, tronco e pernas.
- Posteriormente, deve misturar as fotografias e colocá-las em cima de uma superfície plana.
- O cuidador deve desafiar o(s) indivíduo(s) a encontrar(em) as distintas partes que correspondem à mesma pessoa.
- No final, o cuidador pode propor que o(s) indivíduo(s) cole(m) as fotografias das pessoas em folhas brancas ou que as misture(m) e jogue(m) novamente.

Atividade 2: Um dia no shopping (adaptado de Sonnet & Taylor 2009)

Materiais: Diversos artigos que podem ser encontrados no shopping/supermercado (Por exemplo: Caixa de cereais vazia, caixa de bolachas vazia, pacote de lenços, caixa de lápis, fita adesiva, revistas, livros, etc.); Cartolina; Tesoura; Canetas.

Instruções:

- O cuidador deve, em conjunto com o(s) indivíduo(s), construir dinheiro para a realização da atividade. Neste sentido, e com recurso às cartolinas, devem recortar retângulos e/ou círculos de modo a criar notas e/ou moedas falsas. A quantidade e a diversidade do dinheiro devem ser adaptadas às capacidades do(s) indivíduo(s) (por exemplo, pode existir apenas uma moeda ou nota única e o preço dos artigos ser 1 moeda, 2 moedas ou 3 moedas, etc., ou o dinheiro criado pode simular a moeda euro utilizada

no quotidiano, salientando-se que o preço dos artigos pode ser 0,50 cêntimos, 1 euro, 5 euros, etc.

- De seguida, o cuidador deve incentivar o(s) indivíduo(s) a criar(em) a sua banca/loja de compras, bem como a caixa registadora, na qual deve(m) guardar algum dinheiro para troco.
- Posteriormente, este deve dar início à atividade e convidar inclusivamente outros elementos da família para adquirem artigos na loja que criaram.
- Nesta atividade, pode proceder-se à realização de trocas nos papéis desempenhados pelos diversos elementos, passando o vendedor a consumidor e o consumidor a vendedor.

Atividade 3: Bingo (adaptado de Sonnet & Taylor, 2009)

Material: Cartões do bingo (anexo B); Fichas para registo (anexo C); Saco.
Instruções:

- O cuidador deve proceder à criação de cartões (com números ou imagens) (cerca de 20 cartões), ou utilizar os cartões que se encontram em anexo (anexo B), e colocá-los no interior de um saco.
- De seguida, este deve criar as fichas de registo, utilizando alguns dos números ou das imagens que foram colocados nos cartões (ou utilizar as fichas de registo que se encontram em anexo (anexo C)). Cada ficha deve conter cerca de 5 a 10 imagens, de acordo as capacidades do(s) indivíduo(s).
- O cuidador deve iniciar a atividade, retirando uma peça de cada vez do saco, mencionando o nome do objeto e mostrando o cartão ao(s) participante(s). O objetivo é que, caso o(s) indivíduo(s) tenha(m) na sua folha de registo o mesmo número ou imagem que foi retirado do saco, o risque(m) ou assinale(m). Ganha quem conseguir riscar/assinalar todos os números/imagens do seu cartão em primeiro lugar.

Atividade 4: Escuta (adaptado de Sonnet & Taylor, 2009)

Material: Acesso ao Youtube ou a alguma aplicação que permita a reprodução de diversos sons.

Instruções:

- O cuidador deve reproduzir, à vez, diversos sons de diferentes categorias (por exemplo, sons de animais, de instrumentos, de transportes, entre outros).
- De seguida, este deve pedir ao(s) indivíduo(s) que identifique(m) o som que escutou/escutaram.
- No caso de o(s) indivíduo(s) não comunicar(em) verbalmente, o cuidador pode recorrer à utilização de cartões com imagens referentes aos sons produzidos, solicitando que este(s) indique(m) a imagem que corresponde ao som ouvido.

Categoria: Atividade física

Ser fisicamente ativo consiste num aspeto essencial para melhorar a saúde do indivíduo e prevenir possíveis complicações que advenham do sedentarismo e da ausência de atividade física. Não obstante este facto, constata-se que, em situações específicas, os indivíduos podem possuir condições clínicas que levantam determinadas questões acerca do tipo e da quantidade de atividade física que é recomendada. Em diversos casos, estes podem, inclusivamente, evitar a prática de exercício físico, devido a preocupações com os riscos inerentes a esta. No entanto, verifica-se que, para a maioria dos indivíduos, os benefícios de serem fisicamente ativos são superiores aos potenciais riscos existentes (Piercy et al., 2018; US Department of Health and Human Services, 2018).

A prática de atividade física é vital para a saúde e para o bem-estar dos indivíduos, salientando-se que caminhar consiste no exercício mais realizado por estes. No entanto, os indivíduos com deficiência podem enfrentar determinadas barreiras que limitam a sua prática de atividade física, quer em simples caminhadas, como noutro tipo de atividades. Neste sentido, constata-se que é fundamental facilitar o acesso a instalações e a programas adequados, uma vez que uma prática regular de atividade física contribui para a promoção da qualidade de vida do indivíduo, para a redução do risco de surgimento de novas condições de saúde e para a melhoria de alguns aspetos referentes às funções cognitivas que se encontram comprometidas em determinadas patologias (Hollis, 2020; Piercy et al., 2018; US Department of Health and Human Services, 2018). Para além disso,

os benefícios da prática de atividade física, incluem, de igual forma, a melhoria do sistema cardiovascular e muscular do indivíduo, a promoção da sua saúde mental, e o desenvolvimento das capacidades necessárias para executar as tarefas do quotidiano. O tipo e a quantidade de exercício a realizar deve ser determinado de acordo com as capacidades do indivíduo com deficiência e com a gravidade da sua condição de saúde, assim como com o feedback e aconselhamento fornecido pelo profissional ou equipa de profissionais que o acompanha (Piercy et al., 2018; US Department of Health and Human Services, 2018).

Os exercícios físicos podem ser agrupados em quatro grupos, nomeadamente os exercícios de resistência ou aeróbicos, os exercícios de fortalecimento ou de musculação, os exercícios de equilíbrio e os exercícios de flexibilidade. No que se refere aos exercícios de resistência ou aeróbicos, estes consistem em exercícios prolongados, de intensidade regular, que abrangem atividades como caminhar, dançar, andar de bicicleta, remar, subir escadas ou nadar. No que diz respeito aos exercícios de fortalecimento ou de musculação, estes reforçam a musculatura, possuindo uma intensidade média a moderada e incluindo, por exemplo, o levantamento de pesos. Relativamente aos exercícios de equilíbrio, estes consistem em exercícios lentos que promovem o equilíbrio e a força muscular, e que incluem, por exemplo, subir e descer escadas, caminhar na ponta dos pés e caminhar em linha reta. Por fim, no que se refere aos exercícios de flexibilidade, estes aumentam a amplitude dos grandes grupos musculares e das articulações, realizando-se através da distensão prolongada do músculo, que deve manter-se por cerca de 20 segundos (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012). No âmbito dos exercícios de flexibilidade, destacam-se os exercícios de alongamento (Pereira et al., 2019; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012).

Para um adulto com deficiência é recomendado (Piercy et al., 2018; US Department of Health and Human Services, 2018):

- Entre 150 minutos e 300 minutos semanais de atividade física aeróbica moderada, ou entre 75 minutos e 150 minutos por semana de atividade física aeróbica vigorosa, ou uma combinação equivalente entre atividade física aeróbica moderada e vigorosa. A realização da atividade física aeróbica deve ser distribuída ao longo dos dias da semana.
- Atividades de alongamento que envolvam os grandes grupos musculares e que devem ser realizadas pelo menos duas vezes por semana.

- Caso não seja possível atender às recomendações anteriores, os indivíduos devem procurar manter-se ativos de acordo com as suas capacidades. Neste sentido, é fundamental que estes procurem consultar um profissional de saúde ou um técnico de exercício físico, de forma a adequar a prática às suas capacidades e, deste modo, poderem beneficiar de uma vida ativa.

Em seguida, apresentam-se alguns exemplos de exercícios de atividade física que podem ser realizados pelos indivíduos com deficiência.

1. Equilíbrio e Flexibilidade

Atividade 1: Equilíbrio do saco de feijão (adaptado de Canales & Lytle, 2011)

Material: Saco(s) com feijões no interior.
Instruções: O cuidador deve, em primeiro lugar, demonstrar ao(s) indivíduo(s) os movimentos a realizar e, de seguida, solicitar que este(s) os repita(m), seguindo as instruções apresentadas:

- Equilibra/Equilibrem o saco de feijão na cabeça, nos cotovelos (primeiro num e depois no outro), na barriga, nas orelhas, nos ombros, nos joelhos, no pé e procura/procurem levantá-lo para cima e para baixo (deve(m) realizar o exercício com ambos os pés, um de cada vez) e numa parte do corpo à escolha;
- Atira/Atirem o saco de feijão ao ar com as mãos e apanha-o/apanhem-no;
- Atira/Atirem o saco de feijão, bate/batam uma palma e apanha-o/apanhem-no novamente;
- Atira/Atirem o saco de feijão ao ar com os pés e depois apanha-o/apanhem-no.

Atividade 2: Escalada (adaptado de Canales & Lytle, 2011)

Material: Formas de diferentes cores, tamanhos e texturas recortadas em cartolina ou noutros materiais; Fita cola ou fita adesiva.
Instruções:

- O cuidador deve colar as diferentes formas (círculos, triângulos, quadrados, estrelas, corações, etc.) ao longo de uma parede, numa disposição aleatória, bem como no chão junto à respetiva parede.
- Posteriormente, deve sugerir que o(s) indivíduo(s) inicie(m) a atividade numa das extremidades da parede. Se a atividade for realizada por mais do que um participante, estes podem espalhar-se ao longo da parede de modo a iniciarem a atividade em locais distintos.
- Este deve fornecer indicações acerca dos movimentos que o(s) indivíduo(s) deve(m) realizar, referindo uma forma no chão na qual este(s) deve(m) colocar um dos pés e uma forma na parede na qual este(s) deve(m) colocar uma das mãos (por exemplo: "com o pé direito, pisa/pisem uma estrela amarela no chão e com a mão esquerda encontra/encontrem um coração azul na parede").
- O cuidador deve providenciar instruções sucessivamente até que o(s) indivíduo(s) chegue(m) ao final da parede.

2. Resistência Muscular e Cardiorrespiratória

Atividade 1: Pulmões de vencedor (adaptado de Canales & Lytle, 2011)

Material: Bola de ping-pong ou outro tipo de bola pequena; Palhinha; Cartão; Mesa ou superfície plana.
Instruções:

- O cuidador deve colocar o cartão nas extremidades da superfície plana ou da mesa (ao longo do seu comprimento), criando um limite para que a bola de ping-pong não caia, e deixar as restantes extremidades abertas.
- De seguida, este deve colocar a bola de ping-pong no meio da área de jogo. Este deve solicitar ao(s) indivíduo(s) que sopre(m) a bola para a frente com o auxílio de uma palhinha (este(s) pode(m) também utilizar outro objeto ou recorrer apenas à utilização da boca), com o objetivo de a conduzir até à baliza (extremidade da mesa).
- Esta atividade pode ser realizada por mais do que um participante, em formato de duelo (o cuidador pode jogar em conjunto com o indivíduo), ou pode recorrer-se, ainda, à colocação de obstáculos na área de jogo, de forma a aumentar o grau de complexidade e de dificuldade da atividade.

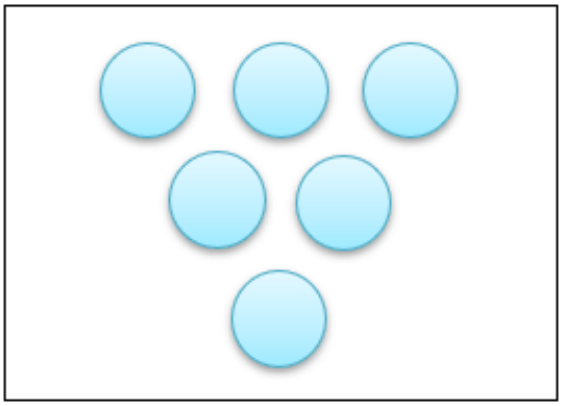
Atividade 2: Sacos de feijão (adaptado de Sonnet & Taylor, 2009)

Material necessário: 6 vasos/baldes de tamanho médio; 6 pedras pesadas; 6 sacos de feijão ou bolas; Folhas; Canetas; Fita adesiva.

Instruções:

- O cuidador deve colocar os vasos/baldes de acordo com a figura 2, a uma determinada distância do(s) indivíduo(s) (aquela que considerar adequada).
- De seguida, este deve colar uma folha com uma determinada pontuação à frente de cada vaso/balde, por exemplo, 5, 10, 15, 20, etc. (quanto mais distante maior a pontuação).
- Este deve proceder à colocação de uma pedra ou de algo pesado no interior de cada vaso/balde para impedir que este se vire durante a realização da atividade.
- Por fim, este deve propor que cada participante lance, à vez, o saco de feijão/bolas, e registar a pontuação de cada um destes (ganha aquele que alcançar a pontuação mais elevada).

Figura 2. Disposição dos vasos/baldes



3. Coordenação

Atividade 1: Passa o berlinde (adaptado de Canales & Lytle, 2011)

Material: Tubo de cartão cortado ao meio longitudinalmente (uma metade por cada participante); Berlindes (ou bolas que rolem com facilidade nos tubos de cartão).

Instruções: Nesta atividade, podem participar mais do que dois indivíduos, que se devem alinhar lado a lado e ao mesmo nível (por exemplo, se um dos indivíduos utilizar uma cadeira de rodas, todos os outros participantes devem sentar-se para que se encontrem ao mesmo nível).

- O cuidador deve entregar um tubo de cartão a cada participante e solicitar que estes o segurem com ambas as mãos, e à frente dos seus corpos, de modo a que as extremidades do tubo de cartão de cada participante se alinhem.
- De seguida, este deve colocar o berlinde no tubo de um indivíduo que se encontre numa das extremidades e explicar aos participantes que terão de realizar manobras com os seus tubos para que o berlinde role e chegue ao tubo de cartão do último indivíduo. Para além disso, deve referir que, sempre que o berlinde cair, se deve recomeçar a atividade.

Atividade 2: Bowling (adaptado de Canales & Lytle, 2011; Sonnet & Taylor, 2009)

Material: Saco com feijões no interior; Garrafas de água com areia no fundo (de modo a ficarem mais pesadas); Mesa ou superfície plana.

Instruções:

- O cuidador deve colocar numa das extremidades da mesa os pinos (garrafas de água) numa posição vertical e solicitar que o(s) indivíduo(s) se coloque(m) na extremidade oposta.
- De seguida, deve entregar o saco de feijão ao(s) indivíduo(s) e incentivá-lo(s) a arremessar o saco de forma a tentar derrubar os pinos.

Atividade 3: Hóquei (adaptado de Sonnet & Taylor, 2009)

Material: Cadeira; Balões ou bola de esponja; Bastão (de jornal enrolado).

Instruções:

- O cuidador deve proceder à criação de um bastão, com recurso a um jornal. Este deve enrolar as folhas do jornal, de modo a que este fique resistente o suficiente para a realização da atividade.
- De seguida, este deve colocar uma cadeira a uma distância adequada do(s) participante(s), e sugerir que este(s) procure(m), com recurso ao bastão, fazer passar o balão ou a bola de esponja entre as pernas da mesma.
- O cuidador pode, sempre que considerar pertinente, aumentar o grau de dificuldade da atividade, afastando a cadeira do(s) indivíduo(s).

Atividade 4: Labirinto a laser (adaptado de Canales & Lytle, 2011)

Material: Ponteiro a laser; Fita adesiva para segurar o ponteiro a laser na cabeça; Fita adesiva colorida.

Instruções:

- O cuidador deve criar um padrão numa parede, recorrendo à utilização de fita adesiva (o objetivo é que faça linhas que formem um labirinto, um desenho ou uma forma).

- De seguida, este deve fixar o ponteiro a laser na cabeça do(s) indivíduo(s), utilizando, por exemplo, uma faixa, e ligar o ponteiro.
- Posteriormente, este deve solicitar que o(s) indivíduo(s) se coloque(m) numa posição frontal face à parede, e que, através do controlo da cabeça, tente(m) seguir cada padrão com o laser (da esquerda para a direita), sem ultrapassar as linhas.
- No decorrer da atividade, e caso seja necessário, o cuidador pode auxiliar o(s) indivíduo(s) a manobrar o laser. Para além disso, este pode criar padrões mais simples ou mais complexos, de acordo com as suas respetivas capacidades, e pedir, inclusivamente, a sua ajuda na criação dos padrões e dos labirintos.

4. Movimento

Atividade 1: Ritmo (adaptado de Canales & Lytle, 2011)

Material: Cachecóis ou lenços (um ou dois por cada participante); Música.
Instruções:

- O cuidador deve solicitar que cada participante inicie a atividade a segurar num lenço ou num cachecol.
- De seguida, este deve propor que o(s) indivíduo(s) procure(m) mover o cachecol ou lenço das seguintes formas: em grandes círculos, para cima e para baixo, para a direita e para a esquerda, para a frente e para trás do corpo, de forma rápida ou lenta, atirá-lo ao ar e apanhá-lo, atirá-lo ao ar, bater palmas e apanhá-lo, e atirá-lo ao ar, rodar sobre si e apanhá-lo.
- Para além disso, o cuidador pode colocar uma música a tocar e sugerir que o(s) indivíduo(s) mova(m) o cachecol ou o lenço ao ritmo da música e que seja(m) criativo(s) na forma como se movimenta(m).

Atividades/exercícios para realizar com o indivíduo idoso

A realização de atividades/exercícios permite promover o bem-estar emocional dos indivíduos idosos, salientando-se que o facto de estes os executarem em conjunto com os seus prestadores de cuidados informais permite aumentar a ligação e a união existente entre ambos (Lambert, 2018).

Neste âmbito, verifica-se que o cuidador informal deve auxiliar o indivíduo idoso a manter uma rotina recreativa, realizando com este atividades de ocupação dos tempos livres (Diogo & Moura, 2016) que podem englobar a prática de atividade física (Pereira et al., 2019; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012), o ioga (Alexander et al., 2013; Gonçalves et al., 2011; Hariprasad et al., 2013; Santaella et al., 2011), a realização de trabalhos manuais (Im & Lee, 2014; Sánchez & Mora, 2013), a jardinagem (Park et al., 2016; Scott et al., 2014; Wang & Glicksman, 2013), a música (Im & Lee, 2014), a leitura (Billington et al., 2010; Healey et al., 2017), a culinária (Wang et al., 2011), os jogos de mesa e a utilização de novas tecnologias (Sánchez & Mora, 2013). As atividades/exercícios a realizar com os indivíduos idosos devem ser adaptados aos seus gostos e aos seus interesses, verificando-se que também o seu nível de dificuldade deve ser equacionado consoante as suas respetivas capacidades (Lambert, 2018).

A prática de atividade física possui diversas vantagens para o indivíduo idoso, tanto no que se refere ao plano físico como ao plano psicológico, contribuindo para a preservação da sua independência funcional (Pereira et al., 2019) e para o aumento da sua longevidade (Pinto et al., 2019). Relativamente aos benefícios físicos, salienta-se o ganho de massa muscular, o reforço das articulações e da mobilidade articular, a desaceleração da atrofia muscular, a prevenção da descalcificação e da desmineralização óssea, a promoção da capacidade motora, assim como a prevenção de eventuais quedas e de outros acidentes prejudiciais ao indivíduo idoso. Para além disso, evidencia-se que a atividade física previne o surgimento

de determinadas doenças e condições físicas, melhora o funcionamento cardiovascular e os valores de tensão arterial, contribui para a eliminação de colesterol e para regular os níveis de glicose no sangue, reduz o risco de formação de coágulos e, consequentemente, de tromboses e de embolias, aumenta a capacidade ventilatória e respiratória, assim como a oxigenação, diminui o risco de arteriosclerose, e previne o excesso de peso e a obesidade. Do ponto de vista psicológico, a prática de atividade física permite a melhoria da qualidade do sono do indivíduo idoso e o aumento da sua autoestima e do seu equilíbrio emocional, diminuindo os seus níveis de stress, de ansiedade e de depressão, possuindo uma influência positiva na sua capacidade de atenção e de concentração e promovendo o seu bom humor, o seu bem-estar psicológico e a sua qualidade de vida (Mongil & Martín, 2013; Pereira et al., 2019; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012).

Existem quatro grupos de exercícios que são recomendados para os indivíduos idosos, nomeadamente os exercícios de resistência ou aeróbicos, os exercícios de fortalecimento ou de musculação, os exercícios de equilíbrio e os exercícios de flexibilidade (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012). No âmbito dos exercícios de resistência ou aeróbicos, salienta-se que o cuidador pode realizar passeios com o idoso, verificando-se que estes permitem, para além da prática de atividade física, o contacto com o exterior (Pereira et al., 2019; Sánchez & Mora, 2013; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012). Estes exercícios devem ser realizados, se possível, cinco vezes por semana, e possuir uma duração de cerca de vinte a sessenta minutos. No que diz respeito aos exercícios de fortalecimento e de musculação, estes consistem em exercícios que contribuem para preservar a autonomia do idoso (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012). Relativamente aos exercícios de equilíbrio, estes permitem reforçar a força muscular e promover o equilíbrio do indivíduo idoso, prevenindo a ocorrência de quedas. Por fim, no que se refere aos exercícios de flexibilidade, estes permitem prevenir a existência de deformidades ósseas e a rigidez da cartilagem, dos tendões e dos ligamentos que surge com o aumento da idade, contribuindo para evitar a experienciação de dores musculares e articulares. Para além disso, verifica-se que estes contribuem para a existência de uma maior amplitude de movimentos que facilita, consequentemente, a realização das atividades de vida diária por parte do idoso (Pereira et al., 2019; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012).

No que se refere à prática de ioga, esta permite, igualmente, promover a qualidade de vida dos indivíduos idosos, uma vez que possui benefícios no que diz respeito à sua saúde física e mental, melhorando, consequentemente, a sua capacidade de realização das atividades de vida diária e contribuindo para o aumento do seu nível de autonomia. Esta aumenta a flexibilidade dos idosos, a sua força muscular e melhora a função da marcha, verificando-se que os exercícios respiratórios inerentes à prática de ioga possuem, ainda, benefícios para o seu sistema cardiorrespiratório, melhorando a sua função respiratória e a sua circulação sanguínea, e possuindo efeitos positivos ao nível da sua tensão arterial. Para além disso, a prática de ioga produz ainda uma diminuição da experienciação de emoções desagradáveis, de mal-estar psicológico, de sintomatologia depressiva, de ansiedade e de stress, e promove a qualidade do sono dos indivíduos, minimizando os seus níveis de fadiga e aumentando a sua capacidade de atenção e de concentração (Alexander et al., 2013; Gonçalves et al., 2011; Hariprasad et al., 2013; Santaella et al., 2011).

