

Faculdade de Medicina
da Universidade de Coimbra

CUIDADOS PALIATIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS DA COMUNIDADE EM FIM DE VIDA: REALIDADE A NÍVEL EUROPEU

Giovanni Cerullo

Dissertação no âmbito do **Mestrado em Geriatria**, orientada pelo Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo e pelo Professor Doutor Elísio Manuel Sousa Costa e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2023



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

“Curar quando possível, aliviar quase sempre,
consolar sempre.”

Hipócrates

Agradecimentos

Aos meus pais por acreditarem em mim.

Ao António, ao Tiago e ao Luís, pelo apoio e ajuda sem os quais não teria concretizado este trabalho.

Aos meus Amigos e Colegas pela paciência e compreensão das minhas ausências.

Ao Prof. Manuel Veríssimo e ao Prof. Elísio Costa pelo exemplo profissional, humano e pelo apoio incondicional.

Resumo

Com a progressão da idade e o aparecimento de comorbilidades, a preservação da qualidade de vida (QV) adquire uma elevada importância, principalmente em idosos nos últimos anos de vida, em que poderão vir a precisar de Cuidados Paliativos (CP).

O presente trabalho teve como objetivos 1) analisar a QV de idosos (≥ 65 anos) da comunidade nos últimos anos de vida (i.e., até 2 anos) e comparar a QV daqueles que faleceram/ recorreram à CP nos últimos anos de vida comparativamente aos que não recorreram à CP, a nível europeu; bem como 2) analisar a influência, sobre a QV, dos fatores socioeconómicos (i.e., género, idade, estado civil, escolaridade e dificuldades financeiras), a saúde mental/emocional (i.e., presença de sintomas depressivos, solidão, satisfação com a vida e satisfação com o suporte social), a função cognitiva (i.e., orientação temporal, numeracia, fluência verbal e memória), a saúde física (i.e., limitações para as atividades da vida diária, limitações nas atividades instrumentais da vida diária, saúde percebida, presença de doenças crónicas, polimedicação e estado nutricional) e a atividade física.

Os dados de 2,252 participantes (47,1% mulheres), com idade média de 81,4 ($\pm 8,1$) anos, oriundos de 18 países, que estão presentes nas waves 6 e 7 do projeto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), foram analisados através de uma análise descritiva, testes-t para amostras independentes e diversos modelos de regressão.

Da amostra estudada, 37,1% dos participantes faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida, o que demonstra uma grande heterogeneidade entre as amostras de cada país, não somente no número de participantes (por exemplo, Luxemburgo, $n=25$; Espanha, $n=333$), mas também na proporção de indivíduos que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida (por exemplo, França, 58,0%; República Checa, Alemanha ou Eslovénia, 19,9%, 18,2% e 10,4%, respectivamente; $p < ,05$) e na QV (max. Suíça $35,3 \pm 8,0$; min. Grécia $26,5 \pm 1,2$; $p < ,001$), e na diferença da QV entre participantes que faleceram/recorreram à CP e aqueles que não recorreram à CP. Na Alemanha e Suíça observaram-se valores de QV superiores nos participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida (MD= $4,4 \pm 2,0$; $p = ,040$; MD= $5,7 \pm 2,3$; $p = ,015$). Contrariamente, na França observaram-se valores de QV inferiores nos participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida (MD= $-3,0 \pm 1,4$; $p = ,030$). O recurso a CP mostrou prever a QV apenas no modelo não ajustado ($\beta = 0,04$; IC95%: 0,01 a 0,33; $p = ,049$), perdendo a sua significância quando ajustado, por exemplo, para o país ($p = ,051$). As variáveis de saúde mental/emocional foram aquelas que melhor se associaram com a QV, explicando na sua globalidade 42% da variância da QV. Destas, destaca-se a presença de sintomas de depressão que se mostrou associar de forma inversa com a QV ($\beta = -0,55$; IC95%: -9,17 a -8,10; $p < ,001$), explicando isoladamente, 31% da sua variância.