No que diz respeito à realização de trabalhos manuais, esta consiste também numa atividade que pode ser realizada em conjunto com os indivíduos idosos. Esta atividade permite a estimulação de diversos sentidos, a expressão das emoções de uma forma criativa e a redescoberta do potencial criativo do indivíduo (Im & Lee, 2014; Sánchez & Mora, 2013). Para além disso, as atividades artísticas possuem efeitos positivos ao nível da saúde mental dos idosos, diminuindo os seus níveis de stress e auxiliando no alívio ou na prevenção de sintomatologia depressiva (Im & Lee, 2014; Jian et al., 2010). Neste âmbito, salienta-se que o cuidador informal pode realizar atividades manuais em conjunto com o indivíduo idoso, verificando-se que estes podem aprender através de manuais ou de vídeos que se encontrem disponíveis na internet (Sánchez & Mora, 2013).

A jardinagem consiste numa atividade que pode ser realizada em conjunto com os indivíduos idosos, salientando-se que esta combina a atividade física de intensidade baixa ou moderada com a criatividade e o lazer ao ar livre. As atividades de jardinagem promovem a qualidade de vida dos indivíduos idosos, possuindo benefícios significativos ao nível da sua saúde física e mental (Park et al., 2016; Scott et al., 2014; Wang & Glicksman, 2013). No que se refere à saúde física, evidencia-se que as atividades de jardinagem permitem que os indivíduos se mantenham mais ativos, promovendo o ganho de massa muscular, a resistência

aeróbica e a destreza das mãos, e reduzindo o risco de doenças crónicas como a diabetes, as doenças cardiovasculares e a obesidade abdominal. No que diz respeito à saúde mental, salienta-se que a jardinagem e o contacto com a natureza promovem a sensação de calma e de bem-estar do indivíduo, fomentando o seu relaxamento e a diminuição dos seus níveis de stress, reduzindo possíveis sintomas de ansiedade e de depressão existentes, e melhorando a sua autoestima. Para além disso, as atividades de jardinagem permitem estimular as suas funções cognitivas, particularmente a sua capacidade de orientação e de atenção (Park et al., 2016; Soga et al., 2017; Wang & Glicksman, 2013). Neste âmbito, salienta-se que o cuidador informal e o indivíduo idoso podem, em conjunto, semear sementes na terra, cultivar ervas aromáticas em vasos, entre outras opções (Sánchez & Mora, 2013).

No âmbito das atividades de ocupação dos tempos livres, evidencia-se, ainda, que a música possui diversos benefícios para o indivíduo idoso, salientando-se que esta permite a sua expressão e elaboração emocional, e possui influência no seu estado de espírito, promovendo, consequentemente, o seu bom-humor (Im & Lee, 2014), originando uma sensação geral de bem-estar físico e mental (Lehmberg & Fung, 2010), e apresentando um papel fundamental no que se refere à redução dos seus níveis de ansiedade e de stress (Im & Lee, 2014). Neste sentido, verifica-se que tocar um instrumento ou produzir música pode possuir efeitos benéficos no âmbito da prevenção do declínio cognitivo associado ao processo de envelhecimento (James et al., 2020; Lehmberg & Fung, 2010), e promover sentimentos de prazer, de alegria e de orgulho, contribuindo para a qualidade de vida do indivíduo idoso (Lehmberg & Fung, 2010).

A leitura pode consistir, igualmente, numa atividade benéfica para realizar em conjunto com o indivíduo idoso, verificando-se que esta permite estimular a sua capacidade de atenção e de concentração (Billington et al., 2010), constituindo-se como um fator protetor face ao declínio cognitivo (Peng et al., 2019). Neste âmbito, o cuidador informal pode, por exemplo, ler poesia ao idoso e conversar com este acerca do poema lido, salientando-se que esta atividade permite que este reflita sobre narrativas que possuem importância para si (Healey et al., 2017).

A culinária consiste, também, numa atividade que o cuidador informal e o indivíduo dependente podem realizar em conjunto, salientando-se que esta permite estimular os sentidos do idoso (nomeadamente a sua visão, o seu olfato e o seu paladar) e o seu funcionamento cerebral (Wang et al., 2011), promovendo a

sua capacidade de concentração (Farmer et al., 2017; Sánchez & Mora, 2013), a sua memória prospetiva e a sua capacidade de planeamento e de realização simultânea de tarefas (Farmer et al., 2017; Wang et al., 2011). Para além disso, verifica-se que cozinhar promove a autoconfiança e a autoestima do indivíduo, consistindo numa fonte de distração face a problemas e permitindo, deste modo, melhorar o seu estado de humor e afetividade, e diminuir possíveis sintomas de ansiedade existentes. Desta forma, evidencia-se que a culinária consiste numa atividade que apresenta benefícios para a saúde e para o bem-estar psicológico dos idosos, melhorando, consequentemente, a sua qualidade de vida (Farmer et al., 2017). Neste âmbito, salienta-se que o indivíduo idoso pode selecionar a receita a realizar, assim como os respetivos ingredientes, e o cuidador informal pode assumir a função de aprendiz e seguir os passos indicados por este, ou, por outro lado, o cuidador pode assumir a função de instrutor, potenciando a aprendizagem de novas receitas por parte do idoso (Sánchez & Mora, 2013).

Os jogos proporcionam uma oportunidade para o cuidador realizar uma atividade em conjunto com o indivíduo idoso, evidenciando-se que os jogos de mesa, em particular, podem apresentar benefícios para este último, retardando o declínio cognitivo e a experienciação de sintomatologia depressiva (Dartigues et al., 2013). Entre estes, destacam-se o xadrez, o dominó, o bingo e os jogos de cartas, que consistem em jogos populares entre os indivíduos pertencentes a esta faixa-etária, provavelmente conhecidos e jogados anteriormente por estes. O cuidador pode realizar com o indivíduo cuidado jogos que este já conheça, com o objetivo de relembrar habilidades adquiridas ao longo da vida, ou ensinar-lhe novos jogos, procurando estimular a sua capacidade de aprendizagem (Sánchez & Mora, 2013).

As novas tecnologias podem, também, consistir num recurso para a ocupação dos tempos livres (Näsi et al., 2011; Sánchez & Mora, 2013), e numa ferramenta útil para combater o isolamento social no decorrer da terceira idade (Chen & Schulz, 2016). Estas podem promover o desenvolvimento individual e social dos indivíduos idosos, e otimizar a sua qualidade de vida em diversos domínios (Juste et al., 2015). Geralmente, os indivíduos idosos apresentam uma lacuna de conhecimentos relativamente às novas tecnologias, o que limita as suas oportunidades de acesso a recursos e a relacionamentos, salientando-se que a realização de atividades associadas a esta área consiste num desafio e numa forma de os estimular (Sánchez & Mora, 2013).

Para além das atividades referidas anteriormente, Agronin (2016) elaborou uma lista na qual categorizou potenciais atividades que podem ser realizadas pelo indivíduo idoso em conjunto com o seu cuidador, agrupando-as em determinadas categorias, tais como a estimulação sensorial, a estimulação da memória, as atividades intergeracionais, a atividade física e as atividades religiosas, espirituais e culturais (Tabela 1).

Tabela 1. Atividades

Estimulação sensorial	▶ Preparar e provar cozinhados ou diferentes alimentos; ▶ Cheirar e nomear diferentes tipos de especiarias; ▶ Plantar flores ou ervas aromáticas/produtos hortícolas; ▶ Visitar um jardim ou parque paisagístico; ▶ Realizar um passeio na praia durante o pôr do sol; ▶ Fazer uma massagem suave nas mãos, braços ou costas do indivíduo idoso com loções perfumadas; ▶ Ouvir música ou tocar instrumentos; ▶ Visitar um museu para apreciar obras de arte.
Estimulação da memória	▶ Ver fotografias antigas ou recentes e identificar as pessoas e/ou os lugares presentes nestas; ▶ Ouvir canções ou músicas conhecidas; ▶ Visitar familiares ou amigos de longa data; ▶ Conversar acerca de experiências de vida e temas de interesse para o indivíduo idoso.

Atividades intergeracionais	▶ Incentivar o idoso a contar histórias acerca do seu passado a um indivíduo mais jovem; ▶ Pedir a membros mais jovens da família que auxiliem o idoso a decorar uma sala, a sua cadeira de rodas ou o seu andarilho, caso possuam e se for do seu interesse; ▶ Incentivar o indivíduo idoso a realizar trabalhos manuais em conjunto com uma pessoa mais jovem ou a preparar e experimentar uma receita familiar; ▶ Incentivar o idoso a ouvir música ou a assistir a um filme em conjunto com um indivíduo mais jovem; ▶ Incentivar o idoso a plantar uma flor ou um hortícola, em conjunto com um indivíduo mais jovem.
Atividade física	▶ Realizar exercícios ou desportos simples em conjunto com o indivíduo idoso, tais como apanhar e atirar uma bola ou pescar; ▶ Dar um passeio pela rua ou pelo parque local; ▶ Realizar tarefas domésticas simples em conjunto.
Atividades religiosas, espirituais e culturais	▶ Assistir a uma cerimónia religiosa; ▶ Ler ou cantar orações em conjunto; ▶ Ouvir e/ou cantar música religiosa ou cultural; ▶ Realizar visitas com grupos religiosos; ▶ Celebrar festas religiosas e/ou realizar rituais religiosos em conjunto.

O cuidador pode, também, incentivar o indivíduo idoso a realizar exercícios de estimulação cognitiva. Os exercícios de estimulação cognitiva visam melhorar o funcionamento cognitivo do indivíduo (Grasset, 2012), possuindo um papel fulcral no que se refere à preservação das suas capacidades cognitivas, à redução do risco de declínio cognitivo (Langa & Levine, 2014; Parola et al., 2019), à prevenção do desenvolvimento de perturbações neurocognitivas e de perturbações

depressivas e à promoção da sua autonomia e do seu autocuidado (Apóstolo et al., 2011).

Os exercícios de estimulação cognitiva podem encontrar-se direcionados para a estimulação de diversas funções cognitivas (Zolini & Paquete, 2013), nomeadamente da orientação (Hall et al., 2013), da atenção, da memória, da linguagem, do cálculo, das gnosias (Gargallo, 2015; Zolini & Paquete, 2013) e das praxias (Hall et al., 2013). Em seguida, apresentam-se alguns exemplos de exercícios de estimulação cognitiva que podem ser realizados pelo indivíduo idoso:

Categoria: Orientação

1. Quem sou? Onde me encontro no tempo e no espaço?

O cuidador deve solicitar que o indivíduo preencha a coluna da direita com as respostas às questões colocadas na coluna da esquerda. Caso o sujeito possua dificuldades ao nível da escrita, deve pedir que este responda oralmente às questões propostas.

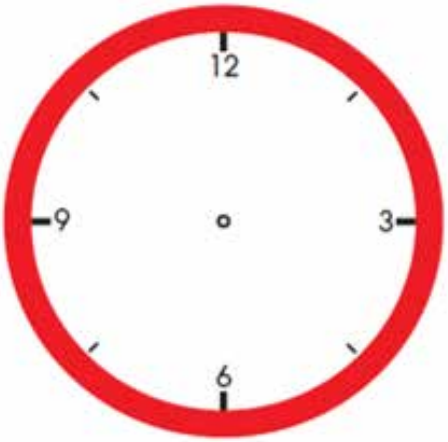
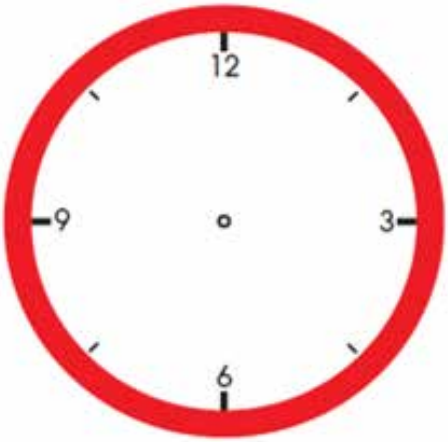
Orientação pessoal	
Como se chama?	
Em que dia, mês e ano é que nasceu?	
Que idade tem?	
Tem filhos? Se sim, qual/quais é que é/são o(s) seu(s) nome(s) e a(s) sua(s) idade(s)?	
Tem netos? Se sim, qual/quais é que é/são o(s) seu(s) nome(s) e a(s) sua(s) idade(s)?	
Quais é que são os 3 últimos dígitos do seu número de telefone/telemóvel?	

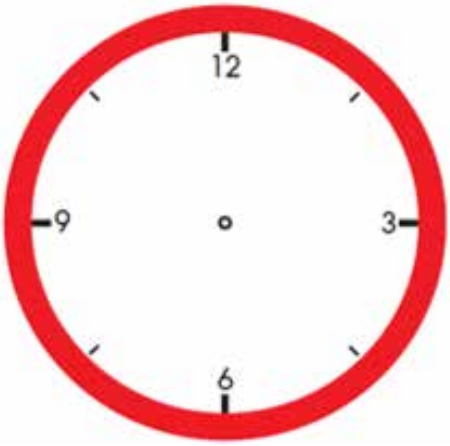
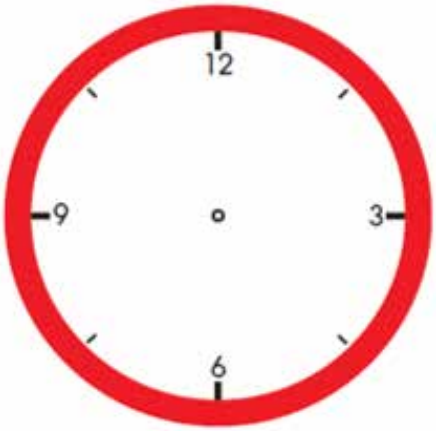
Orientação temporal	
Que horas são?	
Qual é o momento do dia em que estamos?	
Que dia da semana é hoje?	
Em que dia do mês estamos?	
Em que mês estamos?	
Em que ano estamos?	
Qual é a estação do ano em que nos encontramos?	
Orientação espacial	
Onde estamos?	
Em que rua estamos?	
Em que bairro estamos?	
Em que cidade estamos?	
Em que país estamos?	

Exercício adaptado de Tárraga et al. (1999).

2. Horas

O cuidador deve solicitar que o indivíduo desenhe nos relógios apresentados as horas correspondentes às questões colocadas. Caso o sujeito possua dificuldades ao nível da escrita, deve pedir que este indique as horas no relógio.

Que horas são neste momento? 	Que horas eram há 30 minutos atrás? 
Que horas eram há 3 horas atrás?	A que horas toma o pequeno-almoço?

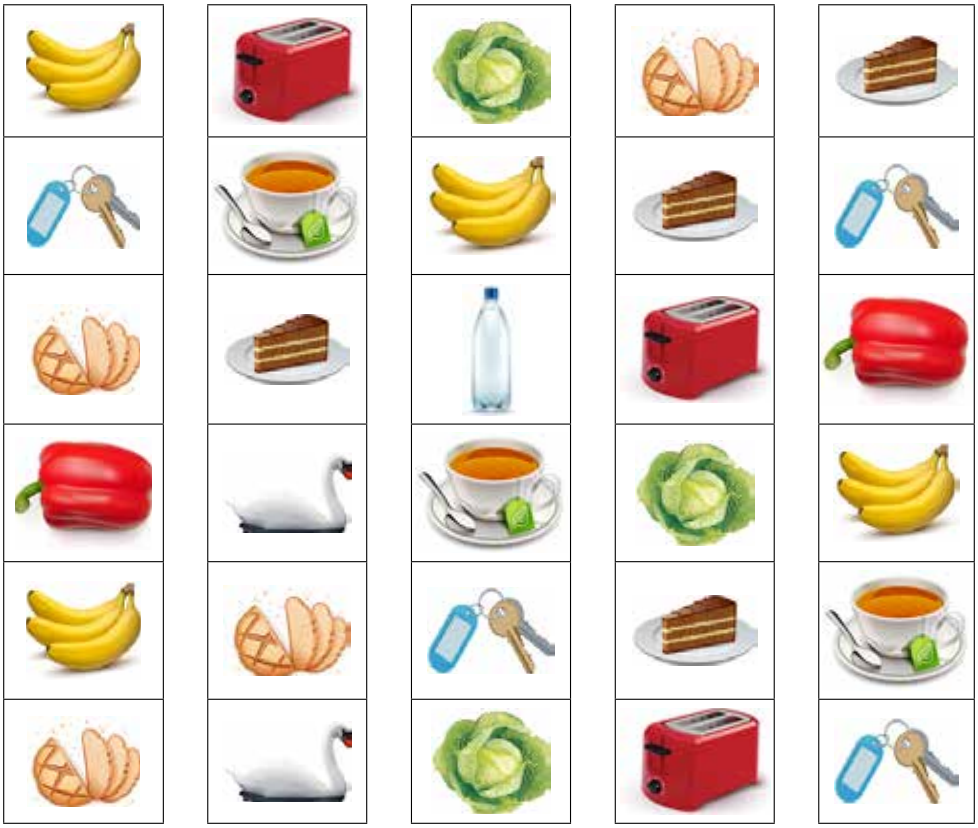
A que horas almoça?	A que horas janta?
	

Exercício adaptado de Gil et al. (2005).

Categoria: Atenção e concentração

1. Quais se repetem?

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que observe cada coluna e que desenhe um círculo à volta das imagens que se repetem. Caso o sujeito possua dificuldades em desenhar o círculo, deve pedir-lhe que indique as imagens ou que verbalize o nome dos objetos ou dos alimentos repetidos em cada coluna. (O anexo D contém as soluções desta atividade).



Exercício adaptado de Peña (2010).

2. Quantas farmácias existem?

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que desenhe um círculo à volta de todos os pontos de farmácia existentes no mapa. Caso o sujeito possua dificuldades em desenhar o círculo, deve pedir-lhe que os indique. (O anexo D contém as soluções desta atividade).

Exercício adaptado de Gil et al. (2005).

Categoria: Memória

1. Listas

O cuidador deve solicitar que o indivíduo idoso leia, à vez, cada lista de palavras apresentada e que, posteriormente, procure repeti-la sem a ver. Caso o idoso não possua a capacidade de leitura ou não seja capaz de ler por algum motivo, o cuidador pode ler a lista em voz alta e pedir-lhe que repita as palavras em seguida.

Lista A	Lista B	Lista C
- Sol	- Elefante	- Fantástico
- Lata	- Caramelo	- Verão
- Mesa	- Janela	- Lápis
- Gato	- Caneta	- Sapato
	- Revista	- Luta
		- Chocolate

Exercício adaptado de Tárraga et al. (1999).

2. Direto e inverso

O cuidador deve proceder à leitura, em voz alta, das sequências de números que se seguem (as sequências devem ser lidas uma de cada vez), pedindo ao indivíduo para repetir os números pela mesma ordem em que foram enunciados.

3 – 8 – 9
4 – 2 – 7 – 1
5 – 6 – 8 – 3 – 7
2 – 4 – 1 – 7 – 3 – 9

O cuidador deve proceder à leitura, em voz alta, das sequências de números que se seguem (as sequências devem ser lidas uma de cada vez), pedindo ao indivíduo para repetir os números pela ordem inversa à que foram enunciados.

4 – 7 – 2
5 – 1 – 2 – 9
6 – 3 – 8 – 1 – 4
3 – 5 – 7 – 9 – 2 – 6

Exercício adaptado de Gil et al. (2005).

Categoria: Funções Executivas

1. Sequências

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que enumere os passos necessários para realizar as tarefas/atividades mencionadas. Caso o sujeito possua dificuldades ao nível da escrita, deve pedir que este verbalize os passos. (O anexo D contém uma sugestão para solucionar esta atividade).

Preparar um lanche para duas pessoas.

_____

_____

_____

_____

Sair de casa para ir comprar pão, peixe e carne.

_____

_____

_____

_____

Viajar para outro país.

_____

_____

_____

_____

Exercício adaptado de Gil et al. (2005).

2. Vamos ordenar!

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que ordene as frases apresentadas, de modo a criar uma sequência lógica. Caso o sujeito possua dificuldades ao nível

da escrita, este deve pedir-lhe que verbalize a ordem das frases. (O anexo D contém as soluções desta atividade).

	Pagou 0,80€ pelo pão.
	O António foi à padaria comprar pão para o pequeno-almoço.
	Por fim, regressou a casa.
	Foi atendido pelo funcionário e fez o seu pedido.

	Lavou o cabelo e ensaboou o corpo.
	Foi tomar banho.
	Por fim, vestiu-se e foi preparar o almoço.
	A Maria esteve a arranjar o carro e sujou-se com óleo.
	Retirou o champô e o sabão e secou-se com uma toalha florida.

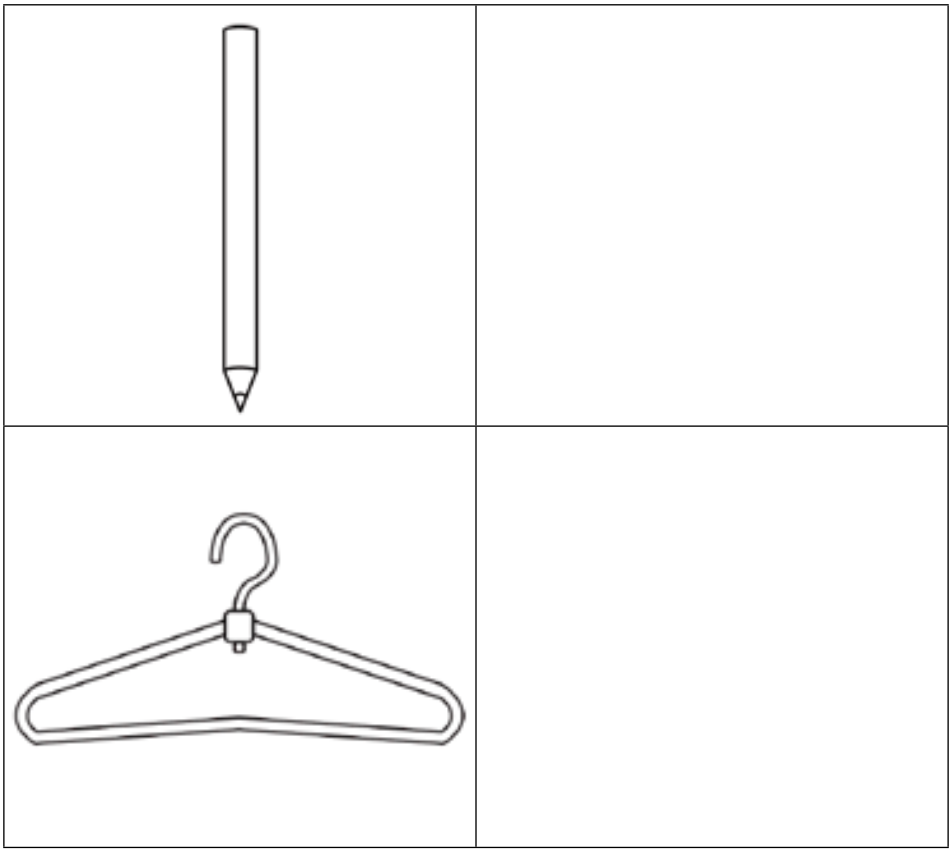
	Colocou uma panela com água ao lume.
	Descascou as batatas e as cenouras e pô-las a cozer na água.
	Quando o repolho terminou de cozer, a sopa ficou pronta.
	Passou a sopa com a varinha mágica e acrescentou o repolho.
	A Raquel fez sopa para o jantar.