Os resultados do presente estudo destacam a complexidade da QV em idosos nos últimos anos de vida, enfatizando a necessidade de abordagens holísticas para melhorar a QV nesta fase. As associações entre fatores socioeconômicos, saúde mental e física, atividade física, suporte social, capacidade cognitiva e circunstâncias da morte realçam a importância de compreender estes aspectos de forma interdisciplinar. Embora o recurso aos CP possa influenciar a QV em idosos nos últimos anos de vida, esta influência é de pequena magnitude, comparativamente a outros fatores como cultura, acesso e disponibilidade de CP (associado ao país), bem como à saúde mental/emocional, saúde física, função cognitiva, atividade física e fatores socioeconômicos (no domínio individual). Estes aspectos destacam a importância crucial das dimensões psicológicas na determinação da QV, sublinhando assim a necessidade de intervenções que considerem a saúde mental como promotor de uma QV satisfatória nos idosos durante os últimos anos de vida. Mais estudos, nomeadamente com um desenho longitudinal, são necessários para melhor compreender esta relação.

Palavras-chave: *Idosos, Fim de vida, Qualidade de Vida, Cuidados Paliativos.*

Abstract

Due to age progression and related development of comorbidities, quality of life (QoL) preservation acquires a higher importance, especially in the elderly in the last years of life, in which they may need Palliative Care (PC).

The present study aimed to 1) analyze the QoL of elderly people (≥ 65 years old) from the community in the last years of life (i.e., up to 2 years) and compare the QoL of those who died/seek PC in the last years of life compared to those who did not seek PC at an European level; as well as 2) to analyze the influence of socioeconomic factors (i.e., gender, age, marital status, education and financial difficulties), mental/emotional health (i.e., presence of depressive symptoms, loneliness, satisfaction with life and satisfaction with social support), cognitive function (i.e., temporal orientation, numeracy, verbal fluency and memory), physical health (i.e., limitations in activities of daily living, limitations in instrumental activities of daily living, perceived health, presence of chronic diseases, polypharmacy and nutritional status) and physical activity can affect the QoL of these elderly people.

Data from 2,252 participants (47.1% women), with a mean age of 81.4 (± 8.1) years, from 18 countries, included in waves 6 and 7 of the SHARE project (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe) were analyzed using descriptive analysis, independent sample t-tests and regression models.

Of the total sample, 37.1% of the participants died/seek PC in the last years of life. A meaningful heterogeneity was observed between countries, not only in the number of participants (e.g., Luxembourg $n=25$; Spain $n=333$), but also in the proportion of participants who died/seek PC in the last years of life (e.g., France 58.0%; Czech Republic, Germany or Slovenia 19.9%, 18.2% and 10.4% , respectively; $p<.05$), on QoL (max. Switzerland 35.3 ± 8.0 ; min. Greece 26.5 ± 1.2 ; $p<.001$), and on the difference in QoL between participants who died/seek PC and those who did not seek PC. In Germany and Switzerland, a higher QoL was observed in participants who died/seek PC in the last years of life ($MD= 4.4 \pm 2.0$; $p=.040$; $MD= 5.7 \pm 2.3$; $p=.015$). In contrast, in France, a lower QoL was observed in participants who died/seek PC in the last years of life ($MD= -3.0 \pm 1.4$; $p=.030$). PC was shown to predict QoL only in the unadjusted model ($\beta=0.04$; 95%CI: 0.01 to 0.33; $p=.049$), losing its significance when adjusted, for example, for the country ($p=.051$). The mental/emotional health variables the best association with QoL, explaining 42% of the QoL variance. Of these, the presence of depression symptoms stands out, explaining in isolation 31% of QoL variance. The presence of depression symptoms showed to be inversely associated with QoL ($\beta=-0.55$; 95%CI: -9.17 to -8.10; $p<.001$).

The results of the present study highlight the complexity of QoL in the elderly in the last years of life, emphasizing the need for holistic approaches to improve QoL in this life stage. The

associations between socioeconomic factors, mental and physical health, physical activity, social support, cognitive function, and seek PC highlight the importance of understanding these aspects in an interdisciplinary way. Although the use of PC can influence the QoL of elderly people in the last years of life, this influence is small, compared to other factors such as culture, access and availability of PC (associated with the country), as well as mental/emotional health, physical health, cognitive function, physical activity and socioeconomic factors (in the individual domain). These aspects highlight the crucial importance of psychological dimensions in determining QoL, thus underlining the need for interventions that consider mental health to promote a satisfactory QoL in the elderly during the last years of life. More studies, namely with a longitudinal design, are needed to better understand this relationship.

Keywords: *Elderly, End of life, Quality of Life, Palliative Care.*

Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo	ii
Abstract.....	iv
Índice	vi
Índice de Tabelas.....	vii
Índice de Figuras	vii
Introdução.....	1
Objetivos.....	14
Materiais e Métodos.....	15
Resultados	22
Discussão	34
Limitações	44
Conclusões	45
Considerações para investigações Futuras.....	48
Bibliografia	50
Anexos	53

Índice de Tabelas

Tabela 1. Participantes por país, idade e género que faleceram/recorreram a Cuidados Paliativos nos últimos anos de vida.	24
Tabela 2. Modelos de regressão entre as variáveis socioeconómicas, saúde mental/emocional e a qualidade de vida dos participantes (variável dependente).	29
Tabela 3. Modelos de regressão entre a função cognitiva, saúde física, atividade física e a qualidade de vida dos participantes (variável dependente).	30
Tabela 4. Modelos de regressão entre as circunstâncias da morte (recurso ou não a cuidados paliativos) e a qualidade de vida (variável independente).	31
Tabela 5. Distribuição dos participantes com sintomas depressivos por circunstâncias da morte na Alemanha, França e Suíça.	33

Índice de Figuras

Figura 1. Comparação das pirâmides etárias para 2019 e 2100 na população europeia.	5
Figura 2. Participantes que faleceram/recorreram a Cuidados Paliativos nos últimos anos de vida por país.	23
Figura 3. Qualidade de Vida (QV) por país.	26
Figura 4. Diferenças na Qualidade de Vida entre os participantes que faleceram/recorreram a Cuidados Paliativos e os que não recorreram a Cuidados paliativos.	32

Introdução

Em 2050, Portugal deverá tornar-se um dos países mais envelhecidos da Europa, onde as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos representarão quase metade (47,1%) da população total¹.

O crescente envelhecimento da população levanta questões a nível socioeconómico, sanitário, científico e ético. É fundamental considerar em que condições e com que qualidade de vida (QV) os idosos estão e irão viver. Esta questão tem suscitado interesse internacional na avaliação da QV e na sua otimização durante a idade mais avançada, atraindo cada vez mais investigação e interesse político². Especificamente em Portugal, destaca-se o avanço na investigação na área do envelhecimento, onde alguns estudos abordam a conceptualização e avaliação da QV, bem como conceitos relacionados, como bem-estar e o envelhecimento ativo.

Com o avançar da idade e o aumento das comorbilidades, a preservação da QV adquire uma importância adicional, principalmente entre os idosos nos últimos anos de vida, que podem vir a necessitar de Cuidados Paliativos (CP). Sabe-se que em Portugal, 71% das mortes de adultos e 33% das mortes de crianças são devidas a doenças que requerem CP, mas apenas 20% das pessoas com necessidade de CP recebem efetivamente esses cuidados³.

A nível europeu, as políticas de saúde relacionadas com o atendimento aos idosos e os CP variam amplamente, o que também se aplica às políticas de saúde relacionadas com os CP. Dadas as questões mencionadas acima, estudos epidemiológicos sobre as condições e determinantes da saúde e da QV dos idosos, especialmente nos últimos anos de vida, bem como o acesso aos CP, são fundamentais para uma correta elaboração de políticas de saúde direcionadas a essa população. Outro fator importante é que, apesar da importância, a investigação nessa área ainda é insuficiente.

Envelhecimento

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, que ocorre ao longo do tempo e que consiste em várias alterações físicas e psicológicas que tornam os/as indivíduos mais frágeis e vulneráveis a diferentes tipos de patologias.

Biologicamente, o envelhecimento resulta do impacto da acumulação de uma variedade de danos moleculares e celulares ao longo do tempo. Como resultado, observa-se uma perda gradual de reservas fisiológicas, aumento do risco de desenvolvimento de diversas doenças, um declínio geral das capacidades intrínsecas do indivíduo e, por fim, a morte. Estas mudanças não são nem lineares nem consistentes e, são apenas vagamente associadas à idade cronológica da pessoa.