Exercício adaptado de Pais e Nunes (2007).

Categoria: Capacidade Visuoconstrutiva

1. Desenhar

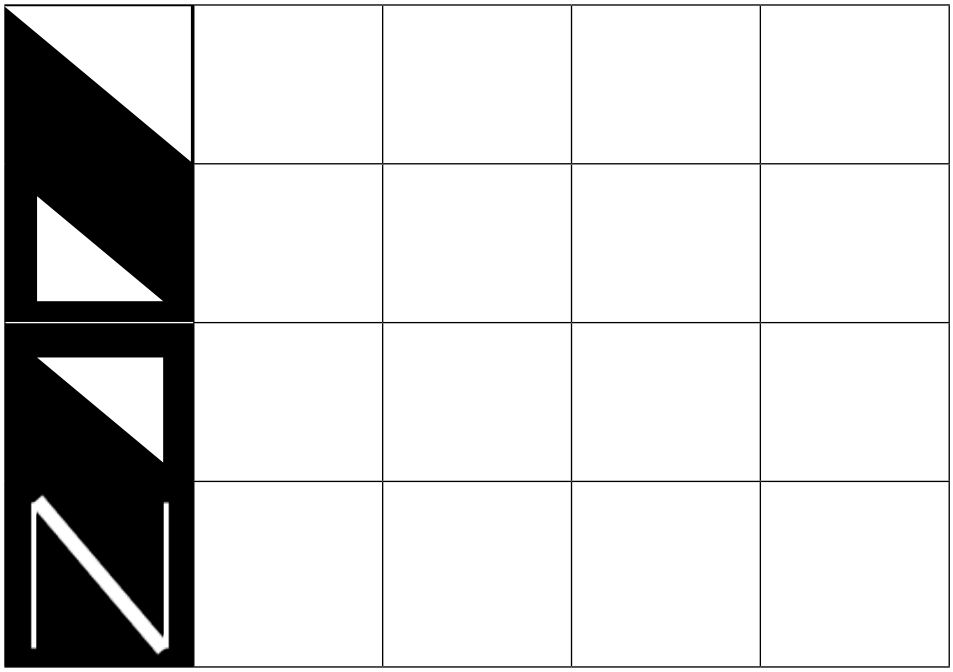
O cuidador deve solicitar ao indivíduo que copie as seguintes figuras.



Exercício adaptado de Peña (2010).

2. Copiar

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que copie cada figura para os quadrados que se encontram na respetiva linha.



Exercício adaptado de Tárraga et al. (1999).

Categoria: Linguagem

1. Adjetivos

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que realize a correspondência entre as palavras da primeira coluna e os adjetivos da segunda coluna que melhor se adequam às mesmas, unindo os pontos entre estes. Caso o sujeito possua dificuldade em unir os pontos, deve pedir-lhe que verbalize a associação entre as duas palavras. (O anexo D contém as soluções desta atividade).

Fruta ●	● **Verde**
Dentes ●	● **Liso**
Óculos ●	● **Madura**
Brinquedo ●	● **Brancos**
Cabelo ●	● **Graduados**

Exercício adaptado de Tárraga et al. (1999).

2. Frases

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que escreva frases com as palavras sugeridas. Caso o sujeito possua dificuldades ao nível da escrita, deve pedir-lhe que verbalize as frases.

Cozinha

_____

Lisboa

_____

Arrojado

_____

Camisa

_____

Oceano + Azul

_____

Trevo + Jardim

_____

Balão + Céu

_____

Livraria + Estante

Exercício adaptado de Tárraga et al. (1999).

Categoria: Cálculo

1. Números

O cuidador deve solicitar que o indivíduo idoso complete o quadro apresentado, seguindo as instruções. Caso o sujeito possua dificuldades ao nível da escrita, o cuidador pode auxiliá-lo. (O anexo D contém as soluções desta atividade).

Escreva por extenso os seguintes números:	Escreva os números descritos em cada alínea:
▶ 14 _____	▶ Vinte e três _____
▶ 20 _____	▶ Cento e quatro _____
▶ 123 _____	▶ Cento e vinte e cinco _____
▶ 412 _____	▶ Mil e quinhentos _____
▶ 13 _____	▶ Dezasseis mil e duzentos _____
▶ 1100 _____	▶ Cinco mil _____
▶ 2005 _____	▶ Oito _____
▶ 64 _____	▶ Seis milhões _____
	▶ Quarenta e sete _____

Exercício adaptado de Tárraga et al. (1999).

2. Números e letras

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que leia as instruções que se encontram abaixo e que as siga (caso o idoso possua dificuldades ao nível da leitura, o cuidador pode lê-las em voz alta). Caso o sujeito apresente dificuldades em realizar a parte II, deve pedir-lhe que responda às questões em voz alta. (O anexo D contém as soluções desta atividade).

Parte I

1. Pinte de cor-de-rosa todos os números começados por 8.
2. Pinte de azul todos os números inferiores a 20.
3. Pinte de cor-de-laranja todos os números que se encontram entre 32 e 62.
4. Pinte de amarelo os resultados das seguintes contas:

- 14 + 8
- 50 + 16
- 81 - 10
- 9 x 11
- 56 : 2

	A	B	C	D	E
1	3	66	4	60	81
2	6	85	49	99	7
3	34	2	56	22	82
4	71	89	15	28	1
5	9	3	50	80	4

Parte II

1. Quais são os números que correspondem ao A4 e ao C2?

_____

2. Quais são os números que correspondem ao B1 e ao D3?

_____

3. Qual é o resultado de E5 + C3?

_____

4. Qual é o resultado de D3 - C4?

_____

5. Qual é o resultado de A1 - E4?

_____

6. Qual é o resultado de A2 : B3?

_____

Exercício adaptado de Gil et al. (2005).

Categoria: Gnosias

1. Silhuetas

O cuidador deve solicitar ao indivíduo que identifique e que escreva na linha por baixo de cada silhueta a atividade que se encontra a ser realizada. Caso o sujeito apresente dificuldades ao nível da escrita, deve pedir-lhe que nomeie cada silhueta em voz alta. (O anexo D contém as soluções desta atividade).

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Exercício adaptado de Gil et al. (2005).

2. Animais

O cuidador deve solicitar que o indivíduo idoso indique ou escreva o nome de cada um dos animais apresentados nas imagens. (O anexo D contém as soluções desta atividade).

Exercício adaptado de Tárraga et al. (1999).

Categoria: Praxias

1. Vamos mexer?

O cuidador deve pedir ao indivíduo que realize os movimentos das ações que se encontram descritas abaixo (este deve realizar todos os movimentos necessários para executar a ação sugerida).

1. Atender uma chamada telefónica.
2. Ligar a televisão.
3. Beber um copo de água.
4. Tomar banho.
5. Regar uma planta.
6. Descascar uma banana.
7. Fechar a porta de casa à chave.
8. Ligar um bico do fogão.

Exercício adaptado de Gil et al. (2005).

2. Nomeando e explicando

O cuidador deve mostrar ao indivíduo determinados objetos reais, pedindo-lhe que explique a sua utilidade e que faça uso dos mesmos (exemplos de objetos: pente, espelho, fósforos, envelope, vela, relógio, meia, anel, chave, botão, prego, martelo, etc.).

Exercício adaptado de Tárraga et al. (1999).

Estratégias para lidar com o indivíduo idoso

Como referido anteriormente, o aumento da dependência promove sentimentos de solidão nos indivíduos idosos (Hacihasanoglu et al., 2012), prejudicando a sua saúde, o seu bem-estar e a sua satisfação com a vida, e incrementando a probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva (Díaz et al., 2014; Loredo-Figueroa et al., 2016; Runzer-Colmenares et al., 2017).

Neste sentido, evidencia-se que a adoção de estratégias no decorrer da prestação de cuidados que se foquem na funcionalidade do indivíduo idoso se assume como fundamental, possibilitando a promoção da sua autonomia e da sua independência, e fomentando o seu bem-estar, a sua dignidade e a existência de sentimentos de utilidade, devido ao facto de este se sentir capaz de realizar determinadas tarefas quotidianas. Estas estratégias possuem, ainda, diversos benefícios para os cuidadores, minimizando os níveis de stress experienciados por estes. Neste âmbito, o cuidador pode adotar estratégias como (Tavares et al., 2019):

1. Incentivar o indivíduo idoso a caminhar e a movimentar-se (no interior de casa ou no exterior);
2. Motivar o idoso a utilizar dispositivos de apoio, caso este necessite (como bengalas, andarilhos, etc.);
3. Garantir que o indivíduo idoso possui ao seu alcance os equipamentos de apoio de que necessita;
4. Se o indivíduo idoso utilizar cadeira de rodas, incentivá-lo a movimentar-se sozinho na cadeira, recorrendo aos braços para girar as rodas;
5. Desimpedir os locais de mobilidade, retirando móveis ou objetos que não sejam necessários;
6. Solicitar que o indivíduo realize determinados movimentos (por exemplo, mexer o pé esquerdo ou levantar o braço direito);

7. Colocar a cama numa posição mais baixa para facilitar a entrada e a saída do idoso;
8. Motivar o indivíduo a levantar pesos quando se encontra sentado com o objetivo de se exercitar (recorrendo, por exemplo, a objetos como garrafas de água ou embalagens de arroz);
9. Providenciar roupas e calçados fáceis de vestir/calçar;
10. Permitir que o idoso selecione o seu próprio vestuário;
11. Promover a manutenção dos hábitos de higiene pessoal previamente existentes;
12. Motivar o indivíduo idoso a deslocar-se até à casa de banho, evitando fornecer a arrastadeira ou o urinol (em casos nos quais é possível);
13. Providenciar privacidade, espaço e tempo ao idoso;
14. Colocar as suas mãos sobre as mãos do indivíduo idoso durante o banho ou durante a alimentação, de modo a estimular os seus movimentos passivos;
15. Servir as refeições na mesa e incentivar o idoso a deslocar-se até esta;
16. Colocar os alimentos e os utensílios à disposição do indivíduo idoso;
17. Incentivar o indivíduo a alimentar-se sozinho, se possível, providenciando-lhe tempo para o realizar;
18. Oferecer alimentos que exijam pouco corte ou que possam ser levados à boca com a mão (por exemplo, pedaços de fruta ou de pão);
19. Utilizar produtos de apoio (como antiderrapantes para os pratos, canecas, entre outros);
20. Encorajar o idoso a comunicar e a expressar as suas necessidades;
21. Transformar o tempo livre em tempo de lazer recorrendo, por exemplo, a música ou a jogos;
22. Elogiar e reconhecer os esforços do idoso e partilhar as suas conquistas com indivíduos próximos (familiares e amigos).

A prestação de cuidados encontra-se associada a um possível aumento de conflitos com o indivíduo dependente e a dificuldades no que se refere à gestão dos seus comportamentos e dos seus estados emocionais (Pinheiro et al., 2016).

De modo a auxiliar o indivíduo idoso a lidar com as suas emoções, existem algumas estratégias que o cuidador informal pode adotar, nomeadamente (Lima, 2019):

1. Incentivar o indivíduo idoso a expressar as suas emoções, criando a oportunidade para um diálogo acerca das mesmas, ou propondo que este escreva sobre as suas emoções, de modo a aliviar alguma possível emocionalidade negativa ou arrependimentos que se encontrem a comprometer a sua saúde;
2. Auxiliar o idoso a aprender a identificar as suas emoções e as dos outros, questionando-o, por exemplo, acerca da forma como se está a sentir num determinado momento ou situação, e providenciando-lhe *feedback* sobre a forma como o próprio cuidador se está a sentir;
3. Auxiliar o idoso a treinar a sua capacidade de prever reações emocionais, próprias ou de outros (familiares, amigos, entre outros) em determinados momentos ou circunstâncias, colocando-lhe questões como "De que forma é que se sentiria se se encontrasse nesta circunstância?", "Como é que acha que o(a) x reagiria nesta situação?" ou "Acha que iria reagir da mesma forma se estivesse no lugar do(a) x?", salientando-se que estas questões permitem estimular a empatia do indivíduo;
4. Escutar o indivíduo idoso sem realizar julgamentos, procurando compreendê-lo na sua totalidade e ser empático, colocando-se no seu lugar de modo integral.

A relação e a convivência estabelecidas entre o cuidador e o indivíduo assistido são definidas pela comunicação existente, salientando-se que a presença de uma comunicação eficaz com o indivíduo idoso favorece a sua autonomia e o seu bem-estar, minimizando, consequentemente, o seu isolamento social. No decorrer da terceira idade, os indivíduos podem desenvolver e apresentar determinadas dificuldades ao nível da comunicação, particularmente dificuldades em expressar as suas emoções, os seus sentimentos e as suas ideias, em compreender aquilo que é enunciado pelos outros, em escrever e em compreender o que se encontra redigido, e em estabelecer e manter um diálogo, salientando-se que este tipo de dificuldades comunicacionais se encontra frequentemente presente em casos nos

quais estes possuem comprometimentos ou perturbações neurocognitivas (Dixe et al., 2018; Ministério da Saúde, 2009).

Neste sentido, é estritamente necessário que os cuidadores se encontrem atentos à presença de alterações ao nível da função da linguagem do indivíduo idoso, tendo em consideração o facto de estas poderem evidenciar a existência de um determinado problema de saúde e possuir um impacto negativo no relacionamento estabelecido entre ambos. A existência de dificuldades ao nível da comunicação poderá originar sentimentos como o stress e a irritação, assim como determinados conflitos entre o indivíduo idoso e o cuidador, pelo que se torna necessário que este último desenvolva estratégias que lhe permitam comunicar de forma ajustada com o idoso, nomeadamente (Dixe et al., 2018; Ministério da Saúde, 2009; Mora & Sánchez, 2013; Tavares et al., 2019):

1. Sentar-se ao lado ou à frente do idoso, procurando manter o contacto visual com este;
2. Aproximar-se e manter algum contacto físico, pegando-lhe nas mãos e/ou acariciando-o (ter cuidado para não invadir o seu espaço pessoal);
3. Falar próximo do idoso (não cobrir a boca, nem se virar ou afastar enquanto fala) e em ambientes iluminados (para que o indivíduo idoso, para além de ouvir, procure compreender aquilo que é enunciado através da leitura labial);
4. Empenhar-se em falar de forma calma, clara e pausada, aumentando o tom de voz apenas em circunstâncias nas quais se assume como necessário;
5. Diminuir os ruídos no ambiente no qual o indivíduo idoso se encontra;
6. Utilizar frases curtas, simples e objetivas;
7. Evitar a existência de uma contradição entre os gestos utilizados e o que se encontra a ser enunciado (deve existir uma consonância entre a linguagem corporal e a linguagem verbal);
8. Evitar realizar diversas questões em simultâneo, fornecendo tempo ao indivíduo para que este possa responder;
9. Procurar repetir aquilo que foi enunciado em situações nas quais o indivíduo realiza interpretações erróneas (com o recurso à utilização de palavras distintas);
10. Evitar falar com o idoso se se estiver a sentir com raiva, devendo esperar até se encontrar mais tranquilo;

11. Encorajar o indivíduo a participar no diálogo e a expressar a sua opinião;
12. Escutá-lo de forma atenta, mostrando compreensão e transmitindo-lhe segurança;
13. Observar o modo através do qual o indivíduo idoso se expressa, os gestos que utiliza e a atitude que demonstra, de forma a identificar as suas emoções e necessidades;
14. Não interromper o indivíduo enquanto este se encontra a falar (demonstrando pressa ou impaciência), tendo em consideração que este pode necessitar de tempo para concluir o seu pensamento;
15. Evitar mudar o assunto da conversa iniciada pelo indivíduo idoso (com o objetivo de este não se sentir desvalorizado ou ignorado);
16. Em casos nos quais não consegue compreender as palavras enunciadas pelo indivíduo, pedir-lhe que escreva aquilo que quer dizer ou que realize gestos;
17. Explorar temas de conversa que sejam do interesse do indivíduo idoso (por exemplo, comentar questões da atualidade ou rever fotografias);
18. Evitar falar com o indivíduo idoso de uma forma paternalista;
19. Evitar infantilizar o idoso (isto é, tratá-lo como se este fosse uma criança ou realizar qualquer tipo de distinção, exceto em situações nas quais se verifica a existência de dificuldades ao nível da compreensão, verificando-se que nesses casos poderá ser importante adaptar a forma de comunicação).

No âmbito do diálogo realizado com os indivíduos idosos, o tom de voz e as formas de comunicação não verbais, que englobam as expressões faciais e os gestos, devem ser também aspetos valorizados (Dixe et al., 2018). Para além disso, o recurso a formas alternativas de comunicação, como o toque, o beijo, o carinho e a música, pode também consistir num fator facilitador da comunicação, contribuindo para a melhoria do relacionamento existente entre o cuidador e o indivíduo cuidado (Ministério da Saúde, 2009).

Caso o cuidador se encontre a realizar exercícios de estimulação cognitiva com o indivíduo idoso, salienta-se a importância da adoção de diversas estratégias por parte deste, nomeadamente (Sequeira, 2010; Zolini & Paquete, 2013):

1. Escolher o momento do dia em que o idoso se encontra com maior disposição para realizar os exercícios;

2. Procurar compreender se este possui alguma limitação visual ou auditiva, e adaptar as tarefas às dificuldades existentes;
3. Providenciar um ambiente tranquilo e sem ruídos (certificar-se, por exemplo, de que a televisão e o rádio se encontram desligados, para que este se possa concentrar);
4. Assegurar-se de que o local para a realização dos exercícios se encontra bem iluminado;
5. Organizar o material de que o idoso irá necessitar;
6. Certificar-se de que este se encontra correta e confortavelmente sentado;
7. Comunicar com o indivíduo de forma calma e recorrendo à utilização de frases simples, de acordo com as dificuldades apresentadas;
8. Explicar o significado das palavras ou das imagens (se necessário) com recurso à utilização de um vocabulário simples e de frases curtas;
9. Certificar-se de que a explicação do exercício foi bem compreendida;
10. Respeitar o ritmo individual do idoso (cada indivíduo possui um ritmo próprio para realizar as atividades, não devendo existir qualquer tipo de pressão);
11. Esclarecer as dúvidas que este apresenta;
12. Caso seja necessário, procurar fornecer pequenas indicações e guiar a realização do exercício, sem dar a respetiva resposta ou solução (por exemplo, se o indivíduo possuir dificuldades em nomear ou evocar palavras, dizer o som inicial da palavra, como por exemplo: "o animal que mia é o ga…");
13. Se o indivíduo apresentar dificuldades em escrever, esperar pela resposta oral e oferecer-se para a escrever;
14. Esperar o tempo que for necessário para que o indivíduo responda, na medida em que a competência pode existir, mas o tempo de resposta pode encontrar-se mais lentificado;
15. Utilizar os conteúdos dos exercícios como tema de diálogo (o que permite exercitar a mente do idoso, particularmente a sua memória, com recurso à recordação de assuntos do seu interesse);
16. Adaptar o grau de dificuldade das atividades às capacidades do indivíduo idoso, de modo a evitar a sua desmotivação, caso estas sejam demasiado fáceis, e a sua frustração, caso estas sejam demasiado difíceis.

No caso de o indivíduo idoso apresentar dificuldades cognitivas (nomeadamente ao nível da orientação, da atenção, da memória, etc.), existem também algumas estratégias que o cuidador pode utilizar para promover estas capacidades, nomeadamente (Sequeira, 2010):

1. Auxiliar o idoso na organização das informações;
2. Orientá-lo no espaço, no tempo, etc. e incentivar a utilização de um calendário;
3. Incentivar a utilização de auxiliares de memória, tais como listas, diários e agendas mnemónicas;
4. Utilizar símbolos para facilitar a compreensão do indivíduo idoso;
5. Estimular a memória do indivíduo, pedindo-lhe para repetir os seus últimos pensamentos e incentivá-lo a recordar experiências passadas;
6. Solicitar a participação do indivíduo nas tarefas quotidianas, de acordo com as suas capacidades;
7. Incentivar a participação do indivíduo em atividades que sejam do seu interesse e, se possível, que estimulem a sua memória;
8. Promover um ambiente seguro, mantendo-o estável e previsível;
9. Colocar objetos e fotografias que evoquem recordações no ambiente no qual o indivíduo se encontra;
10. Evitar frustrar o idoso com questões às quais este apresenta dificuldade em responder;
11. Proporcionar apoio emocional e reforço positivo (procurar elogiar o idoso com frequência).

Estratégias para o cuidador

Cuidar de um indivíduo dependente consiste num processo que pode gerar um aumento da tensão vivenciada pelo cuidador (Dudgeon, 2010; Eales et al., 2015; Smetanin et al., 2010), acarretando a experienciação de desgaste físico e de sobrecarga física, emocional e económica, devido aos extensos períodos de tempo despendidos no âmbito da prestação de cuidados (Flores et al., 2012; Kim et al., 2011; Pinheiro et al., 2016; Ruitenburg et al., 2012).

Como referido ao longo do presente manual, existem diversos fatores que podem contribuir de forma significativa para a diminuição da qualidade de vida dos cuidadores informais, pelo que se torna fundamental o desenvolvimento de determinadas estratégias que lhes permitam gerir e aliviar as dificuldades associadas às suas funções e promover a sua própria saúde física e mental e a sua qualidade de vida (Adelman et al., 2014; Ministério da Saúde, 2009; Pereira et al., 2014).

Neste sentido, é premente que o cuidador procure cuidar de si próprio e das suas necessidades, salientando-se o facto de existirem diversas estratégias que este pode adotar (Jiménez & Martín, 2013; Pinheiro et al., 2016), nomeadamente:

1. Dormir o número de horas necessário (Adelman et al., 2014; Jiménez & Martín, 2013; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013);
2. Manter-se atento à sua própria saúde e bem-estar e à existência de possíveis sinais de alarme, que possam evidenciar algum tipo de problema no que se refere à sua saúde mental e, no caso de existir necessidade, recorrer ao auxílio de profissionais de saúde capacitados (neste âmbito, salienta-se que é natural que o cuidador possua, ocasionalmente, a sensação de perda de controlo (gritando, por exemplo, com o indivíduo dependente), tendo em consideração que a prestação de cuidados se assume como uma situação exigente do ponto de vista psicológico. Porém, caso estas situações nas quais o cuidador perde o controlo comecem a ocorrer de forma frequente, este deve procurar a ajuda de profissionais competentes) (Jiménez

& Martín, 2013; Magalhães et al., 2017; Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013);

3. Empenhar-se em reconhecer e em expressar os seus sentimentos e emoções (tendo em consideração que estes se constituem como aspetos necessários ao seu crescimento psicológico) (Adelman et al., 2014; Alexander et al., 2013; Gonçalves et al., 2011; Hariprasad et al., 2013; Jiménez & Martín, 2013; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016; Santaella et al., 2011; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013). Neste sentido, torna-se fundamental que os cuidadores possam contar com uma pessoa de confiança com a qual falem abertamente acerca dos seus sentimentos, emoções e preocupações (Ríos & Galán, 2012). Para além disso, evidencia-se também a importância de estes expressarem as suas emoções de forma não-verbal, salientando-se que podem, por exemplo, registá-las num diário ou caderno ou proceder à realização de trabalhos manuais ou de atividades musicais (como tocar um instrumento, cantar ou dançar), que permitem a expressão das emoções de uma forma criativa (Im & Lee, 2014; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2012);
4. Valorizar e reconhecer o esforço despendido no âmbito da prestação de cuidados (Adelman et al., 2014; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013);
5. Procurar organizar o seu tempo (não obstante o facto de este ser limitado) e reservar períodos para descansar e para relaxar, procurando equilibrar as suas obrigações e as suas necessidades (Magalhães et al., 2017; Ministério da Saúde, 2009; Rey, 2013; Ríos & Galán, 2012);
6. Reconhecer os seus limites e estabelecer metas realistas face àquilo que possui e que não possui a capacidade de realizar (Dixe et al., 2018; Pinheiro et al., 2016; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013);
7. Fazer pausas curtas, nas quais possa descansar ou realizar pequenos passeios, de modo a diminuir a sensação de sobrecarga (Ministério da Saúde, 2009);
8. Pedir auxílio aos indivíduos que lhe são mais próximos, nomeadamente a amigos ou a familiares, ao invés de esperar que estes se ofereçam, procedendo à partilha e à distribuição de tarefas e de responsabilidades (neste

sentido, o cuidador pode, por exemplo, definir um horário para cada elemento da família assumir parte dos cuidados, verificando-se que esta colaboração permite que este disfrute de tempo livre para cuidar de si próprio e para se distrair e recuperar energias, criando um clima de satisfação no contexto familiar) (Adelman et al., 2014; Ghazali et al., 2015; Jiménez & Martín, 2013; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016; Ríos & Galán, 2012; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013);

9. Empenhar-se em preservar os seus relacionamentos sociais e em conviver com os seus familiares e amigos, procurando reduzir ou evitar o seu isolamento social (Adelman et al., 2014; Jiménez & Martín, 2013; Magalhães et al., 2017; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016; Ríos & Galán, 2012; Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013);
10. Realizar atividades de lazer que lhe proporcionem prazer (tais como passear, ouvir música, conviver com amigos, ir ao cinema, viajar, entre outras) (pode, por exemplo, proceder à elaboração de uma lista na qual inclua atividades agradáveis e procurar realizá-las de forma regular) (Magalhães et al., 2017; Pinheiro et al., 2016; Rey, 2013; Schüz et al., 2015);
11. Desenvolver estratégias que lhe permitam aliviar o stress associado à sua rotina enquanto cuidador, nomeadamente, caminhar ou realizar uma chamada telefónica para um familiar ou amigo (Pinheiro et al., 2016);
12. Praticar exercício físico (que consiste numa forma eficaz de minimizar as emoções desagradáveis experienciadas (Alexander et al., 2013; Gonçalves et al., 2011; Hariprasad et al., 2013; Santaella et al., 2011), de aliviar os níveis de tensão emocional vivenciados e de diminuir a possível sintomatologia depressiva existente) (Adelman et al., 2014; Magalhães et al., 2017; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016);
13. Frequentar formações que deem resposta às suas necessidades (Ministério da Saúde, 2009), procurando instruir-se acerca de questões gerais relacionadas com a prestação de cuidados, tendo em consideração que o facto de beneficiar de formação educacional e de treino direcionados para os cuidados que providencia, poderá contribuir para a promoção da sua qualidade de vida (Ghazali et al., 2015; Yigitalp et al., 2017).

É fundamental que o cuidador procure adotar as estratégias referidas anteriormente e que compreenda que, cuidando de si, irá possuir uma maior capacidade para assumir os cuidados de outrem (Dixe et al., 2018; Pinheiro et al., 2016).

Para além disso, a prestação de cuidados é, frequentemente, caracterizada por fatores como a intensidade, a complexidade, a imprevisibilidade e a extensa duração, podendo, como mencionado anteriormente, implicar a sobrecarga física e emocional do cuidador. Neste sentido, torna-se fundamental que este se mantenha atento ao surgimento de possíveis sinais/sintomas de sobrecarga física, psíquica/emocional e social (Tabela 2) (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2013; Tavares, 2019).

Tabela 2. Sinais físicos, psíquicos/emocionais e sociais de sobrecarga no cuidador

Físicos	Psíquicos/Emocionais	Sociais
▶ Cansaço; ▶ Falta de apetite; ▶ Alterações ao nível do sono; ▶ Dores musculares; ▶ Palpitações; ▶ Desleixo no aspeto físico; ▶ Aumento do consumo de fármacos para a sintomatologia depressiva e ansiosa; ▶ Propensão para adoecer com maior facilidade.	▶ Tristeza; ▶ Sentimentos de culpa; ▶ Baixa satisfação com a vida; ▶ Diminuição da autoestima; ▶ Irritabilidade e labilidade emocional; ▶ Dificuldades ao nível da concentração; ▶ Perda de memória.	▶ Rutura de relações com familiares ou amigos; ▶ Desinteresse por atividades que anteriormente realizava com satisfação; ▶ Solidão e isolamento; ▶ Diminuição da produtividade; ▶ Aumento das despesas.

Fonte: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2013); Tavares (2019).

Como referido anteriormente, as implicações resultantes da experienciação de sobrecarga e a forma como os cuidadores informais percecionam a vivência da mesma, possuem influência na sua saúde, no seu bem-estar e na sua qualidade de vida (Fhon et al., 2016; Kim et al., 2011; Masoudian et al., 2019; Sittironnarit et al., 2020; Tornal & Martinez, 2017; Verbakel et al., 2018). Na Tabela 3 é possível

observar algumas estratégias que poderão ser úteis no âmbito da prevenção da sobrecarga do cuidador.

Tabela 3. Sugestões para prevenir a sobrecarga no cuidador

Físicos	Psíquicos/Emocionais	Sociais
▶ Cuidar da sua saúde e consultar um médico com regularidade; ▶ Vigiar os seus períodos de sono e de descanso; ▶ Respeitar os horários das refeições e manter uma alimentação equilibrada; ▶ Construir um plano de cuidados, priorizando as atividades e distribuindo o tempo e o esforço dedicado a cada uma destas; ▶ Possuir consciência dos seus limites; ▶ Dizer "não" a solicitações que não sejam urgentes.	▶ Manter uma atitude otimista; ▶ Dedicar tempo durante o dia para a realização de atividades prazerosas, sem sentir remorsos; ▶ Aprender a relaxar e a atuar com paciência face a situações stressantes; ▶ Procurar promover a própria autoestima, valorizando as tarefas e os esforços que são realizados no quotidiano no âmbito da prestação de cuidados.	▶ Procurar informação e aconselhamento profissional acerca dos recursos e apoios sociais que se encontram disponíveis, assim como sobre os recursos e apoios destinados ao indivíduo cuidado; ▶ Continuar a realizar atividades ou passatempos prazerosos, de forma a relaxar e a prevenir o isolamento e a solidão; ▶ Em casos nos quais a prestação de cuidados não lhe permite ausentar-se de casa regularmente, utilizar o telefone/telemóvel para manter o contacto com familiares e/ou amigos.

Fonte: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2013).

A que apoios é que os cuidadores podem recorrer?

É fundamental que se procure combater a institucionalização precoce e diminuir as implicações adversas inerentes à prestação de cuidados, colocando-se em prática intervenções que visem minimizar a sobrecarga objetiva dos cuidadores, dotá-los de estratégias de *coping* eficazes e promover o seu bem-estar integral. Neste âmbito, salienta-se a existência de quatro tipos de intervenções de apoio destinadas aos cuidadores (Tabela 4) (Figueiredo, 2019):

Tabela 4. Intervenções de apoio a cuidadores

Serviços de alívio/descanso	Os serviços de alívio ou de descanso do cuidador consistem numa resposta de apoio formal especializada, na qual, de forma temporária, o cuidador é dispensado das suas funções enquanto prestador de cuidados. Estes podem dividir-se em serviços de descanso ao domicílio, que complementam o cuidado prestado pelo cuidador informal, serviços de descanso diário, direcionados para cuidadores que necessitam de descanso por curtos períodos de tempo, e serviços de internamento temporário que prestam cuidados institucionais por períodos de tempo mais prolongados (Figueiredo, 2019). Neste sentido, verifica-se que o cuidador pode recorrer a modalidades alternativas de assistência como hospitais de dia, centros de convivência, instituições de reabilitação ambulatorial, serviços de enfermagem domiciliar (Magalhães et al., 2017), ao fornecimento de refeições e a auxílios técnicos e financeiros, com o objetivo de reduzir a sua sensação de sobrecarga e de promover a sua respetiva qualidade de vida (Magalhães et al., 2017; Ministério da Saúde, 2009).

Intervenções psicoeducativas	As intervenções psicoeducativas constituem-se como uma forma de intervenção psicossocial que contempla uma componente de apoio educacional e uma componente de suporte psicológico, com base em programas estruturados, breves e multidisciplinares. A componente educacional visa fornecer informações acerca da doença do indivíduo cuidado, do seu respetivo tratamento, da gestão dos sintomas e dos recursos e serviços comunitários existentes e treinar competências de prestação de cuidados, de forma a promover uma resposta eficaz por parte do cuidador face à doença apresentada pelo sujeito dependente. A componente de suporte psicológico possui como objetivo normalizar experiências, desenvolver estratégias de resolução de problemas, auxiliar a gerir emoções ou o stress que resulta do impacto da doença do indivíduo cuidado, treinar técnicas de respiração e de relaxamento, facilitar a comunicação entre a família e os profissionais de saúde e prevenir o isolamento social, promovendo a formação de redes de apoio (Figueiredo, 2019; Uribe et al., 2010).
Grupos de suporte	Os grupos de suporte ou grupos de ajuda mútua dizem respeito a grupos que são geralmente conduzidos por pares (isto é, por outros cuidadores informais) e que possuem como objetivo a partilha de experiências entre estes e de estratégias para gerir as exigências inerentes à prestação de cuidados, envolvendo ainda o suporte emocional (Figueiredo, 2019; Rivera & Navarro, 2015). Os grupos de cuidadores permitem aos indivíduos expressar as suas angústias e os seus medos, e ensinar e aprender com outros cuidadores que se encontram em situações análogas (Ghazali et al., 2015; Magalhães et al., 2017; Ministério da Saúde, 2009; Pinheiro et al., 2016; Rivera & Navarro, 2015; Yigitalp et al., 2017).
Psicoterapia	A psicoterapia baseia-se no estabelecimento de uma relação de ajuda entre um profissional/terapeuta qualificado e o cuidador, estabelecendo-se um processo no qual o cuidador é estimulado a desafiar as suas perceções e os seus pensamentos negativos, a desenvolver estratégias de resolução de problemas e a envolver-se em experiências positivas (Figueiredo, 2019).

Não obstante o facto de ser necessário adaptar os programas de intervenção a cada realidade e a cada caso específico, verifica-se que existem alguns princípios

gerais de acordo com os quais estes se devem reger, nomeadamente (Sequeira, 2010):

1. Centrar-se nas necessidades dos indivíduos idosos dependentes e dos respetivos cuidadores informais;
2. Incentivar a adoção de estratégias promotoras da independência do idoso;
3. Auxiliar o cuidador a desenvolver estratégias que facilitem a prestação de cuidados e que promovam a utilização dos seus recursos pessoais;
4. Orientar a planificação das atividades;
5. Incentivar o cuidador a estabelecer objetivos;
6. Salientar a importância da satisfação e do bem-estar, orientando o cuidador para a implementação de estratégias que os promovam;
7. Proceder ao ensino de técnicas de gestão e de alívio de stress;
8. Incentivar a adoção de estratégias por parte do cuidador com o objetivo de promover ou de preservar a sua motivação;
9. Informar o cuidador sobre os tipos de ajuda que se encontram disponíveis e acerca dos indivíduos/entidades aos quais este pode pedir auxílio;
10. Auxiliar o cuidador a reconhecer que pode necessitar de ajuda e a aceitar que a sobrecarga pode ocorrer frequentemente e naturalmente;
11. Auxiliar o cuidador a centrar-se nos aspetos positivos inerentes à prestação de cuidados;
12. Evidenciar a importância de este manter os seus contactos sociais;
13. Incentivar o cuidador a cuidar de si próprio de uma forma integral.

Conclusão

O manual - A Arte de Cuidar: Manual de apoio a cuidadores informais - foi desenvolvido com o objetivo de dotar os cuidadores informais de conhecimentos e de estratégias que lhes permitam enfrentar os desafios inerentes à prestação de cuidados, de modo a promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

A elaboração do presente manual permitiu refletir acerca dos conceitos de autonomia, de independência e de dependência e acerca do recente estatuto criado para o cuidador informal. Para além disso, esta possibilitou a reflexão acerca do importante papel desempenhado pelo cuidador informal e dos desafios enfrentados por este, que derivam, em parte, do tipo e das características dos cuidados prestados. O surgimento da pandemia da COVID-19 acarretou novos desafios para os cuidadores informais, exigindo uma adaptação e um esforço acrescido por parte destes com o objetivo de responder às necessidades apresentadas pelos indivíduos dependentes.

Tendo em consideração as especificidades inerentes ao cuidado de indivíduos com deficiência e de indivíduos idosos, o presente manual procurou ainda abordar as suas potenciais problemáticas e disponibilizar um conjunto de atividades e de exercícios que os cuidadores podem realizar com estes, e que visam estimular/promover determinadas capacidades e competências e contribuir para o seu bem-estar físico e psicológico. Para além disso, e devido ao facto de os cuidadores informais se depararem com diversas adversidades no seu quotidiano e de se encontrarem vulneráveis ao desenvolvimento de diversas doenças físicas e mentais, o manual apresentado procurou listar uma série de estratégias com o objetivo de os capacitar e de os dotar de ferramentas importantes para lidar com as mesmas de uma forma adaptativa.

Através da construção do presente manual, foi possível constatar que a presença de limitações físicas e/ou mentais não requer, necessariamente, a prestação

de cuidados por parte de um cuidador informal. No entanto, em situações nas quais essas limitações conduzem a uma perda da independência e da autonomia e a uma incapacidade para dar resposta às necessidades quotidianas, o papel desempenhado pelo cuidador informal possui uma importância extrema, na medida em que este passa a assumir a responsabilidade de assegurar o bem-estar físico e emocional do indivíduo dependente.

Desta forma, evidencia-se que cuidar de um indivíduo que possui algum grau de dependência física e/ou mental consiste numa atividade complexa e de elevada responsabilidade, que acarreta um impacto significativo na vida do cuidador informal. Na sequência do exposto anteriormente, evidencia-se a necessidade de se estabelecerem e implementarem políticas sociais de apoio aos cuidadores informais, com o objetivo de os capacitar para as exigências dos cuidados prestados e de contribuir para o seu bem-estar físico e psicológico, promovendo, consequentemente, a sua qualidade de vida.

A aprovação do Estatuto do Cuidador Informal através da Lei n.º 100/2019 constituiu-se como um passo importante no delineamento de normas reguladoras dos direitos e dos deveres do cuidador informal e do indivíduo cuidado, estabelecendo medidas de apoio destinadas ao primeiro. Desta forma, o cuidador informal abrangido pelo estatuto, passou a usufruir de medidas que o auxiliam ao nível dos cuidados prestados, com o intuito de diminuir a sua sobrecarga e de alargar a sua rede de suporte. Não obstante este facto, constata-se a necessidade de se continuarem a implementar medidas destinadas aos cuidadores informais, com o objetivo de minimizar, de forma progressiva, os obstáculos com os quais estes se deparam no âmbito da prestação de cuidados, e de promover a sua saúde física e mental. Para além disso, e tendo em consideração a lacuna de conhecimentos por parte de um número significativo de cuidadores informais face às problemáticas apresentadas pelos indivíduos dependentes e respetivas formas de atuar perante estas, e à prestação de cuidados no geral, torna-se premente o desenvolvimento e a criação de materiais específicos e a realização de formações destinadas a estes, de modo a prepará-los para a exigente e importante função que desempenham.

Referências

Abbott, A. (2011). Dementia: A problem for our age. *Nature, 475*(7355), S2-S4. https://doi.org/10.1038/475S2a

Adelman, R., Tmanova, L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Clinical Review & Education, 311*(10), 1052-1059.

Afonso, M. (2012). Stress, coping e resiliência em pessoas idosas. Em C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 163-176). Lidel.

Afonso, P. (2014). Esquizofrenia. Em M. L. Figueira, D. Sampaio & P. Afonso (Coords). *Manual de Psiquiatria Clínica* (pp. 163-187). Lidel.

Agronin, M. E. (2016). *The dementia caregiver: a guide to caring for someone with Alzheimer's disease and other neurocognitive disorders*. Rowman & Littlefield Publishers.

Albu, C. V., Padureanu, V.; Boldeanu, M. V., Bumbea, A. M., Enescu, A. S., Albulescu, D. M., Silosi, C. A., & Enescu, A. (2018). Vascular neurocognitive disorders and the vascular risk factors. *Journal of Mind and Medical Sciences, 5*(1). https://doi.org/10.22543/7674.51.P715

Alexander, G. K., Innes, k. E., Selfe, T. K., & Brown, C. J. (2013). "More than I expected": perceived benefits of yoga practice among older adults at risk for cardiovascular disease. *Complementary Therapies in Medicine, 21*(1), 14-28. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2012.11.001

Ali, S., & Rafi, M. (2016). Learning Disabilities: Characteristics and Instructional Approaches. *International Journal of Humanities Social Sciences and Education, 3*(4), 111-115. http://doi.org/10.20431/2349-0381.0304013

Almeida, L. B. (2010). *Introdução à Neurociência: Arquitectura, função, interacções e doença do Sistema Nervoso*. Climepsi Editores.

Almeida, M. A., & Gutierrez, G. L. (2010). Qualidade de vida: discussões contemporâneas. Em G. L. Gutierrez, M. I. Monteiro & R. Vilarta (Coord.s), *Qualidade de Vida: Evolução dos Conceitos e Práticas no Século XXI* (pp. 151-160). IPES Editorial.

Almeida, M. A., Gutierrez, G. L., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida*. Edições Each.

Alonso, J. V. (2003). *El Movimiento de Vida Independiente: Experiencias Internacionales*. Fundación Luis Vives.

Altieri, M., & Santangelo, G. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic and lockdown on caregivers of people with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(1), 27-34. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.10.009

Alwan, A. (2010). Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progresso and capacity in high-burden countries. *Lancet*, 1861-1868.

American Cancer Society. (2019). *Cancer Facts & Figures 2019*.

American Diabetes Association. (2014). Standards of Medical Care in Diabetes – 2014. *Diabetes Care, 37*(1), 14-80. https://doi.org/10.2337/dc14-S014

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.). Climepsi Editores.

Andrada, M. G. (2010). Paralisia cerebral em Portugal. *Revista Diversidades, 8*(30), 4-8.

Andrade, N., Alves, E., Costa, A. R., Moura-Ferreira, P., Azevedo, A., & Lunet, N. (2018). Knowledge about cardiovascular disease in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 37*(8), 669–677. https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.10.017

Anjos, K. F., Boery, R. N., & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto & Contexto - Enfermagem, 23*(3), 600-608. https://doi.org/10.1590/0104-7072014002230013

Anjos, K. F., Boery, R. N., Santos, V. C., Boery, E. N., & Rosa, D. (2017). Características de idosos e de seus cuidadores familiares. *Revista de Enfermagem da UFPE, 11*(3), 1146-1155. https://doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201704

Antonarakis, S. E., Skotko, B. G., Raffi, M. S., Strydom, A., Pape, S. E., Bianchi, D. W., Sherman, S. L., & Reeves, R. H. (2020). Down syndrome. *Nature Reviews: Disease Primers, 6*(9), 1-20. https://doi.org/10.1038/s41572-019-0143-7

Antshell, K. M. & Barkley, R. A. (2018). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Em Kreutzer, J. S., DeLuca, J. & Caplan, B., *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (2ª ed.) (pp. 399-405). Springer.

Antunes, A. F., Bárbara, C., & Gomes, E. M. (2013). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) 2012-2016*. Direção-Geral da Saúde.

Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., Amaral, T. (2011). O efeito da estimulação cognitiva em idosos. *Revista de Enfermagem Referência, 5*, 193-201. https://doi.org/10.12707/RIII11104

Araújo, A., Azenha, A., & Pinheiro, J. P. (2019). Alterações da Mobilidade. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 174-181). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Araújo, T., Carvalho, C., Morais, H., Oliveira, A., Silva, M., & Soares, A. (2012). Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20*(5), 1-10.

Areosa, S. V., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças, 15*(2), 482-494. https://doi.org/10.15309/14psd150212

Assembleia da República. (2004). *Lei n.o 38/2004 de 18 de Agosto*. Diário da República – I Série – A, 194.

Assembleia da República. (2019). Lei n.º 100/2019. *Diário da República*, 3-16.

Badini, A., Fatmi, Z., Jamali, T., Sabzwari, S., & Shah, S. (2016). Burden and associated factors for caregivers of the elderly in a developing country. *Eastern Mediterranean Health Journal, 22*(6), 394-403.

Barbosa, A., Figueiredo, D., Sousa, L., & Deman, S. (2011). Coping with the caregiving role: differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging & Mental Health, 15*(4), 490-499. https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543660

Barreto, M., Kislaya, I., Gaio, V., Rodrigues, A. P., Santos, A. J., Namorado, S., Antunes, L., Gil, A. P., Boavida, J. M., Silva, A. C., Vargas, P., Prokopenko, T., Nunes, B., Dias, C. M., & INSEF Research Group (2017). *Prevalência, conhecimento e controlo da diabetes em Portugal: resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015)*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Barros, P. P. (2013). *Economia da Saúde: conceitos e comportamentos* (3ª ed.). Almedina.

Bassal, C., Czellar, J., Kaiser, S., & Dan-Glauser, E. S. (2015). Relationship between emotions, emotion regulation, and well-being of professional caregivers of people with dementia. *Research on Aging, 38*(4), 477-503. https://doi.org/10.1177/0164027515591629

Bastawrous, M. (2012). Caregiver burden – A critical discussion. *International journal of nursing studies*, 1-31. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005

Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. Em C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 107-127). Lidel.

Beidel, D. C., & Hersen, M. (2012). *Adult Psychopathology and Diagnosis* (6ª ed.). Wiley.

Beitz, J. M. (2014). Parkinson s disease a review. *Frontiers in Bioscience, S6*(1), 65–74. https://doi.org/10.2741/s415

Bekdemir, A., & Ilhan, N. (2019). Predictors of caregiver burden in caregivers of bedridden patients. *The Journal of Nursing Research, 27*(3), 1-9. http://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000297

Benjamin, E. J., Blaha, M. J., Chiuve, S. E., Cushman, M., Das, S. R., Deo, R., Ferranti, S. D., Floyd, J., Fornage, M., Gillespie, C., Isasi, C. R., Jiménez, M. C., Jordan, L. C., Judd, S. E., Lackland, D., Litchman, J. H., Lisabeth, L., Liu, S., Longenecker, C. T., … & Muntner, P. (2017). Heart Disease and Stroke Statistics - 2017 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation, 135*(10), 146-603. https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000485

Bentayeb, M., Billionnet, C., Baiz, N., Derbez, M., Kirchner, S., & Annesi-Maesano, I. (2013). Higher prevalence of breathlessness in elderly exposed to indoor aldehydes and VOCs in a representative sample of French dwellings. *Respiratory medicine, 107*(10), 1598-1607. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.07.015

Berry-Kravis, E., Myers, K., & Roizen, N. J. (2019). Down Syndrome and Fragile X Syndrome. Em M. L. Batshaw, N. J. Roizen & L. Pellegrino (Eds.), *Children with Disabilities* (8ª ed.) (pp. 265-300). Paul H. Brookes Publishing Co.