Para além de alterações biológicas, o envelhecimento está frequentemente associado a outras transições na vida, por exemplo, a reforma e/ou a morte de amigos/as e de parceiros/as.

Em consequência do constante desenvolvimento e investimento na medicina curativa e com a progressão da longevidade, a população geriátrica apresenta atualmente múltiplas comorbilidades. As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) representam mais de 3/4 de todas as causas de mortes em idosos, destacando-se entre estas as doenças cardiovasculares. Este tipo de doentes são uma constante nas enfermarias hospitalares, com internamentos prolongados e/ou múltiplos internamentos. Para esta importante transformação, contribuíram a melhoria das diretrizes de Saúde Pública, e a mudança nas principais causas de morte e de doença, ou seja, passou-se de uma prevalência de doenças infecciosas e parasitárias para uma grande frequência de doenças crónicas e não infectocontagiosas.

O envelhecimento está relacionado com o aparecimento de vários estados de saúde complexos, denominados, Síndromes Geriátricas, secundários a múltiplos fatores como fragilidade, incontinência urinária, quedas, delírio e úlceras de decúbito. A síndrome de fragilidade é comum e muito importante. É caracterizado por um declínio, associado à idade, da reserva fisiológica e das funções multiorgânicas, que leva a uma vulnerabilidade aumentada com consequências adversas na saúde, como incapacidade, dependência, quedas e morte. Nenhuma definição é consensual pelo que a mais utilizada é a do modelo de acumulação de défices sugerido por Fried *et al* (2001) ⁴.

Os idosos frágeis são doentes que muitas vezes manifestam sofrimento, não só associados às patologias de base, assim como as situações familiares, sociais, psicológicas e/ou espirituais. Muitas vezes estes doentes estão dependentes de cuidados de terceiros para as atividades básicas da vida diária, como por exemplo comer ou tomar banho, com muitas limitações associadas. Limitações essas, que não sendo abordadas podem trazer além de desconforto, sofrimento aos doentes e aos cuidadores. Adicionalmente, contribuem para a complexidade de um doente: o número de sintomas, a situação emocional, a evolução da doença, a relação e/ou problemas familiares, as questões éticas envolvidas, o tipo e a quantidade de recursos associados às terapêuticas, entre outras.

Epidemiologia do envelhecimento

A nível mundial, as pessoas vivem cada vez mais tempo. Atualmente, a maior parte da população mundial pode esperar viver até à 6ª década, ou mais. Todos os países do Mundo estão a experienciar um aumento do número e da proporção de pessoas idosas na sua população. A velocidade do envelhecimento populacional é muito mais rápida que no passado. Segundo dados do Eurostat, em 2020, o número de pessoas acima dos 60 anos ultrapassou o número de pessoas abaixo dos 5 anos de idade. Em 2030, 1 em cada 6 pessoas no mundo terá 60 anos ou mais. Em 2050 a população mundial acima dos 60 anos de idade terá quase duplicado (22%) em relação a 2020 (12%), e a população com mais de 80 anos de idade terá triplicado. No dia 1 de janeiro de 2019, a população estimada da União Europeia (EU-27) era de 446,8 milhões de pessoas. Os jovens (0 a 14 anos) constituíam 15,2 % da população da UE-27, as pessoas consideradas em idade ativa (15 a 64 anos) representavam 64,6 % da população, e os idosos (65 anos ou mais) representavam 20,3 % (um aumento de 0,3 pontos percentuais relativamente ao ano anterior e de 2,9 pontos percentuais em comparação com 10 anos antes). Relativamente à percentagem de pessoas com 65 anos ou mais, na população total, a Itália (22,8 %), a Grécia (22,0 %), Portugal e a Finlândia (ambos com 21,8 %) registaram as percentagens mais altas, enquanto a Irlanda (14,1 %) e o Luxemburgo (14,4 %) registaram as percentagens mais baixas ⁵.

O envelhecimento demográfico é uma tendência a longo prazo que começou há várias décadas na Europa. Esta tendência é visível nas transformações da estrutura etária da população e traduz-se numa percentagem crescente de idosos juntamente com uma percentagem decrescente de pessoas em idade ativa na população total.