Besio, S., Amelina, N., Bulgarelli, D., & Stancheva-Popkostadinova, V. (2017). 9 Play in Children with Physical Impairment. Em S. Besio, D. Bulgarelli & V. Stancheva--Popkostadinova (Eds.), *Play development in children with disabilties* (pp. 120-136). De Gruyter Open.

Bezerra, M. A. M., Hell, N., Pinheiro, G., & Lopes, C. (2018). Prevalence of chronic musculoskeletal conditions and associated factors in Brazilian adults–National Health Survey. *BMC Public Health, 18*(1), 287-297.

Bhimani, R. (2014). Understanding the burden on caregivers of people with Parkinson's: a scoping review of the literature. *Rehabilitation Research and Practice*, 1-8. http://doi.org/10.1155/2014/718527

Bianquin, N., Bulgarelli, D., Besio, S., & Stancheva-Popkostadinova, V. (2017). 4 Conceptual Review of Disabilities. Em S. Besio, D. Bulgarelli & V.

Stancheva-Popkostadinova (Eds.), *Play development in children with disabilties* (pp. 71-87). De Gruyter Open.

Billington, J., Dowrick, C., Hamer, A., Robinson, J., & Williams, C. (2010). *An investigation into the therapeutic benefits of reading in relation to depression and well-being.* University of Liverpool.

Bilous, R., Donnelly, R., & Idris, I. (2021). *Handbook of Diabetes* (5ª ed.). John Wiley & Sons.

Biordi, D. L., & Nicholson, N. R. (2013). Social Isolation. Em I. M. Lubkin & P. D. Larsen, *Chronic Illness: Impact and Intervention* (8ª ed.) (pp. 97-132). Jones & Barlett Learning.

Blazer, D. (2013). Neurocognitive Disorders in DSM-5. *American Journal of Psychiatry, 170*(6), 585–587. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020179

Bohm, V., & Carlos, S. A. (2010). Ser cuidador de idosos: sentimentos desencadeados por esta relação. *Revista Kairós Gerontologia, 13*(1), 211-220.

Botero, M., & Campos, R. (2014). Dependencia de las personas adultas mayores. Em L. Robledo, M. Peña & J. Bolón, *Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años* (pp. 1-27). Academia Nacional de Medicina/ México.

Bourbon, M., Miranda, N., Vicente, A., & Rato, Q. (2016). *Sabe como prevenir? Doenças Cardiovasculares.* Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Bourne, R. R., Stevens, G. A., White, R. A., Smith, J. L., Flaxman, S. R., Price, H., Jonas, J. B., Keeffe, J., Leasher, J., Naidoo, K., Pesudovs, K., Resnikoff, S., Taylor, H. R., & Vision Loss Expert Group. (2013). Causes of vision loss worldwide, 1990–2010: a systematic analysis. *The lancet global health, 1*(6), e339-e349. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70113-X

Brand, C., Barry, L., & Gallagher, S. (2014). Social support mediates the association between benefit finding and quality of life in caregivers. *Journal of Health Psychology,* 1-11. https://doi.org/10.1177/1359105314547244

Briggs, A. M. et al. (2018). Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization, 96*(5), 66-368.

Brooker, C. (2010). *Diccionario Médico*. Manual Moderno.

Brown, R., & Brown, S. (2014). Informal caregiving: a reappraisal of effects on caregivers. *Social Issues and Policy Review, 8*(1), 74-102.

Bulgarelli, D., & Stancheva-Popkostadinova, V. (2017). 5 Play in Children with Intellectual Disabilities. Em S. Besio, D. Bulgarelli & V. Stancheva-Popkostadinova (Eds.), *Play development in children with disabilties* (pp. 88-93). De Gruyter Open.

Burney, P., Jarvis, D., & Perez-Padilla, R. (2015). The global burden of chronic respiratory disease in adults. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 19*(1), 10-20. https://doi.org/10.5588/ijtld.14.0446

Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges.* World Health Organization.

Cabrero, J. R. (2012). Ética y derechos en la práctica diaria de la atención a la dependencia: autonomía moral vs. autonomía física. Em A. P. Balaguer (Coord.), J. R., Cabrero, F. G. Castillo, C. R. Pascual, A. C. Ortiz, N. G. Jiménez & S. A. Ripollés, *Deconstruyendo la dependencia: propuestas para una vida independiente* (pp. 47-74). Editorial UOC.

Campos, A. C. & Simões, J. (2011) *O percurso da saúde: Portugal na Europa* (1ª ed.). Almedina.

Canales, L. K. & Lytle, R. K. (2011). *Physical activities for young people with severe disabilities*. Human Kinetics.

Cancer Support Community. (2014). *Frankly speaking about cancer: treatments and effects*. Cancer Support Community

Cano, A., Miguel, P., & García, A. (2019). Clasificación de las enfermedades intersticiales difusas. Em R. Mayoral, A. Cano, F. González, S. Castillo & A. Cerrato (Edits.), *Fibrosis Pulmonar Idiopática: Diagnóstico Precoz* (pp. 15-20). Editorial Fundación BIOTYC.

Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, 7*, 8-18.

Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., & Sanjosé, V. (2009). The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 74-79. https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004

Carrilho, M., & Patricio, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos, 148*, 118-138.

Carrilho, P., Rodrigues, M., Oliveira, B., Silva, E., Silva, T., Schran, L., & Mendes, M. T. (2018). Profile of caregivers of Parkinson's disease patients and burden

measured by Zarit Scale. *Dementia e Neuropsychologia, 12*(3), 299-305. https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-030011

Carter, R. (2019). The brain and the body. Em R. Carter, *The human brain book: An illustrated guide to its structure, function, and disorders* (3ª ed.) (pp. 36–49). Penguin Random House.

Carvalho, A. & Faria, S. (2014). Demência nos idosos. Em A. M. Fonseca (Org.), *Demência na terceira idade: Contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção* (pp. 7-24). ADRAVE – Agência de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave.

Carvalho, J., & Mota, J. (2012). O exercício e o envelhecimento. Em C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 71-91). Lidel.

Cassidy, J., Bissett, D., Spence, R. A., Payne, M., & Morris-Stiff, G. (2015). *Oxford Handbook of Oncology* (4ª ed.). Oxford University Press.

Cès, S., Hlebec, V., & Yghemonos, S. (2019) *Valuing informal care in Europe, analytical review of existing valuation methods*. Eurocarers.

Chalise, H. N. (2019). Aging: Basic Concept. *American Journal of Biomedical Science & Research, 1*(1), 8-10. https://doi.org/10.34297/AJBSR.2019.01.000503

Chen, H., Burton, E. A., Ross, G. W., Huang, X., Savica, R., Abbott, R. D., Ascherio, A., Caviness, J. N., Gao, X., Gray, K. A., Hong, J. S., Kamel, F., Jennings, D., Kirshner, A., Lawler, C., Liu, R., Miller, G. W., Nussbaum, R., Peddada, S. D., … Zhang, J. (2013). Research on the premotor symptoms of Parkinson's disease: clinical and etiological implications. *Environmental health perspectives*, *121*(11-12), 1245-1252. https://doi.org/10.1289/ehp.1306967

Chen, Y. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 18*(1). https://doi.org/10.2196/jmir.4596

Coelho, E. & Nunes, L. C. (2015). Evolução da Mortalidade em Portugal desde 1950. *Revista de Estudos Demográficos, 5*, 5-30.

Conde Sala, J. L. (2009). *Los cuidados a personas con dependencia*. Universitat de Barcelona.

Cordeiro, C. R. (2019). Patologia Respiratória Crónica no Idoso. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 223-229). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Costa, L. (2019). Lidar com a perda/morte da pessoa cuidada. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 340-357). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Cowan, A. E. (2019). Syndromes of Intellectual Disability. Em Gentile, J. P., Cowan, A. E. & Dixon D. W. (Eds.), *Guide to Intellectual Disabilities - A Clinical Handbook* (pp. 203-214). Springer.

Crespo, M., & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud, 1*, 9-16. https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002

Cuesta, A. G., & Martín, V. N. (2013). El paciente diabético. Pie diabético. Em P. G Gregorio, J. A. Trigo, & M. P. Martin (Coords.), *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp. 155-174). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Dagenais, G., Leong, D. P., Rangarajan, S., Lanas, F., Lopez-Jaramillo, P., Gupta, R., Diaz, R., Avezum, A., Oliveira, G. B., Wielgosz, A., Parambath, S. R., Mony, P., Alhabib, K. F., Temizhan, A., Ismail, N., Chifamba, J., Yeates, K., Khatib, R., Rahman, O., … Yusuf, S. (2019). Variations in common diseases, hospital admissions, and deaths in middle-aged adults in 21 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study. *The Lancet*. 785-794. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32007-0

Dalal, S., & Bruera, E. (2017). End-of-Life Care Matters: Palliative Cancer Care Results in Better Care and Lower Costs. *The Oncologist, 22*(4), 361-368. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2016-0277

Dartigues, J. F., Foubert-Samier, A., Goff, M., Viltard, M., Amieva, H., Orgogozo, J. M., Barberger-Gateau, P., & Helmer, C. (2013). Playing board games, cognitive decline and dementia: a French population-based cohort study. *BMJ Open, 3*(8), 1-8. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002998

Day, J. R., & Anderson, R. A. (2011). Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia. *Nursing Research and Practice, 2011*, 1-10. https://doi.org/10.1155/2011/408024

Day, J. R., Anderson, R. A., & Davis, L. L. (2014). Compassion fatigue in adult daughter caregivers of a parent with dementia. *Issues in mental health nursing, 35*(10), 796--804. https://doi.org/10.3109/01612840.2014.917133

Del-Pino-Casado, R., Cardosa, M., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *Plos One*, 1-16. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217648

Departamento de Prestações e Contribuições. (2020). *Guia prático – estatuto do cuidador informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal.* Instituto da Segurança Social, I.P.

Dhiman, S., Sahu, P. K., Reed, W. R., Ganesh, G. S., Goyal, R. K., & Jain, S. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs. *Research in Developmental Disabilities, 107*. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103790

Diário da República. (1999). *Decreto-Lei n.º 265/99*.

Díaz, M. T., Cruz-Quintana, F., & Pérez-Marfil, M. N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería, 23*(1-2), 36-40. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100008

Díaz-Benitez, E. R., & Martínez, L. A. (2014). Comparación de la calidad de vida y sobrecarga entre cuidadores primarios de pacientes cardiópatas en edad pediátrica y adulta. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 22*(1), 6-12.

Diniz, E., Pontes, C., & Brito, J. (2015). A importância do cuidador no cuidado da pessoa idosa através da promoção do envelhecimento saudável. *Anais CIEH, 2*(1), 1-4.

Diogo, A., & Moura, M. (2016). *Manual do Cuidador - Cuidados à Pessoa Dependente*. Governo dos Açores.

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Lesões Musculoesqueléticas Relacionadas com o Trabalho: Guia de Orientação para a Prevenção*.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Portugal Idade Maior em Números*.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*.

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2015*.

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*.

Direção-Geral da Saúde. (2017c). *Programa Nacional para a Diabetes 2017*.

Disabled People's Association. (2015). *Glossary of Disability Terminology*.

Dixe, M., Querido, A., Pereira, C., Soares, E., Gomes, J., Teixeira, L., Sousa, P., Amado, S., & Peralta, T. (2018). *Apoiar no autocuidado de utentes e cuidadores informais.* Center for Innovative Care and Health Technology.

Dobson, R., & Giovannoni, G. (2018). Multiple Sclerosis - a review. *European Journal of Neurology*. https://doi.org/10.1111/ene.13819

Doherty, K. M., van de Warrenburg, B. P., Peralta, M. C., Silveira-Moriyama, L., Azulay, J. P., Gershanik, O. S., & Bloem, B. R. (2011). Postural deformities in Parkinson's disease. *The Lancet Neurology, 10*(6), 538-549. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(11)70067-9

Dronkers, N. F., & Baldo, J. V. (2009). Language: Aphasia. In *Encyclopedia of Neuroscience* (pp. 343-348). Elsevier Ltd. https://doi.org/10.1016/B978008045046-9.01876-3

Dubois, B., & Uspenskaya-Cadoz, O. (2016). Changing concepts and new definitions for Alzheimer's disease. Em M. Husain, & J. M. Schott, *Orxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 353-360). Oxford University Press.

Dudgeon, S. (2010). *Rising tide: the impact of dementia on Canadian society*. Alzheimer Society of Canada.

Duthey, B. (2013). *Background Paper 6.21: Hearing Loss*. World Health Organization.

Eales, J., Kim, C., & Fast, J. (2015*). A snapshot of Canadians caring for persons with dementia: the toll it takes*. Research on Aging, Policies and Practice.

Ernst, G., Décima, T., Young, P., & Salvado, A. (2016). Fisiopatología de la fibrosis pulmonar idiopática. *Fronteras en Medicina, 1*(1), 17-20.

Eshraghi, A. A., Li, C., Alessandri, M., Messinger, D. S., Eshraghi, R. S., Mittal, R., & Armstrong, F. D. (2020). COVID-19: overcoming the challenges faced by individuals with autism and their families. *The Lancet Psychiatry, 7*(6), 481-483. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30197-8

European Commision. (2017). *State of Health in the EU Portugal Country Health Profile 2017*. OECD.

Farmer, N., Touchton-Leonard, K., & Ross, A. (2017). Psychosocial benefits of cooking interventions: a systematic review. *Health Education & Behavior, 45*(2), 167-180. https://doi.org/10.1177/1090198117736352

Ferkol, T., & Schraufnagel, D. (2014). The global burden of respiratory disease. *Annals of the American Thoracic Society, 11*(3), 404–406. https://doi.org/10.1513/annalsats.201311-405ps

Fernández-Niño, J. A., & Bustos-Vázquez, E. (2016). Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de su medición. *Biomédica, 36*, 188-203. https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2710

Fhon, J. R., Janampa, J. T., Huaman, T. M., Marques, S., & Rodrigues, R. A. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Avances en Enfermería, 34*(3), 251-258. https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704

Fider, C. R., Lee, J. W., Gleason, P. C., & Jones, P. (2017). Influence of religion on later burden and health of new black and white caregivers. *Journal of Applied Gerontology,* 1-22. https://doi.org/10.1177/0733464817703017

Figley, C. R., & Roop, R. G. (2006). *Compassion fatigue in the animal-care community*. Humane Society Press.

Figueiredo, D. (2019). O cuidador também precisa de ser cuidado? Cuidar das condições físicas e psicológicas do cuidador. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Eds.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 331-339). Coimbra University Press.

Flores, E. G., Rivas, E. R., & Seguel, F. P. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería, 18*(1), 29-41. http://doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004

Fontanesi, L., Marchetti, D., Mazza, C., Di Giandomenico, S., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). The effect of the COVID-19 lockdown on parents: A call to adopt urgent measures. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(1), 79-81. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000672

Fontes, F. (2016). *Pessoas com Deficiência em Portugal*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Foo, H., Mather, K. A., Thalamuthu, A., & Sachdev, P. S. (2019). The many ages of man: diverse approaches to assessing ageing-related biological and psychological measures and their relationship to chronological age. *Current Opinion in Psychiatry, 32*(2), 130-137. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000473

Forouhi, N. G., & Wareham, N. J. (2014). Epidemiology of diabetes. *Medicine, 42*(12), 698–702. https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.09.007

Fórum das Sociedades Respiratórias Internacionais. (2013). *Doenças respiratórias no mundo: Realidades de Hoje – Oportunidades para o Amanhã*. European Respiratory Society.

Frias, C., Cabrera, E., & Zabalegui, A. (2020). Informal caregivers' roles in dementia: the impact on their quality of life. *Life*, *10*, 1-12. http://doi.org/10.3390/life10110251

Fundação Calouste Gulbenkian. (2016). *Dossiê ciência em cena: doenças cardiovasculares*.

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2017). *Relatório de Portugal - Comissão económica das nações unidas para a europa (UNECE): Terceiro ciclo de revisão e avaliação da estratégia de implementação regional (RIS) do plano internacional de ação de Madrid sobre o envelhecimento (MIPAA)*. República Portuguesa.

Gallagher, D., Mhaolain, A., Crosby, L., Ryan, D., Lacey, L., Coen, R., Walsh, C., Coakley, D., Walsh, J., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2011). Dependence and caregiver burden in alzheimer's disease and mild cognitive impairment. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 26*(2), 110-114. http://doi.org/10.1177/1533317510394649

Galvin, M., Corr, B., Madden, C., Mays, I., McQuillan, R., Timonen, V., Staines, A., & Hardiman, O. (2016). Caregiving in ALS – a mixed methods approach to the study of Burden. *BMC Palliative Care*, 1-12. http://doi.org/10.1186/s12904-016-0153-0

Ganguli, M., Blacker, D., Blazer, D. G., Grant, I., Jeste, D. V., Paulsen, J. S., Petersen, R. C., & Sachdev, P. S. (2011). Classification of Neurocognitive Disorders in DSM-5: A work in progress. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 19*(3), 205–210. https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e3182051ab4

Gao, C., Chapagain, N. Y., & Scullin, M. K. (2019). Sleep duration and sleep quality in caregivers of patients with dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open, 2*(8), 1-15. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.9891

García, A. M., & Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62.

Gargallo, B. (2015). *PIAAR-R: Programa de Intervenção Educativa para Aumentar a Atenção e a Reflexividade (Níveis 1 e 2)*. CEGOC-TEA.

Garlo, K., O'Leary, J. R., Van Ness, P. H., & Fried, T. R. (2010). Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *Journal of the American Geriatrics Society, 58*(12), 2315-2322. http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03177.x

Ghazali, S., Abdullah, K., Aziz, A., Amin, R., Jusoh, A., Mansor, M., Rahman, W., & Shafie, Z. (2015). Burden of caregivers of the elderly with chronic illnesses and their associated factors in an urban setting in Malaysia. *Malaysian Journal of Public Health Medicine, 15*(1), 1-9.

Gibson, P. G., McDonald, V. M., & Marks, G. B. (2010). Asthma in older adults. *Lancet, 376*(9743), 803-813. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61087-2

Gil, I., Almeida, M., & Apóstolo, J. L. A. (2015). O envelhecimento e as perturbações neurocognitivas: uma realidade dos dias de hoje. Em J. Apóstolo, & M. Almeida (Eds.), *Enfermagem de Saúde do Idoso. Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde* (pp. 21-36). Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Gil, P., Yubero, R., & Morón, L. (2005). *Ejercicios para potenciar la memoria de los enfermos de Alzheimer*. Just in Time S.L.

Gogate, P., Gilbert, C., & Zin, A. (2011). Severe visual impairment and blindness in infants: causes and opportunities for control. *Middle East African journal of ophthalmology, 18*(2), 109. https://doi.org/10.4103/0974-9233.80698

Gomes, A. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida - família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*, *18*, 1-9.

Gomes, M. L. (2019). Diabetes Mellitus. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 193-202). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Gonçalves, C., Silva, P., Silva, R., & Couto, G. (2020). Prevalência das lesões músculo--esqueléticas em trabalhadores industriais: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional, 10*, 1-19. https://doi.org/10.31252/RPSO.04.07.2020

Gonçalves, L. H. T., Costa, M. A. M., Martins, M. M., Nassar, S. M., & Zunino, R. (2011). A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(3), 458-66.

Gonzaga, L., Pais, J., & Nunes, B. (2008). Demências e memória. Em B. Nunes (Coord.), *Memória funcionamento perturbações e treino* (pp. 225-255). Lidel.

Gorno-Tempini, M. L., Hillis, A. E., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S. F., Ogar, J. M., Rohrer, J. D., Black, S., Boeve, B. F., Manes, F., Dronkers, N. F., Vandenberghe, R., Rascovsky, K., Patterson, K., Miller, B. L., Knopman, D. S., Hodges, J. R., Mesulam, M. M., & Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology, 76*(11), 1006-1014. https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821103e6

Graff-Radford J. (2019). Vascular Cognitive Impairment. *Continuum (Minneapolis, Minn.), 25*(1), 147-164. https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000684

Grasset, X. (2012). *Calidad de vida en la vejez: Estimulación Cognitiva*. Caja Los Andes.

Greenberg, N. E., Wallick, A., & Brown, L. M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic restrictions on community-dwelling caregivers and persons with dementia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12(*S1), 220–221. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000793

Gregorio, P. G. (2013). Cuidados específicos a personas con Alzheimer. Em P. G. Gregorio, J. A. Trigo, & M. P. Martín (Coords.), *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp. 449-463). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Groark, C. J., Eidelman, S. M., Maude, S., & Kaczmarek, L. (Eds.). (2011). *Early Childhood Intervention: Shaping the Future for Children with Special Needs and Their Families [3 volumes]: Shaping the Future for Children with Special Needs and Their Families.* ABC-CLIO.

Guarnaluses, L. J. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *Medisan, 20*(11), 2434-2438.

Guerreiro, R., & Bras, J. (2016). Genetics of degenerative dementias. Em M. Husain, & J. M. Schott, *Orxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp.329-338). Oxford University Press.

Gusdal, A., Josefsson, J, Adolfsson, E., & Martin, L. (2014). Informal caregivers' experiences and needs when caring for a relative with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 1-8. https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000210

Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urízar, A., Ferrer-García, M., & Fernández-Dávila, P. (2012). In*fl*uencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema, 24*(2), 255-262.

Hacihasanoglu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 54*, 61-66. https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.03.011

Hall, L., Orrell, M., Stott, J., & Spector, A. (2013). Cognitive stimulation therapy (CST): neuropsychological mechanisms of change. *International Psychogeriatrics, 25*(3), 479--489. https://doi.org/10.1017/S1041610212001822

Hariprasad, V. R., Sivakumar, P. T., Koparde, V., Varambally, S., Thirthalli, J., Varghese, M., Basavaraddi, I. V., & Gangadhar, B. N. (2013). Effects of yoga intervention on

sleep and quality of life in elderly: a randomized controlled trial. *Indian Journal of Psychiatry, 55*(7), 364-368. https://doi.org/10.4103/0019-5545.116310

Harris, J., & Greenspan, S. (2016). Definition and Nature of Intellectual Disability. Em N. N. Singh (Ed.), *Handbook of Evidence-Based Practices in Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 11-39). Springer.

Hategan A., Bourgeois J. A., Cheng T., & Young J. (2018). *Geriatric Psychiatry Study Guide*. Springer.