A percentagem da população com 65 anos e mais está a aumentar em todos os Estados-Membros da UE-27, nos países da EFTA e nos países candidatos, bem como no Reino Unido. Ao longo da última década, o aumento variou entre 5,1 pontos percentuais na Finlândia, 4,7 pontos percentuais na R. Chéquia, 4,5 pontos percentuais em Malta, 1,1 pontos percentuais na Alemanha e 0,4 pontos percentuais no Luxemburgo. Na última década (2009–2019), observou-se um aumento de 2,9 pontos percentuais no conjunto da UE-27. Por outro lado, a percentagem da população com idade inferior a 15 anos na UE-27 diminuiu 0,2 pontos percentuais ⁵.

O crescimento da percentagem relativa de idosos pode ser explicado pelo aumento da longevidade, um padrão que é evidente há várias décadas, à medida que a esperança de vida aumenta. Esta evolução é muitas vezes referida como “envelhecimento no topo” da pirâmide populacional ⁵.

Por outro lado, os níveis consistentemente baixos de fertilidade durante muitos anos contribuíram para o envelhecimento da população, com a diminuição da natalidade a ocasionar um declínio na proporção de jovens na população total. Este processo é conhecido como «envelhecimento na base» da pirâmide populacional e pode ser observado nas bases cada vez mais estreitas das pirâmides populacionais da UE-27 entre 2004 e 2019.

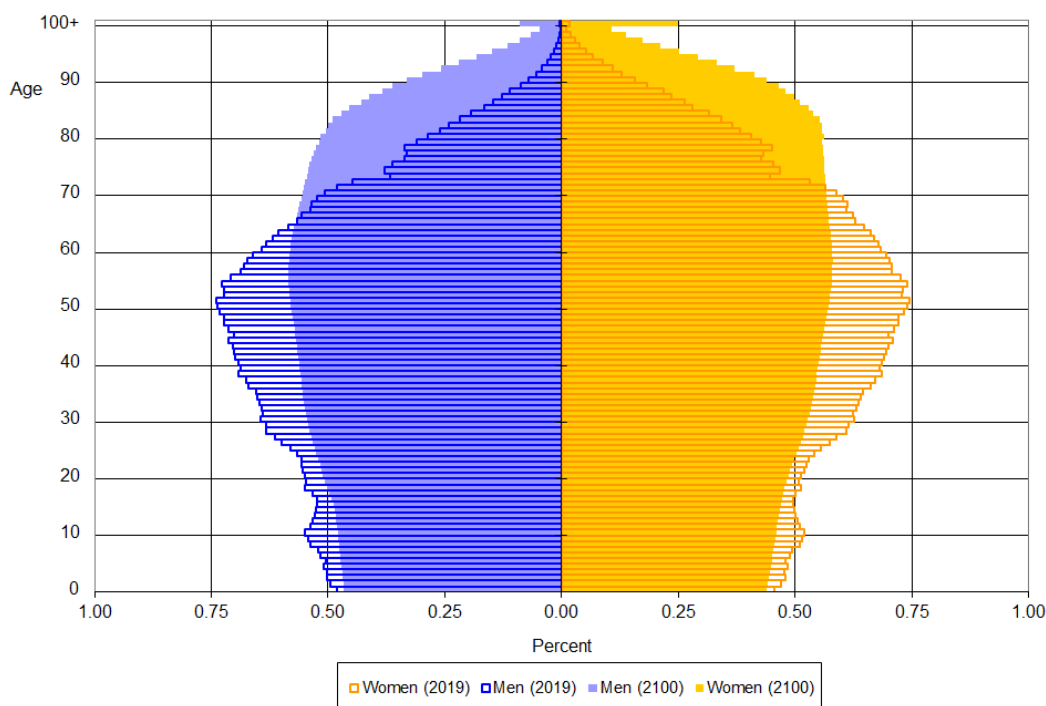
De modo a olhar para as tendências futuras do envelhecimento demográfico, a última série de projeções demográficas do Eurostat foi feita abrangendo o período de 2019 a 2100. Prevê-se que a população da UE-27 aumente até atingir um pico de 449,3 milhões em 2026 e que diminua posteriormente, de forma gradual, para 416,1 milhões até 2100.