Hayes, L., Hawthorne, G., Farhall, J., O´Hanlon, B., & Harvey, C. (2015). Quality of life and social isolation among caregivers of adults with Schizophrenia: Policy and outcomes. *Community Ment Health Journal, 51*(5), 591-597. https://doi.org/10.1007/s10597-015-9848-6

Healey, J., Hopkins, C., McClimens, A., & Peplow, D. (2017). The potential therapeutic benefits of reading poetry to nursing home residents: the road less travelled?. *Journal of Poetry Therapy, 30*(3), 153-165. https://doi.org/10.1080/08893675.2017.1328827

Hiraga, A. (2011). Pure motor monoparesis due to ischemic stroke. *The Neurologist*, *17*(6), 301-308. https://doi.org/10.1097/NRL.0b013e318220c690

Hodges, J. R., Mitchell, J., Dawson, K., Spillantini, M. G., Xuereb, J. H., McMonagle, P., Nestor, P. J., & Patterson, K. (2010). Semantic dementia: demography, familial factors and survival in a consecutive series of 100 cases. *Brain: a journal of neurology, 133*(1), 300-306. https://doi.org/10.1093/brain/awp248

Hogan, D. B., Jetté, N., Fiest, K. M., Roberts, J. I., Pearson, D., Smith, E. E., Roach, P., Kirk, A., Pringsheim, T., & Maxwell, C. J. (2016). The Prevalence and Incidence of Frontotemporal Dementia: a Systematic Review. *The Canadian journal of neurological sciences, 43*(1), 96-109. https://doi.org/10.1017/cjn.2016.25

Holland, A. E., Hill, C. J., Jones, A. Y., & McDonald, C. F. (2012). Breathing exercises for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. https://doi.org/10.1002/14651858.cd008250.pub2

Hollis, N. D., Zhang, Q. C., Cyrus, A. C., Courtney-Long, E., Watson, K., & Carroll, D. D. (2020). Physical activity types among US adults with mobility disability, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2017. *Disability and health journal, 13*(3). https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100888

Homem, F., Marques, A., Reveles, A., & Gonçalves, L. (2019). Patologia cardíaca crónica no idoso. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento*

Ativo e Saudável: Manual do Cuidador (pp. 216-222). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of emergency nursing, 36*(5), 420-427. https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027

Huang, F., Zhang, M., & Wang, S. (2019). Changes in cognitive function among older adults: A latent profile transition analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 80*, 12–19. http://doi.org/10.1016/j.archger.2018.09.006

Husain, M. & Schott, J. M. (2016). *Oxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia*. Oxford University Press.

Im, M. L., & Lee, J. I. (2014). Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technology and Health Care, 22*, 453–458. https://doi.org//10.3233/THC-140803

Inouye, S. K., Westendorp, R. G., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet, 383*(9920), 911–922. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60688-1

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2018). *ABC do Câncer: Abordagens Básicas para o Controlo do Câncer* (4ª ed.).

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos Portugal.*

Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Causas de morte 2017*.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). *População residente com 15 e mais anos de idade que presta cuidados informais (N.º) por Sexo, Grupo etário e Escalão de tempo gasto semanalmente na prestação de cuidados informais*. Acedido a 28 de fevereiro de 2021 em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008933&selTab=tab0&xlang=pt

Intellectual Disability Rights Service. (2009). *Introduction to Intellectual Disability*.

International Bureau for Audiophonology. (1996). *BIAP Recommendation 02/1: Audiometric Classification of Hearing Impairments*.

International Labour Organization. (2015). *Reporting on disability: guidelines for the media* (2ª ed.).

James, C. E., Altenmüller, E., Kliegel, M., Krüger, T. H., Ville, D. V., Worschech, F., Abdili, L., Scholz, D. S., Jünemann, K., Hering, A., Grouiller, F., Sinke, C., & Marie, D. (2020). Train the brain with music (TBM): brain plasticity and cognitive benefits induced by musical training in elderly people in Germany and

Switzerland, a study protocol for an RCT comparing musical instrumental practice to sensitization to music. *BMC Geriatrics, 20*(418). https://doi.org/10.1186/s12877-020-01761-y

Jellinger, K. A. (2018). Dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease-dementia: current concepts and controversies. *Journal of Neural Transmission, 125*, 615–650. https://doi.org/10.1007/s00702-017-1821-9

Jellinger, K. A., & Korczyn, A. D. (2018). Are dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease dementia the same disease? *BMC Medicine, 16*(1). https://doi.org/10.1186/s12916-018-1016-8

Jian, G., Xin, W., & Kimio, H. (2010). Impact on mental health and life quality of the elderly people through practicing calligraphy and painting. *China Journal of Health Psychology, 3*(18). https://doi.org/10.2147/CIA.S25395

Jiménez, M., & Martín, M. (2013). Cuidados al final de la vida. Em Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp. 465-482). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Joffe, V. (2010). Understanding speech, language and communication difficulties. *British Journal of School Nursing, 5(5)*, 219-220. https://doi.org/10.13140/2.1.3064.9609

Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing, 22*(4), 116-118.

Juste, M., Carballo, J., & López, B. (2015). Las personas mayores y las tic: un compromiso para reducir la brecha digital. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 26*, 337-359. https://doi.org/10.7179/PSRI_2015.26.13

Kalf, J. G., Borm, G. F., de Swart, B. J., Bloem, B. R., Zwarts, M. J., & Munneke, M. (2011). Reproducibility and validity of patient-rated assessment of speech, swallowing, and saliva control in Parkinson's disease. *Archives of physical medicine and rehabilitation, 92*(7), 1152-1158. https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.02.011

Kapogiannis, D., Sutin, A., Davatzikos, C., Costa Jr., P., & Resnick, S. (2012). The five factors of personality and regional cortical variability in the baltimore longitudinal study of aging. *Human Brain Mapping, 34*, 2829-2840. https://doi.org/10.1002/hbm.22108

Kavitha, V., Manumali, M. S., Praveen, K., & Heralgi, M. M. (2015). Low vision aid—A ray of hope for irreversible visual loss in the pediatric age group. *Taiwan journal of ophthalmology, 5*(2), 63-67. https://doi.org/10.1016/j.tjo.2015.02.002

Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2011). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 846-855. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x

Kim, S. H., Oh, Y. M., & Jo, M. W. (2014), Health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease patients in Korea. *Health Qual Life Outcomes, 12*(57). https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-57

Knopman, D. S., & Roberts, R. O. (2011). Estimating the number of persons with frontotemporal lobar degeneration in the US population. *Journal of molecular neuroscience: MN, 45*(3), 330-335. https://doi.org/10.1007/s12031-011-9538-y

Kohzuki, M. (2014). Classification of the Physical Disabilities and Actual Conditions of Visceral Impairment in Japan. *Asian Journal of Human Services, 6*, 125-137. https://doi.org/10.14391/ajhs.6.125

Kotzeva, M. (Ed.). (2014). *Eurostat regional yearbook 2014*. European Union

Küçükgüçlü, Ö., Söylemez, B. A., Yener, G., & Isık, A. T. (2017). The effects of support groups on dementia caregivers: A mixed method study. *Geriatric Nursing, 39*(2), 151–156. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.07.008

Lackland, D. T., Roccella, E. J., Deutsch, A. F., Fornage, M., George, M. G., Howard, G., Kissela, B. M., Kittner, S. J., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Schwamm, L. H., Smith, E. E., Towfighi, A., American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Quality of Care and Outcomes Research, & Council on Functional Genomics and Translational Biology (2014). Factors influencing the decline in stroke mortality: a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 45*(1), 315–353. https://doi.org/10.1161/01.str.0000437068.30550.cf

Lage, M. I., & Araújo, O. (2014). A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas. Em A. Fonseca, *Envelhecimento, Saúde e Doença* (pp. 221-260). Coisas de Ler.

Lamas, P. B., Regal, A. R., & Pérez, E. C. (2012). Demencia por cuerpos de Lewy. *Revista de neurología, 54*, s67-s74.

Lambert, H. (2018). *Memory Activity Book. Engaging ways to stimulate the brain, for people living with memory loss or dementia*. DK Publishing.

Langa, K. M., & Levine, D. A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: a clinical review. *Jama, 312*(23), 2551-2561. http://doi.org/10.1001/jama.2014.13806

Lanier, W. (2010). *Speech Disorders*. Gale, Cengage Learning.

Lehmberg, L. J., & Fung, C. V. (2010). Benefits of music participation for senior citizens: A review of the literature. *Music Education Research International, 4*, 19-30.

Leyton, C. E., & Hodges, J. R. (2013). Towards a clearer definition of logopenic progressive afasia. *Current Neurology and Neuroscience Reports, 13*(11). https://doi.org/10.1007/s11910-013-0396-6

Light for the World. (2017). *Resource book on Disability Inclusion*.

Light for the World. (2021). *O Livro de Orientações sobre a Inclusão da Deficiência.*

Lillo, Z. P., & Leyton, M. C. (2016). Demencia frontotemporal, cómo há ressurgido su diagnóstico. *Revista Médica Clínica Las Condes, 27*(3), 309–318. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.06.005

Lima, M. (2012). A "arquitetura incompleta": da personalidade na velhice. Em C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 129-139). Lidel.

Lima, M. P. (2019). A Gestão dos Afetos na Idade Avançada. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo, & J. Malva, *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 93-97). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lindeza, P., Rodrigues, M., Costa, J., Guerreiro, M., & Rosa, M. (2020). Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. *Supportive & Palliative Care,* 1-12. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002242

Liotta, M., Mento, C., Rizzo, A., & Settineri, S. (2014). Caregiver's burden and quality of life: caring for physical and mental illness. *International Journal of Psychological Research, 7*(1), 30-39.

Li-Quiroga, M., Alipázaga-Pérez, P., Osada, J., & León-Jiménez, F. (2015). Nivel de sobrecarga emocional en familiares cuidadores de personas con esquizofrenia en un hospital público de Lambayeque-Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría, 78*(4), 232-239.

Lo Coco, D., Lopez, G., & Corrao S. (2016). Cognitive impairment and stroke in elderly patients. *Vascular Health and Risk Management, 12*, 105-116.

López, C. R., Río, B. R., Rendón, M. T., González, L. D., & López, C. G. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud, 22*(2), 275-282. https://doi.org/10.25009/pys.v22i2.551

López-Fraga, A. (2015). Cuidadores de personas mayores: las nuevas tecnologías como recurso de apoyo. *Psicogeriatría, 5*(2), 57-61.

Loredo-Figueroa, M. T., Gallegos-Torres, R. M., Xeque-Morales, A. S., Palomé-Vega, G., & Juaréz-Lira, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria, 13*(3), 159-165. http://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002

Luan, H. D., Hai, N. T., Xanh, P. T., Giang, H. T., Van Thuc, P., Hong, N. M., & Khue, P. M. (2018). Musculoskeletal disorders: prevalence and associated factors among district hospital nurses in Haiphong, Vietnam. *BioMed Research International*, 1-9. https://doi.org/10.1155/2018/3162564

Lucza, T., Karádi, K., Kállai, J., Weintraut, R., Janszky, J., Makkos, A., Komoly, S., & Kovács, N. (2015). Screening Mild and Major Neurocognitive Disorders in Parkinson's Disease. *Behavioural Neurology,* 1-10. http://doi.org/10.1155/2015/983606

Lynch, S. H. (2018). Looking at compassion fatigue differently: application to family caregivers. *American Journal of Health Education, 49*(1), 9-11. https://doi.org/10.1080/19325037.2017.1369197

Lynch, S. H., & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of advanced nursing, 68*(9), 2125-2134. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05985.x

Macedo, E., Silva, L., Paiva, M., Ramos, M. (2015). Sobrecarga y calidad de vida de madres de niños y adolescentes con enfermedad crónica: revisión integradora. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 23*(4), 769-777. https://doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613

Mackenzie, C., Rogers, W., & Dodds, S. (2014). *Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*. Oxford University Press.

Magalhães, C. M., Carraro, P. F., Martinez, L. C., & Carvalho, P. D. (2017). *Guia de cuidados para cuidadores de idosos*.

Magalhães, S., Lopes, R., Simas, F., Reis, V., Vasconcelos, M., & Batalha, I. (2011). Paralisia cerebral na criança - caracterização clínica e funcional. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação, 20*(2), 16-20.

Mamani, A. W., Weintraub, M. J., Tauler, C. C., Gurak, K., Maura, J., Mejia, M. G., & Sapp, S. (2014). Religion and free will perceptions as coping mechanisms in caregivers of individuals with dementia: a review of the literature. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 26*(2-3), 201-214. https://doi.org/10.1080/15528030.2013.829017

Manfrim, A., & Schmidt, S. L. (2011). Diagnóstico Diferencial das Demências. Em E. Freitas, et al. (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 262-276). Guanabara Koogan.

Martin, P., Rautenstrauß, B., Abicht, A., Fahrbach, J., & Koster, S. (2010). Severe myoclonic epilepsy in infancy – adult phenotype with bradykinesia, hypomimia, and perseverative behavior: report of five cases. *Molecular Syndromology, 1*, 231-238. https://doi.org/10.1159/000326746

Martín-Palomo, M. (2010). Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía. *Zerbitzuan*, 57-69.

Maschi, T., Viola, D., Morgen, K., & Koskinen, L. (2013). Trauma, stress, grief, loss, and separation among older adults in prison: the protective role of coping resources on physical and mental well-being. *Journal of Crime and Justice, 38*(1), 113–136. https://doi.org/10.1080/0735648X.2013.808853

Masoudian, N., Sarmadi, M., Najafi, R., Najafi, F., & Maleki, S. (2019). Burden of care and quality of life in home caregivers of patients with stroke in Iran. *Home Health Care Management & Practice*, 1-6. https://doi.org/10.1177/1084822319843137

Masters, C. L., Bateman, R., Blennow, K., Rowe, C. C., Sperling, R. A., & Cummings, J. L. (2015). Alzheimer's disease. *Nature Reviews Disease Primers, 1*(15056), 1-18. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.56

Miller, J., & Mink, J. (2010). Accidente vascular cerebral agudo isquémico: sin tiempo que perder. *Nursing, 28*(1), 8–13. https://doi.org/10.1016/s0212-5382(10)70325-3

Milo, R., & Kahana, E. (2010). Multiple sclerosis: Geoepidemiology, genetics and the environment. *Autoimmunity Reviews, 9*(5), A387–A394. https://doi.org/10.1016/j.autrev.2009.11.010

Ministério da Saúde. (2007). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*.

Ministério da Saúde. (2009). *Guia prático do cuidador.* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Ministério da Saúde. (2010). *Cadernos de Atenção Básica: Doenças Respiratórias Crónicas*.

Ministério da Saúde. (2012). *Melhor em Casa: A segurança do hospital no conforto do seu lar – Caderno de Atenção Domiciliar*.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*.

Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *Enfermedades infecciosas | Infecciones respiratorias agudas del adulto: Guía para el equipo de salud.*

Ministério do Trabalho. (2018). *Caracterização das Deficiências: Orientações para fins de cumprimento do art. 93 da Lei nº 8.213/91*.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*.

Mongil, R., & García, M. (2013). Alteraciones cardiocirculatorias y respiratorias. Em P. G. Gregorio, J. A. Trigo, & M. P. Martin (Coords.), *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp. 413-434). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Mongil, R., & Martín, V. (2013). Ejercicio físico. Em Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp. 277--294). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Montagnana, M., & Lippi, G. (2017). Cancer diagnostics: current concepts and future perspectives. *Annals of Translational Medicine, 5*(13), 268. https://doi.org/10.21037/atm.2017.06.20

Mora, R., & Sánchez, A. (2013). Tareas y socialización. Desplazamiento y orientación. Comunicatión interpersonal (canales de comunicación), economia doméstica, relaciones personales. Em Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores* (pp. 77-89). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Moraes, E. (2008). *Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia*. Editora Coopmed.

Morais, H., Soares, A., Oliveira, A., Carvalho, C., Silva, M., & Araujo, T. (2012). Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20*(5), 1-10.

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (2013). Measuring the global burden of disease. *The New England journal of medicine, 369*(5), 448–457. https://doi.org/10.1056/NEJMra1201534

Naipal, S., & Rampersad, N. (2018). A review of visual impairment. *African Vision and Eye Health, 77*(1). https://doi.org/10.4102/aveh.v77i1.393

Näsi, M., Räsänen, P., & Sarpila, O. (2011). ICT activity in later life: Internet use and leisure activities amongst senior citizens in Finland. *European Journal of Ageing, 9*(2), 169–176. https://doi.org/10.1007/s10433-011-0210-8

Nassar, M., Bruckner, R., Gold, J., Li, S., Heekeren, H., & Eppinger, B. (2016). Age differences in learning emerge from an insufficient representation of uncertainty in older adults. *Nature Communications, 7*, 1-13. https://doi.org/10.1038/ncomms11609

National Alliance for Caregiving. (2015). *Caregiving in the US 2015*. Greenwald & Associates.

National Mental Health Consumer & Carer Forum. (2011). *Unravelling Psychosocial Disability, A Position Statement by the National Mental Health Consumer & Carer Forum on Psychosocial Disability Associated with Mental Health Conditions.*

Navarro, S., Gutiérrez, L., & Cruz, M. (2018). *Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo*. Permanyer.

Neece, C., McIntyre, L. L., & Fenning, R. (2020). Examining the impact of COVID--19 in ethnically diverse families with young children with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 64*(10), 739-749. https://doi.org/10.1111/jir.12769

Neri, A. L., Yassuda, M. S., Fortes-Burgos, A. C., Mantovani, E. P., Arbex, F. S., Torres, S. V., Perracini, M. R., & Guariento, M. E. (2012). Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. *International Psychogeriatrics, 24*(3), 472–483. https://doi.org/10.1017/S1041610211001700

Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., & Rayner, M. (2014). Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *European Heart Journal, 35*(42), 2950–2959. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu299

Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Bro, F., & Guldin, M. (2016). Psychological distress, health, and socio-economic factors in caregivers of terminally ill patients: a nationwide population-based cohort study. *Support Care Cancer, 24*(7), 3057-3067. https://doi.org/10.1007/s00520-016-3120-7

Nogueira, R. A. (2018). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: o despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro, do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, merece mais atenção e representa um primeiro passo para a orientação de soluções. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 34*(2), 104-109. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i2.12403

Núñez, R. G., & Silva, G. B. (2015). *Discapacidad y problemática familiar. Paakat: Revista de Tecnología y Sociedad, 8*, 1-7.

Olney, N. T., Spina, S., & Miller, B. L. (2017). Frontotemporal Dementia. *Neurologic clinics, 35*(2), 339-374. https://doi.org/10.1016/j.ncl.2017.01.008

Onyike, C. U., & Diehl-Schmid, J. (2013). The epidemiology of frontotemporal dementia. *International Review of Psychiatry, 25*(2), 130-137. https://doi.org/10.3109/09540261.2013.776523

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2015). *O papel dos psicólogos no envelhecimento*.

Ortiz, P. (2011). *Discapacidad visual y autonomia personal: Enfoque práctico de la rehabilitación*. Organización Nacional de Ciegos Españoles.

Orús, M. L., & Conte, E. V. (2010). Discapacidad, edad adulta y vida independiente. Um estudio de casos. *Educación y Diversidad, 4*(1), 101-124.

Ott, P. (2011). *Music for special kids: Musical activities, songs, instruments and resources*. Jessica Kingsley Publishers.

Outeiro, T. F., Koss, D. J., Erskine, D., Walker, L., Kurzawa-Akanbi, M., Burn, D., Donaghy, P., Morris, C., Taylor, J. P., Thomas, A., Attems, J., & McKeith, I. (2019). Dementia with Lewy bodies: an update and outlook. *Molecular neurodegeneration, 14*(1), 1-18. https://doi.org/10.1186/s13024-019-0306-8

O'Young, B., Gosney, J., & Ahn, C. (2019). The Concept and Epidemiology of Disability. Phys. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 30*, 697-707. https://doi.org/10.1016/j.pmr.2019.07.012

Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional, 16*, 381-414.

Pais, J. & Nunes, B. (2007). *Doença de Alzheimer*. Lidel.

Papalia, D., Feldman, R., & Martorell, G. (2013). *Desenvolvimento humano* (12ª ed.). AMGH.

Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G., & Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: the dementia caregivers. *Aging & Mental Health, 15*(6), 702-711. https://doi.org/10.1080/13607863.2011.562178

Parikh, N. M., Morgan, R. O., Kunik, M. E., Chen, H., Aparasu, R. R., Yadav, R. K., Schulz, P. E., Johnson, M. L. (2010). Risk factors for dementia in patients over 65 with diabetes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(7), 749–757. https://doi.org/10.1002/gps.2604

Park, S. S. (2020). Caregivers' mental health and somatic symptoms during COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*, 1-19. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa121

Park, S., Lee, A., Son, K., Lee, W., & Kim, D. (2016). Gardening intervention for physical and psychological health benefits in elderly women at community centers. *HortTechnology, 26*(4), 474-483. https://doi.org/10.21273/HORTTECH.26.4.474

Parlamento Europeu. (2010). *Relatório sobre a iniciativa europeia em material da doença de Alzheimer e outras formas de demência.*

Parola, V., Coelho, A., Neves, H., Almeida, M., Gil, I., Moura, A., & Apóstolo, J. (2019). Efeitos de um programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 47-56. http://dx.doi.org/10.12707/RIV18043

Pedraza, H. M., & González, G. M. (2015). Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cancer. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 47*(2), 125-136.

Peña, M., Robledo, L., & Campos, R. (2014). Introducción. Em L. Robledo, M. Peña & J. Bolón, *Envejecimiento y dependencia: realidades y previsión para los próximos años* (pp. XIX-XXIII). Academia Nacional de Medicina/ México.

Peña, M. M., Vicente, L. G., Cobos, R. G., & Vega, V. M. (2018). Correlación neurorradiológica de las afasias. Mapa cortico-subcortical del lenguaje. *Radiología, 60*(3), 250–261. https://doi.org/10.1016/j.rx.2017.12.008

Peña, S.A. (2010). *Estimulación cognitiva para adultos: guía básica.* Grupo Gesfomedia S.L.

Peng, Z., Jiang, H., Wang, X., Huang, K., Zuo, Y., Wu, X., Abdullah, A. S., & Yang, L. (2019). The efficacy of cognitive training for elderly chinese individuals with mild cognitive impairment. *BioMed Research International,* 1-10. https://doi.org/10.1155/2019/4347281

Pereira, S., Corte, A., & Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 133-140.

Pereira, S., & Marques, E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *INFAD Revista de Psicologia, 2*(1), 133-140.

Pereira, T. T., Oliveira, C. M., & Marques, H. R. (2019). Atividades físicas para idosos e seus benefícios. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 1-11.

Pérez, E. P., López, I. B., & Álvarez, N. D. (2016). La discalculia, como uno de los trastornos específico del aprendizaje. *Revista Conrado, 12*(52), 130-138.

Perez-Lloret, S., Nègre-Pagès, L., Ojero-Senard, A., Damier, P., Destée, A., Tison, F., Merello, M., Rascol, O., & COPARK Study Group (2012). Oro-buccal symptoms (dysphagia, dysarthria, and sialorrhea) in patients with Parkinson's disease: preliminary analysis from the French COPARK cohort. *European journal of neurology, 19*(1), 28-37. https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03402.x

Peters, M., Fitzpatrick, R., Doll, H., Playford, E. D., & Jenkinson, C. (2012). The impact of perceived lack of support provided by health and social care services to caregivers of people with motor neuron disease. *Amyotrophic lateral sclerosis: official publication of the World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases*, *13*(2), 223-228. https://doi.org/10.3109/17482968.2011.649759

Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado: A doença de Alzheimer* (2ªed.). Lusodidacta.

Phillipson, C. (2013). *Ageing*. Polity Press.

Pickard, L. (2015). A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032. *Ageing and Society, 35*(1), 96-123. https://doi.org/10.1017/S0144686X13000512

Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., George, S. M., & Olson, R. D. (2018). The physical activity guidelines for Americans. *Jama, 320*(19), 2020-2028. https://doi.org/10.1001/jama.2018.14854

Pinheiro, J., Branco, C., Leal, L., & Sebastião, Q. (2016). *Manual do Cuidador - Cuide de Si, cuide dos seus.* Governo dos Açores.

Pinho, M. (2012). Memória e envelhecimento. Em C. Paúl, & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (pp. 141-162). Lidel.

Pinski, S. (2013). Fibrilación auricular: ¿es una arritmia inocente o peligrosa?. *Revista Argentina de Cardiología, 81*(2).

Pinto, A. M., Rodrigues, V., Rosa, M. S., & Oliveira, C. R. (2019). Envelhecimento – da Epidemiologia à Fisiopatologia. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Pocinho, R., Belo, P., Silva, C., Navarro-Pardos, E., & Muñoz, J. F. (2017). Bem-estar psicológico na reforma: a importância da preparação dos trabalhadores para a transição. *Revista Lusófona de Educação, 37*, 11-25. https://doi.org/10.24140/issn.1645-7250.rle37.01

Pont-Sunyer, C., Hotter, A., Gaig, C., Seppi, K., Compta, Y., Katzenschlager, R., Mas, N., Hofeneder, D., Brücke, T., Bayés, A., Wenzel, K., Infante, J., Zach, H., Pirker, W., Posada, I. J., Álvarez, R., Ispierto, L., De Fàbregues, O., Callén, A., … Tolosa, E. (2015). The onset of nonmotor symptoms in Parkinson's disease (the ONSET PD study). *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society, 30*(2), 229-237. https://doi.org/10.1002/mds.26077

Porcari, D. E., Palmer, K., Spalletta, G., Ciullo, V., & Banaj, N. (2020). A survey for examining the effects of COVID-19 and infection control measures in older persons with Mild Cognitive Impairment and Dementia and their caregivers. *Frontiers in Psychiatry, 11*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.599851

PORDATA. (2020). *Índice de dependência de idosos: Onde há mais e menos idosos por 100 pessoas em idade activa.* Acedido a 19 de maio de 2021 em: https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%AAncia+de+idosos-461

Prazeres, F., & Santiago, L. (2015). Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open, 5*. https://doi:10.1136/bmjopen-2015-009287

Prince, M. J., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia, 9*(1), 63-75. https://doi.org/10.1016/j.jalz.2012.11.007

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet, 385*(9967), 549-562. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7

Pringsheim, T., Jette, N., Frolkis, A., & Steeves, T. D. (2014). The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society, 29*(13), 1583-1590. https://doi.org/10.1002/mds.25945

Pugliese, C., & Pelagatti, S. (2021). Towards the early detection of the red flags of dysorthography in non-diagnostic settings. *10º Congresso Annuale PISA*.

Ramsay, C. E., Walker, E. R., Ramsay, R., Compton, M. T., & Thompson, N. (2012). An exploration of perceptions of possible depression prevention services for caregivers of elderly or chronically ill adults in rural Georgia. *Community Mental Health Journal, 48*, 167-178. https://doi.org/10.1007/s10597-010-9361-x

Raposo, A. (2016). Quem são os doentes reumáticos. Em T. Meirinhos, F. Ramos, L. Miranda, & J. Fonseca (Edits.), *Manual do Interno* (pp. 16-17). Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

Raposo, J. F. (2020). Diabetes: Factos e Números 2016, 2017 e 2018. *Revista Portuguesa de Diabetes, 15*(1), 19-27.

Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., Mendez, M. F., Kramer, J. H., Neuhaus, J., van Swieten, J. C., Seelaar, H., Dopper, E. G., Onyike, C. U., Hillis, A. E., Josephs,

K. A., Boeve, B. F., Kertesz, A., Seeley, W. W., Rankin, K. P., Johnson, J. K., Gorno--Tempini, M. L., Rosen, H., … Miller, B. L. (2011). Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain: a journal of neurology, 134*(9), 2456-2477. https://doi.org/10.1093/brain/awr179

Reed, J., Clarke, C., & Macfarlane, A. (2012). *Nursing Older Adults*. Open University Press.

Reichmann, H. (2010). Clinical criteria for the diagnosis of Parkinson's disease. *Neuro--degenerative diseases, 7*(5), 284-290. https://doi.org/10.1159/000314478

Reigle, B., Campbell, G., & Murphy, K. (2017). *Cancer Rehabilitation and the Role of the Rehabilitation Nurse*. Association of Rehabilitation Nurses.

Rey, M. (2013). Habilidades, competencias y planificación de la actividad del cuidador. Em Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*, 91-137.

Reyes, F. (2019). Definición, patogenia y factores de riesgo de la fibrosis pulmonar idiopática. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias, 35*, 261-263.

Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, *32*(1), 27-36.

Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, 1*, 25-36. https://doi.org/10.12707/RIII12162

Ribeiro, S., Furtado, C., & Pereira, J. (2013). Association between cardiovascular disease and socioeconomic level in Portugal. *Portuguese Journal of Cardiology, 32*(11), 847–854. https://doi.org/10.1016/j.repce.2013.10.025

Ríos, A. E., & Galán, M. G. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica, 11*(3), 163-169.

Ríos, M. I. (2015). *El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. Revista CES Derecho, 6*(2), 46-59.

Rivera, A. R., & Navarro, L. V. (2015). Grupos de apoyo de la Asociación de Alzheimer de Puerto Rico: servicio directo para mejorar la calidad de vida de la persona afectada y su cuidador. *Voces Desde El Trabajo Social, 3*(1), 75-95. https://doi.org/10.31919/voces.v3i1.73

Rocha, E. & Nogueira, P. (2015). As doenças cardiovasculares em Portugal e na região Mediterrânica: uma perspetiva epidemiológica. *Revista Fatores de Risco, 36*, 35-44.

Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Sousa, R. D., Santos, M. J., Mendes, J. M., Coelho, P. S., Branco, J. C., & Canhão, H. (2018). Os Desafios do Envelhecimento em Portugal: Dados da Coorte EpiDoC. *Acta Médica Portuguesa, 31*(2), 80-93. https://doi.org/10.20344/amp.9817

Rodríguez-Pérez, M., Abreu-Sánchez, A., Rojas-Ocaña, M. J., & del-Pino-Casado, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of Life Outcomes, 15*(1), 1-8. https://doi.org/10.1186/s12955-017-0634-8

Roglic, G. (2016). WHO Global report on diabetes: A summary. *International Journal of Noncommunicable Diseases, 1*(1), 3-8. https://doi.org/10.4103/2468-8827.184853

Roth, D. L., Dilworth-Anderson, P., Huang, J., Gross, A. L., & Gitlin, L. N. (2015). Positive aspects of family caregiving for dementia: differential item functioning by race. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 70*(6), 813-819. https://doi.org/10.1093/geronb/gbv034

Rountree, S., & Doody, R. S. (2016). Presentation and management of Alzheimer's disease. Em M. Husain, & J. M. Schott, *Orxford Textbook of Cognitive Neurology and Dementia* (pp. 361-380). Oxford University Press.

Rueda, M., & Alanís, L. (2013). La dimensión emocional del cuidado en la vejez: la mirada de los adultos mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 337-347. https://doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.41333

Ruitenburg, M., Frings-Dresen, M., & Sluiter, J. (2012). The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research, 12*, 1-7. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-292

Runzer-Colmenares, F. M., Castro, G., Merino, A., Torres-Mallma, C., Diaz, G., Perez, C, & Parodi, J. F. (2017). Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico, 17*(3), 50-57. https://doi.org/10.24265/horizmed.2017.v17n3.09

Sabzwari, S., Badini, A., Fatmi, Z., Jamali, T., & Shah, S. (2016). Burden and associated factors for caregivers of the elderly in a developing country. *Eastern Mediterranean Health Journal, 22*(6), 394-403. https://apps.who.int/iris/handle/10665/259976

Sacco, R. L., Kasner, S. E., Broderick, J. P., Caplan, L. R., Connors, J. J., Culebras, A., Elkind, M. S., George, M. G., Hamdan, A. D., Higashida, R. T., Hoh, B. L., Janis, L. S., Kase, C. S., Kleindorfer, D. O., Lee, J. M., Moseley, M. E., Peterson, E. D.,

Turan, T. N., Valderrama, A. L., Vinters, H. V., … Council on Nutrition, Physical Activity and Metabolism (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke, 44*(7), 2064–2089. https://doi.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca

Sachdev, P. S., Blacker, D., Blazer, D. G., Ganguli, M., Jeste, D. V., Paulsen, J. S., & Petersen, R. C. (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology, 10*(11), 634-642. https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181

Sachdev, P., Kalaria, R., O'Brien, J., Skoog, I., Alladi, S., Black, S. E., Blacker, D., Blazer, D. G., Chen, C., Chui, H., Ganguli, M., Jellinger, K., Jeste, D. V., Pasquier, F., Paulsen, J., Prins, N., Rockwood, K., Roman, G., & Scheltens, P. (2014). Diagnostic Criteria for Vascular Cognitive Disorders. *Alzheimer Disease & Associated Disorders, 28*(3), 206–218. https://doi.org/10.1097/wad.0000000000000034

Salazar, J., & Sánchez, P. (2014). *El Cáncer.* Universidad Autónoma de Nuevo León.

Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes, 23*(1), 19-29. https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9

Salomėja, Š. (2015). Learning in later life: the perspective of successful ageing. *Applied Research in Health and Social Sciences: Interface and Interaction, 12*(1). https://doi.org/10.1515/arhss-2015-0003

Sánchez, A., & Mora, R. (2013). Actividades para ocupar el tiempo libre. Em Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores*, (pp. 543-554). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Sánchez-Arias, A., Bobadilla-Serrano, M., Dimas-Altamirano, B., Gómez-Ortega, M., & González-González, G. (2016). *Revista Mexicana de Cardiología, 27*(3), 98-102.

Sánchez-Izquierdo, M., Prieto-Ursúa, M., & Caperos, J. (2015). Positive aspects of family caregiving of dependent elderly. *Educational Gerontology, 41*(11), 745-756. https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1033227

Santaella, D. F., Devesa, C. R., Rojo, M. R., Amato, M. B., Drager, L. F., Casali, K. R., Montano, N., & Lorenzi-Filho, G. (2011). Yoga respiratory training improves respiratory function and cardiac sympathovagal balance in elderly subjects: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 1-8. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000085

Santana, I. (2019). Défice Cognitivo e Demência. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Eds.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 331-339). Coimbra University Press.

Santana, I., & Duro, D. (2014). Envelhecimento cerebral e demência. Em M. T. Verissimo (Ed.), *Geriatria fundamental: Saber e praticar* (pp. 159-178). Lidel.

Santos, T. (2020). *Guia completo: sobre a Diabetes. MediCare*.

Schaefer, N. (2015). Disability search tips and resources. *Medical reference services quarterly, 34*(1), 60-74. https://doi.org/10.1080/02763869.2015.986792

Schrag, A., Horsfall, L., Walters, K., Noyce, A., & Petersen, I. (2015). Prediagnostic presentations of Parkinson's disease in primary care: a case-control study. *The Lancet Neurology, 14*(1), 57-64. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(14)70287-X

Schulz, R., & Tompkins, C. A. (2010). Informal caregivers in the United States: prevalence, caregiver characteristics, and ability to provide care. Em *The role of human factors in home health care: Workshop summary*. National Academies Press.

Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L., Quinn, M. G., King, C., Carr, A., Elliot, K., Robinson, A., & Scott, J. L. (2015). Leisure Time Activities and Mental Health in Informal Dementia Caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 7*(2), 230–248. https://doi.org/10.1111/aphw.12046

Schwartzman, J., & Lederman, V. (2017). Deficiência intelectual: causas e importância do diagnóstico e intervenção precoces. *Inclusão Social, 10*(2), 17-27.

Scott, T. L., Masser, B. M., & Pachana, N. A. (2014). Exploring the health and wellbeing benefits of gardening for older adults. *Ageing & Society*, 1-25. https://doi.org/10.1017/S0144686X14000865

Secretaria da Educação. (2012). *Entendendo a deficiência física*. Governo do Estado de São Paulo.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel Editora.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2ª ed.). Lidel.

Serrano, M. C. (2010). En qué consiste la disortografía?. *Revista Digital para Profesionales de la Enseñanza, 9*, 1-10.

Shad, B. J., Wallis, G., Van Loon, L. J., & Thompson, J. L. (2016). Exercise prescription for the older population: The interactions between physical activity, sedentary time, and adequate nutrition in maintaining musculoskeletal health. *Maturitas, 93*, 78-82. https://10.1016/j.maturitas.2016.05.016

Shakespeare, T. (2018). *Disability: the basics*. Routledge.

Sheth, K., Lorig, K., Stewart, A., Parodi, J. F., & Ritter, P. L. (2020). Effects of COVID-19 on Informal Caregivers and the Development and Validation of a Scale in English and Spanish to Measure the Impact of COVID-19 on Caregivers. *Journal of Applied Gerontology,* 1-9. https://doi.org/10.1177/0733464820971511

Shiba, K., Kondo, N., & Kondo, K. (2016). Informal and formal social support and caregiver burden: the AGES caregiver survey. *Journal of Epidemiology*, 1-7. https://doi.org/10.2188/jea.JE20150263

Silva, A., Teixeira, H., Teixeira, M., & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 792-803. https://doi.org/10.1111/scs.12019

Silva, J. C. (2016). Introdução à Reumatologia. Em T. Meirinhos, F. Ramos, L. Miranda, & J. Fonseca (Edits.), *Manual do Interno* (pp. 6-7). Sociedade Portuguesa de Reumatologia.

Silva, N. L., Passos, X. S., & Parreira, S. L. (2016). Síndrome de Rett: uma revisão da literatura. *Journal of the Health Sciences Institute, 34*(1), 53-57.

Simões, D., Araújo, F. A., Monjardino, T., Severo, M., Cruz, I., Carmona, L., & Lucas, R. (2018). The population impact of rheumatic and musculoskeletal diseases in relation to other non-communicable disorders: comparing two estimation approaches. *Rheumatology International, 38*(5), 905-915. https://doi.org/10.1007/s00296-018-3990-8

Sittironnarit, G., Emprasertsuk, W., & Wannasewok, K. (2020). Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. *Asian Journal of Psychiatry, 48*, 1-8. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101913

Ślusarska, B., Bartoszek, A., Kocka, K., Deluga, A., Chrzan-Rodak, A., & Nowicki, G. (2019). Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit – an example of home care in Poland. *Clinical Interventions in Aging, 14,* 889-903. https://doi.org/10.2147/CIA.S191984

Small, B. J., Dixon, R. A., & McArdle, J. J. (2011). Tracking cognition–health changes from 55 to 95 years of age. *The Journals of Gerontology, 66B*(1), 153–161. http://doi.org/10.1093/geronb/gbq093

Smetanin, P., Kobak, P., Briante, C., Stiff, D., Sherman, G., & Ahmad, S. (2010). *Rising tide: the impact of dementia in Canada 2008 to 2038*. Risk Analytica.

So, B., Cheng, A., & Szeto, G. (2017). Cumulative IT use is associated with psychosocial stress factors and musculoskeletal symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(12), 1541-1552.

Soares, A. J., & Pereira, M. G. (2014). Suporte social em cuidadores informais de dependentes de substâncias. *Revista Interamericana de Psicologia, 48*(1), 82-97.

Sobrinho Simões, M. (2014). *O Cancro*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2012). *Guía de Ejercicio Físico para mayores. "Tu salud en marcha"*.

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. (2013). *Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes*. IMC.

Sociedade Europeia de Cardiologia. (2019). *Diabetes: Recomendações para a Diabetes, Pré--Diabetes e Doenças Cardiovasculares*.

Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2015*). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2014 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2015*.

Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla. (2016). *Manual de apoio à Vida com EM*.

Soga, M., Gaston, k. J., & Yamaura, Y. (2017). Gardening is beneficial for health: a meta-analysis. *Preventive Medice Reports, 5*, 92-99. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.007

Sonnet, H., & Taylor, A. (2009). *Activities for Adults with Learning Disabilities: Having Fun, Meeting Needs*. Jessica Kingsley Publishers.

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *Journal of Nursing Scholarship, 48*(5), 456-465. https://doi.org/10.1111/jnu.12229

Stephens, F., & Aigner, K. (2009). *Basics of Oncology*. Springer.

Sun, F., & Hodge, D. R. (2012). Latino Alzheimer's Disease caregivers and Depression: using the stress coping model to examine the effects of spirituality and religion. *Journal of Applied Gerontology, 33*(3), 291-315. https://doi.org/10.1177/0733464812444462

Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world—what do we know? *The Lancet, 385*(9967), 484-486. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-X

Sveinbjornsdottir, S. (2016). The clinical symptoms of Parkinson's disease. *Journal of neurochemistry, 139*(1), 318-324. https://doi.org/10.1111/jnc.13691

Tagle, R. (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes, 29*(1), 12–20. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.12.005

Tárraga, L., Boada, M., Morera, A., Domènech, S., & Llorente, A. (1999). *Volver a empezar*. Glosa, Ediciones.

Tavares, J. P. (2019). Cuidar da pessoa idosa: habilidades fundamentais. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 17-35). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Tavares, J. P., Nunes, L. N., & Grácio, J. C. (2019). Cuidado Centrado na Funcionalidade: uma "Nova" Abordagem no Cuidado. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 358-371). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Tornal, J., & Martinez, A. (2017). Relationship between subjective and objective burden in family caregivers of Alzheimer patients. *European Journal of Health Research, 3*(1), 41-50. https://doi.org/10.1989/ejhr.v3i1.54

Torres, A., Barberán, J., Falguera, M., Menéndez, R., Molina, J., Olaechea, P., & Rodríguez, A. (2013). Guía multidisciplinar para la valoración pronóstica, diagnóstico y tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Medicina Clínica, 140*(5), 223.e1–223.e19. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.09.034

Tovel, H., & Carmel, S. (2013). Maintaining successful aging: the role of coping patterns and resources. *Journal of Happiness Studies, 15*(2), 255–270. https://doi.org/10.1007/s10902-013-9420-4

Tramonti, F., Bongioanni, P., Leotta, R., Puppi, I., & Rossi, B. (2015). Age, gender, kinship and caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis. *Psychology, Health & Medicine, 20*(1), 41-46. https://doi.org/10.1080/13548506.2014.8926272015

Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L., & Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clinica, 72*(1), 11-16.

Tsapanou, A., Papatriantafyllou, J. D., Yiannopoulou, K., Sali, D., Kalligerou, F., Ntanasi, E., Zoi, P., Margioti, E., Kamtsadeli, V., Hatzopoulou, M., Koustimpi, M., Zagka, A., Papageorgiou, S. G., & Sakka, P. (2020). The impact of COVID-19 pandemic on people with mild cognitive impairment/dementia and on their caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. https://doi.org/10.1002/gps.5457

Unidade de Saúde Familiar Anta. (2014). *Manual do Cuidador*.

Uribe, A. F., Orbegozo, L. J., & Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, 25, 246-258.

U.S. Department of Education. (2011). *Speech & Language Impairments*.

US Department of Health and Human Services. (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans* (2ª ed.). https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf

Van der Zee-Neuen, A. et al. (2017). Work outcome in persons with musculoskeletal diseases: comparison with other chronic diseases & the role of musculoskeletal diseases in multimorbidity. *BMC Musculoskeletal Disorders, 18*(1), 10-19.

VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2ª ed.). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14646-000

Verbakel, E., Metzeelthin, S., & Kempen, G. (2018). Caregiving to older adults: determinants of informal caregivers' subjective well-being and formal and informal support as alleviating conditions. *Journals of Gerontology: Social Sciences, 73*(6), 1099-1111. https://doi.org/10.1093/geronb/gbw047

Veríssimo, M. T. (2019). A Patologia Crónica mais Característica do Idoso. Em A. M. Pinto, M. Veríssimo & J. Malva (Coords.), *Envelhecimento Ativo e Saudável: Manual do Cuidador* (pp. 51-59). Imprensa da Universidade de Coimbra.

Vieira, C. R. (2014). Demências. In M. J. Figueira, D. Sampaio & P. Afonso (Eds.), *Manual de psiquiatria clínica* (pp. 213-237). Lidel.

Vijayalakshmi, P., & Aarthi, M. (2016). Sign language to speech conversion. *2016 International Conference on Recent Trends in Information Technology (ICRTIT).* https://doi.org/10.1109/icrtit.2016.7569545

Virella, D., Folha, T., Andrada, M. G., Cadete, A., Gouveia, R., Gaia, T., Alvarelhão, J., & Calado, E. (2017). *Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de Idade - Crianças Nascidas entre 2001 e 2007* (2.º ed.). Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral.

Virmani, T., Moskowitz, C. B., Vonsattel, J. P., & Fahn, S. (2015). Clinicopathological characteristics of freezing of gait in autopsy-confirmed Parkinson's disease. *Movement disorders: official journal of the Movement Disorder Society, 30*(14), 1874-1884. https://doi.org/10.1002/mds.26346

Walker, Z., Possin, K. L., Boeve, B. F., & Aarsland, D. (2015). Lewy body dementias. *The Lancet, 386*(10004), 1683–1697. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00462-6

Wallin, K., Boström, G., Kivipelto, M., & Gustafson, Y. (2013). Risk factors for incident dementia in the very old. *International Psychogeriatrics, 25*(7), 1135-1143. https://doi.org/10.1017/S1041610213000409

Wang, D., & Glicksman, A. (2013). "Being grounded": benefits of gardening for older adults in low-income housing. *Journal of Housing for the Elderly, 27*, 89-104. https://doi.org/10.1080/02763893.2012.754816

Wang, M. Y., Chang, C. Y., & Su, S. Y. (2011). What's cooking? – Cognitive training of executive function in the elderly. *Frontiers in psychology, 2*(228).

Whitbourne, S. K., & Whitbourne, S. B. (2011). *Adult development & aging: biopsychosocial perspectives* (4ª ed.). John Wiley & Sons.

Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo-Fernandez, R., Burns, R., Rayner, M., & Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017.* European Heart Network.