A comparação das pirâmides etárias para 2019 e 2100 (Figura 1), revela que a população da UE-27 deverá continuar a envelhecer. Nas próximas décadas, o número de idosos aumentará significativamente. Até 2100, a pirâmide terá mais a forma de um paralelepípedo, estreitando consideravelmente no meio (em torno dos 45-54 anos de idade) ⁵.

Para um correto planeamento e implementação, por parte de governos, empresas e organizações internacionais, de políticas que possam lidar de forma efetiva com as mudanças demográficas, é importante analisar alguns indicadores demográficos que nos ajudam a entender os desafios e oportunidades enfrentados por uma sociedade em relação à sua estrutura etária, entre estes encontramos o índice de dependência e o índice de envelhecimento.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), o índice de dependência é uma medida que indica a proporção da população que depende da população economicamente ativa para a sua subsistência. Geralmente, é calculado como a soma das pessoas que estão abaixo de uma certa idade (geralmente 15 ou 18 anos) e acima de uma certa idade (geralmente 65 ou mais). Esse índice é importante para analisar a estrutura demográfica de uma população e as suas implicações para a economia e as políticas públicas. Um índice de dependência alto pode indicar uma sobrecarga no sistema previdenciário e de saúde, além de indicar uma menor taxa de crescimento económico devido à diminuição da população economicamente ativa. O índice de dependência de idosos, por município de Portugal em 2017, permite, contudo, aferir que a importância relativa de pessoas com 65 e mais anos por pessoas em idade ativa (15-64 anos) não é uniforme ao longo do território. São os municípios do interior norte que mostram mais dependência de idosos e/ou onde as pessoas com 65 e mais anos assumem maior percentagem, refletindo o fenómeno da desertificação humana do país. Por contraste, são os municípios do litoral urbano do país os que mostram menor número de idosos por população em idade ativa.

Population pyramids of the European Union
(% of total population)



Note: Population projections, base year 2019
Source: Eurostat (online data codes: proj_19np)

eurostat 

Figura 1. Comparação das pirâmides etárias para 2019 e 2100 na população europeia.

A nível europeu, o índice de dependência dos idosos para a UE-27 situava-se em 31,4 % em 1 de janeiro de 2019. Assim, por cada pessoa com 65 anos ou mais, havia três pessoas em idade ativa. O índice de dependência dos idosos variou entre os Estados-Membros da UE-27 de 20,7 % no Luxemburgo e 21,6 % na Irlanda, com quase cinco pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais, até valores mais elevados de 35,7 % em Itália, 35,1 % na Finlândia e 34,6 % na Grécia, com menos de três pessoas em idade ativa por cada pessoa com 65 anos ou mais ⁵.

O índice de dependência dos idosos aumentou 5,4 pontos percentuais durante a última década (passou de 26,0 % em 2009 para 31,4 % em 2019), enquanto o índice total de dependência dos idosos aumentou 5,9 pontos percentuais durante o mesmo período (de 49,0 % em 2009 para 54,9 % em 2019).

O índice de envelhecimento, por sua vez, indica a proporção de pessoas idosas relativamente à população total. Esse índice também é importante porque uma população envelhecida pode ter impactos significativos na economia, na política e na sociedade em geral. Por exemplo, pode haver aumento da procura dos serviços de saúde e previdenciários, com menor oferta de mão de obra qualificada e menor taxa de natalidade. O índice de Envelhecimento registado em Portugal tem-se agravado constantemente. Em 2006, por cada 100 jovens, residiam em Portugal 112 idosos, valor este que aumentou para 154,4 em 2017 segundo projeções do INE (2014). Acentua-se o envelhecimento demográfico em Portugal, Cuidados paliativos e qualidade de vida em idosos da comunidade em

face aos resultados obtidos no cenário central, o índice de envelhecimento poderá quase duplicar entre 2018 e 2080, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens.

A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,2 para 3,0 milhões de pessoas, entre 2018 e 2080. De notar que desde o ano 2000 que o número de idosos ultrapassou o número de jovens em Portugal. As alterações na composição etária da população residente em Portugal, em consequência da descida da natalidade, do aumento da esperança média de vida e, mais recentemente, do aumento da emigração a partir de Portugal, têm contribuído não apenas para o efetivo decréscimo da população do país, como também para o agravamento do envelhecimento demográfico português ⁶.