Willner, P., Rose, J., Kroese, B. S., Murphy, G. H., Langdon, P. E., Clifford, C., Hutchings, H., Watkins, A., Hiles, S., & Cooper, V. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic on the mental health of carers of people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 33*, 1523-1533. https://doi.org/10.1111/jar.12811

Woolley, J. D., Khan, B. K., Murthy, N. K., Miller, B. L., & Rankin, K. P. (2011). The diagnostic challenge of psychiatric symptoms in neurodegenerative disease: rates of and risk factors for prior psychiatric diagnosis in patients with early neurodegenerative disease. *The Journal of clinical psychiatry, 72*(2), 126-133. https://doi.org/10.4088/JCP.10m06382oli

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF.*

World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework.*

World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011*.

World Health Organization. (2012a). *Early Childhood Development and Disability: A discussion paper*.

World Health Organization. (2012b). *Dementia: A public health priority*.

World Health Organization. (2013a). *Guidance note on disability and emergency risk management for health.*

World Health Organization. (2013b). *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*.

World Health Organization. (2013c). *Millions of people in the world have hearing loss that can be treated or prevented.*

World Health Organization. (2014). *"Ageing well" must be a global priority*.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.

World Health Organization. (2016). *Global report on diabetes*.

World Health Organization. (2018). *Noncommunicable diseases*.

World Health Organization. (2019). *Classification of diabetes mellitus.*

World Health Organization. (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all.*

World Health Organization. (2021). *World report on hearing: executive summary*.

Yigitalp, G., Surucu, H., Gumus, F., & Evinc, E. (2017). Predictors of caregiver burden in primary caregivers of chronic patients. *International Journal of Caring Sciences, 10*(3), 1168-1177. https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000297

Yim, V. W., Graham, C. A., & Rainer, T. H. (2009). A comparison of emergency department utilization by elderly and younger adult patients presenting to three hospitals in Hong Kong. *International Journal of Emergency Medicine, 2*(1), 19-24. https://doi.org/10.1007/s12245-009-0087-x

Yoder, E. A. (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied nursing research*, *23*(4), 191--197. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003

Zakharov, V. V., Savushkina, I. Y., Mkhitaryan, E. A., Koberskaya, N. N., Lokshina, A. B., Grishina, D. A., Posokhol, C. I., Tarapovskaya, A. V., & Yakhno, N. N. (2018). Age-related dynamics of cognitive functions in persons aged 50–85 years. *Advances in Gerontology, 8*(1), 41–46. https://doi.org/10.1134/S2079057018010137

Zhang, F. R., He, L. H., Wu, S. S., Li, J. Y., Ye, K. P., & Wang, S. (2011). Quantify work load and muscle functional activation patterns in neck-shoulder muscles of female sewing machine operators using surface electromyogram. *Chinese Medical Journal, 124*(22), 3731-3737. https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0366-6999.2011.22.024

Zibetti, M. R., Gindri, G., Pawlowski, J., Salles, J. F., Pimenta, M. A., Bandeira, D. R., Fachel, J. M., & Fonseca, R. P. (2010). Estudo comparativo de funções neuropsicológicas entre grupos etários de 21 a 90 anos. *Neuropsicologia Latinoamericana, 2*(1), 55-67.

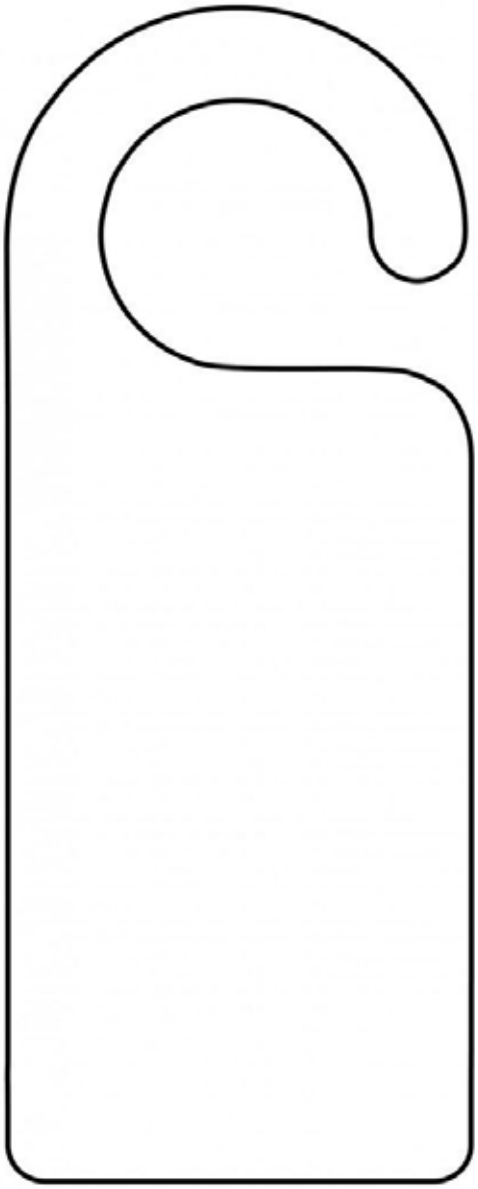
Zigante, V. (2018). *Informal care in Europe. Exploring formalisation, availability and quality*. European Commission, London School of Economics and Political Science.

Zolini, C., & Paquete, P. (2013). *100 exercícios para a Mente*. Humanamente Lda.

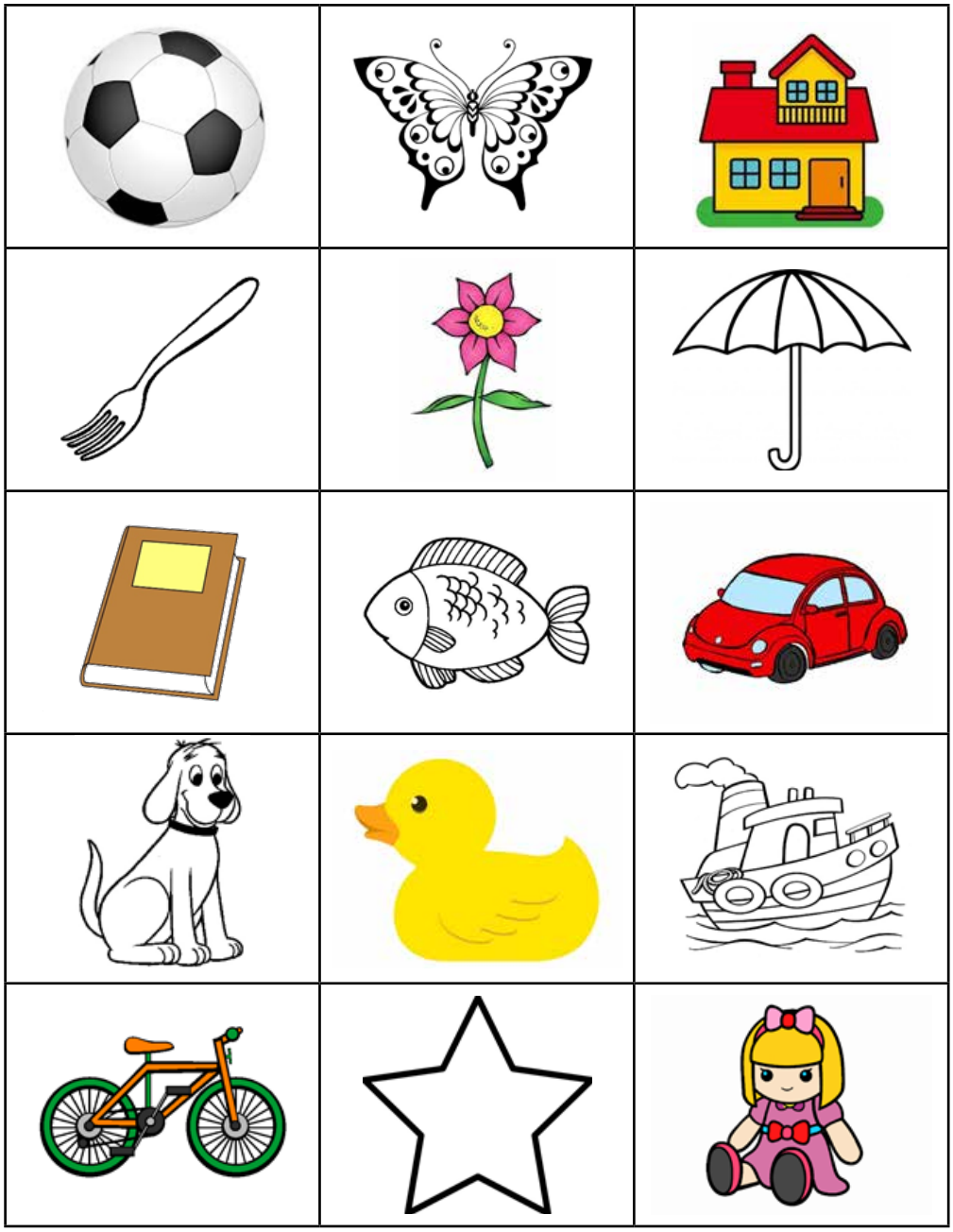
Zunzunegui, M. V. (2011). Evolución de la discapacidad y la dependência: Una mirada internacional. *Gaceta Sanitaria, 25*(2), 12-20. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.026

Anexos

Anexo A – Placa para a porta

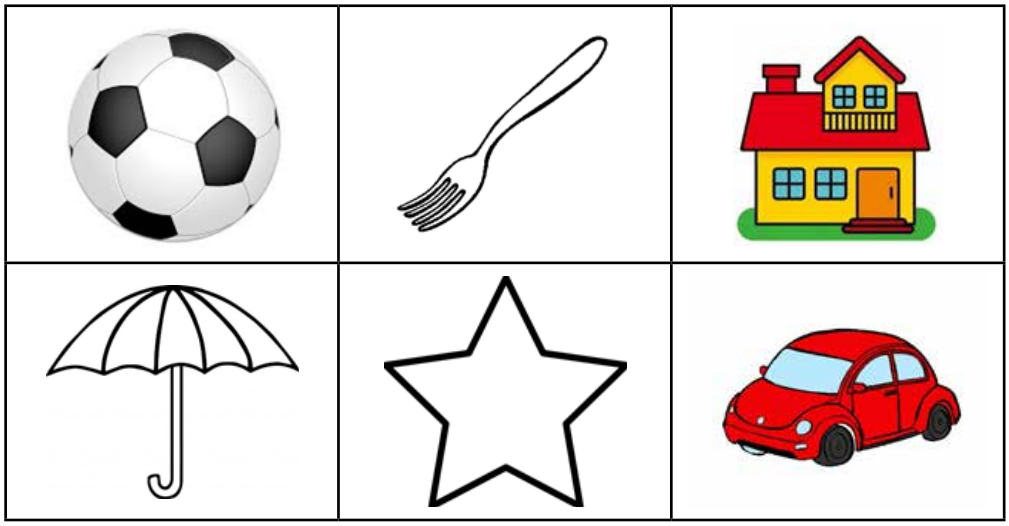


Anexo B – Cartões do bingo

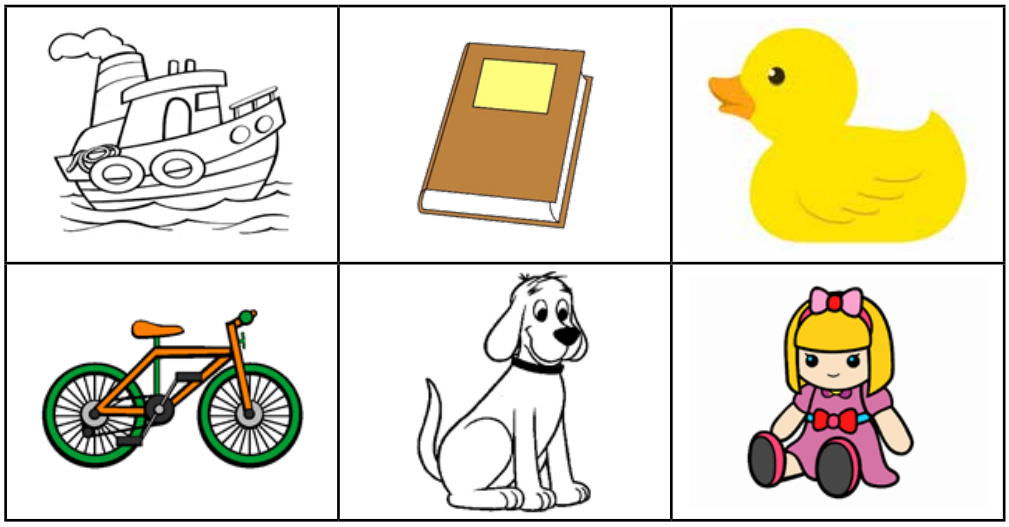


Anexo C – Fichas para registo

Ficha de registo n.º 1



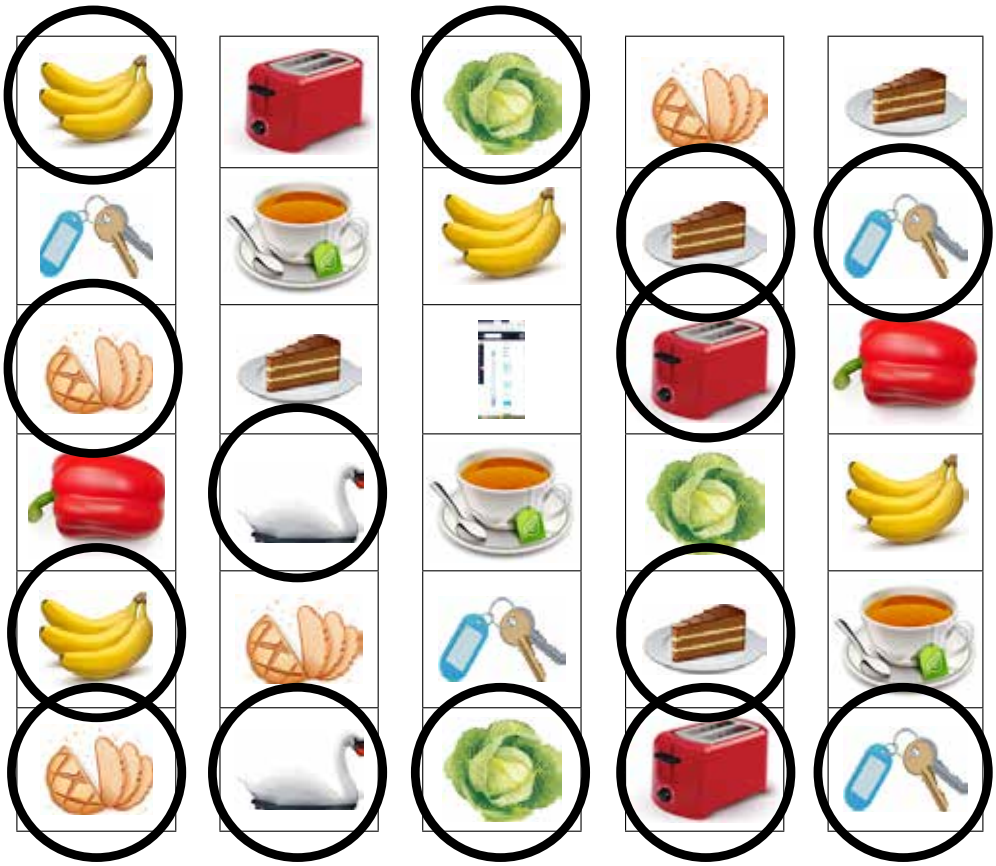
Ficha de registo n.º 2



Anexo D – Soluções

Categoria: Atenção e concentração

1. Quais se repetem?



2. Quantas farmácias existem?

Categoria: Funções Executivas

1. Sequências

Preparar um lanche para duas pessoas.
Exemplo:

a) Ir à despensa buscar 2 pães;
b) Ir buscar uma faca;
c) Cortar os 2 pães ao meio com a faca;
d) Ir ao frigorífico buscar queijo e fiambre;
e) Colocar uma fatia de queijo no meio de cada pão;
f) Colocar uma fatia de fiambre no meio de cada pão;
g) Fechar os dois pães;
h) Colocar cada pão num prato;

i) Ir buscar 4 laranjas;
j) Lavar as laranjas;
k) Cortar as laranjas;
l) Ir buscar o espremedor de laranjas;
m) Espremer as 4 laranjas;
n) Ir buscar 2 copos;
o) Dividir o sumo pelos 2 copos;
p) Colocar os 2 pães e os 2 copos de sumo em cima da mesa.

Sair de casa para ir comprar pão, peixe e carne.
Exemplo:
1) Pegar no dinheiro e nas chaves de casa;
2) Rodar a maçaneta para abrir a porta;
3) Sair e fechar a porta;
4) Dirigir-se ao talho para comprar a carne;
5) Escolher a carne;
6) Pedir a carne ao talhante;
7) Pagar a carne;
8) Dirigir-se à peixaria para comprar o peixe;
9) Escolher o peixe;
10) Pedir o peixe ao peixeiro;
11) Pagar o peixe;
12) Dirigir-se à padaria;
13) Escolher o pão;
14) Pedir o pão ao padeiro;
15) Pagar o pão;
16) Regressar a casa;
17) Abrir a porta com as chaves;
18) Entrar em casa;
19) Fechar a porta de casa.

Viajar para outro país.
Exemplo:
1) Comprar o bilhete para a viagem;

2) Preparar a mala, colocando roupa (roupa interior, blusas, camisas, camisolas, calças, meias), calçado, produtos de higiene, o bilhete para a viagem, o passaporte, etc.;
3) Sair de casa;
4) Dirigir-se ao aeroporto;
5) Realizar o *check-in*;
6) Entrar no avião.

2. Vamos ordenar!

3	Pagou 0,80€ pelo pão.
1	O António foi à padaria comprar pão para o pequeno-almoço.
4	Por fim, regressou a casa.
2	Foi atendido pelo funcionário e fez o seu pedido.

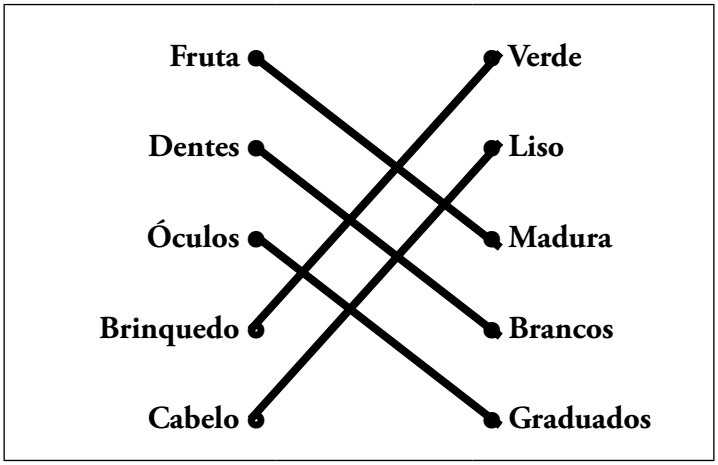
3	Lavou o cabelo e ensaboou o corpo.
2	Foi tomar banho.
5	Por fim, vestiu-se e foi preparar o almoço.
1	A Maria esteve a arranjar o carro e sujou-se com óleo.
4	Retirou o champô e o sabão e secou-se com uma toalha florida.

2	Colocou uma panela com água ao lume.
3	Descascou as batatas e as cenouras e pô-las a cozer na água.

5	Quando o repolho terminou de cozer, a sopa ficou pronta.
4	Passou a sopa com a varinha mágica e acrescentou o repolho.
1	A Raquel fez sopa para o jantar.

Categoria: Linguagem

1. Adjetivos



Categoria: Cálculo

1. Números

Escreva por extenso os seguintes números:	Escreva os números descritos em cada alínea:
▶ 14 – Catorze	▶ Vinte e três – 23
▶ 20 – Vinte	▶ Cento e quatro – 104
▶ 123 – Cento e vinte e três	▶ Cento e vinte e cinco – 125
▶ 412 – Quatrocentos e doze	▶ Mil e quinhentos – 1.500
▶ 13 – Treze	▶ Dezasseis mil e duzentos – 16.200
▶ 1100 – Mil e cem	▶ Cinco mil – 5.000
▶ 2005 – Dois mil e cinco	▶ Oito – 8
▶ 64 – Sessenta e quatro	▶ Seis milhões – 6.000.000
	▶ Quarenta e sete – 47

2. Números e letras

Parte I

	A	**B**	**C**	**D**	**E**
1	3	66	4	60	81
2	6	85	49	99	7
3	34	2	56	22	82
4	71	89	15	28	1
5	9	3	50	80	4

Parte II

1. Quais são os números que correspondem ao A4 e ao C2?
R: **71** e **49**.
2. Quais são os números que correspondem ao B1 e ao D3?
R: **66** e **22**.
3. Qual o resultado da conta E5 + C3?
R: 4 + 56 = **60**
4. Qual o resultado da conta D3 - C4?
R: 22 - 15 = **7**
5. Qual o resultado da conta A1 - E4?
R: 3 - 1 = **2**

6. Qual o resultado da conta A2 : B3?
R: 6 : 2 = **3**

Categoria: Gnosias

1. Silhuetas

Fotografar/Tirar fotografias.	Mergulhar/Fazer mergulho.	Jogar ténis.
Dançar.	Tocar um instrumento.	Patinar/Andar de patins.

Pescar.	Dançar ballet.	Paraquedismo/Saltar de paraquedas.

2. Animais

Leão

Polvo

Águia

Cão

Zebra

Elefante

Tubarão

Vaca

Tartaruga

Rato

Cavalo

Formigas

Pinguins

Ornitorrinco

Girafa

A arte de cuidar: manual de apoio a cuidadores informais.

Esta obra destina-se a cuidadores informais que se encontram a prestar cuidados a indivíduos pertencentes a distintas faixas etárias, bem como à população em geral. Existem diversas problemáticas que podem conduzir à perda de autonomia e/ou de independência e à necessidade de cuidados em variadas valências e em diferentes fases da vida. Em diversas situações, estes cuidados são prestados por indivíduos próximos do sujeito dependente, que, na maioria dos casos, não auferem qualquer tipo de remuneração pelas funções que executam, nem possuem formação direcionada para as mesmas, sendo confrontados com inúmeros desafios ao longo do seu percurso. A prestação de cuidados informais pode conduzir ao desgaste físico, psicológico e social do cuidador, prejudicando, consequentemente, a sua saúde, o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.
O presente manual visa abordar algumas temáticas relevantes no quotidiano dos cuidadores informais, assim como dotá-los de conhecimentos e de estratégias que lhes permitam enfrentar os desafios inerentes à prestação de cuidados e promover o seu bem-estar.

The art of caring: a support manual for informal caregivers.

This work is intended for informal caregivers who are providing care to individuals belonging to a range of age groups. Many issues exist that can lead to the loss of autonomy and/or independence and the need for care in different areas and at different stages of life. Often this care is provided by individuals close to the dependent person, and in most cases the caregiver receives no remuneration for what they do, nor do they have specific training, and are thus faced with considerable challenges. The provision of informal care can lead to physical, psychological, and social exhaustion of the caregiver, thereby jeopardizing their health, well-being, and quality of life.
This manual addresses many important issues in the lives of informal caregivers and provides knowledge and strategies that allow them to face the issues inherent in the provision of care while promoting their own well-being.

ISBN 978-989-640-237-2

Este trabalho foi financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto «UIDB/04624/2020».