Medicina Geriátrica e Medicina Paliativa na Europa

Geriatrics

A Geriatrics é uma especialidade médica dirigida às necessidades únicas desenvolvidas durante todo o processo de envelhecimento. Desta forma, a Geriatrics foca-se no bem-estar do/a idoso/o com o intuito de manter QV o máximo de tempo possível, considerando não só as patologias de órgão, mas também os problemas de mobilidade e a dificuldade na realização das atividades de vida diária.

Embora haja semelhanças entre os países da União Europeia (UE), a disponibilidade e a qualidade dos serviços de cuidados geriátricos e paliativos podem variar significativamente ⁷, a título de exemplo:

- Na Alemanha, a geriatria é reconhecida como uma especialidade médica desde 2003 e a assistência geriátrica é fornecida por hospitais e centros de cuidados de longa duração. No entanto, há uma escassez de médicos geriatras e enfermeiros especializados em cuidados geriátricos.
- Em Espanha, a geriatria é uma especialidade médica reconhecida desde 2005. O sistema de saúde espanhol inclui hospitais geriátricos, unidades geriátricas em hospitais gerais e centros de cuidados de longa duração. No entanto, a disponibilidade desses serviços pode variar em diferentes regiões do país.
- Em França, a medicina geriátrica é uma especialidade médica reconhecida desde 2004. O sistema de saúde francês inclui unidades geriátricas em hospitais gerais e centros de cuidados de longa duração. No entanto, há uma escassez de médicos geriatras e enfermeiros especializados em cuidados geriátricos.
- Em Itália, a geriatria é reconhecida como uma especialidade médica desde 2002. A assistência geriátrica é fornecida por hospitais geriátricos e unidades geriátricas em

hospitais gerais. No entanto, o sistema de saúde italiano enfrenta desafios significativos relativamente à qualidade e disponibilidade dos serviços de cuidados geriátricos.

- Nos Países Baixos, a geriatria é uma subespecialidade da medicina interna. Os serviços de cuidados geriátricos são fornecidos por hospitais geriátricos, unidades geriátricas em hospitais gerais e centros de cuidados de longa duração. No entanto, o sistema de saúde holandês enfrenta desafios relativamente ao financiamento e à coordenação dos cuidados geriátricos.

Em outros países da união europeia, como Portugal, não existe uma especialidade médica, mas sim formação avançada em Geriatria e alguma atividade diferenciada em geriatria, principalmente nos serviços de medicina interna. De acordo com Soulis *et al.* (2021) ⁸, a maioria desses países enfrenta desafios significativos na prestação de cuidados geriátricos de alta qualidade e na formação de profissionais de saúde especializados em geriatria. O estudo também aponta que a falta de recursos financeiros e humanos, bem como a falta de programas de treino em geriatria, são os principais obstáculos para a melhoria dos cuidados geriátricos em muitos países europeus. Além disso, há uma falta de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados geriátricos e de saúde em geral.

O doente geriátrico é definido como uma pessoa idosa, geralmente com idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, essa definição pode variar em diferentes contextos e países. Como já referido, o envelhecimento é um processo natural e gradual que afeta todos os sistemas do corpo humano. Com o avançar da idade, os doentes geriátricos apresentam maior vulnerabilidade a várias condições de saúde crónicas, como doenças cardiovasculares, demência, osteoporose, diabetes e comprometimento cognitivo.

Além disso, os doentes geriátricos podem apresentar múltiplas condições médicas simultaneamente, o que pode tornar o seu tratamento mais complexo. Eles também têm maior probabilidade de ter limitações funcionais, como dificuldades para caminhar, equilíbrio comprometido e perda de autonomia. Outra característica comum do doente geriátrico é a presença de comorbidades, as quais são condições médicas adicionais que coexistem com a condição principal. As comorbidades podem afetar o diagnóstico, tratamento e prognóstico da condição principal.

Os cuidados de saúde geriátricos devem ser abrangentes e personalizados para atender às necessidades específicas dos doentes geriátricos. É fundamental que a avaliação geriátrica abrangente seja realizada para identificar as condições de saúde, bem como os fatores sociais e funcionais que afetem o cuidado do doente geriátrico.

O *gold-standard* terapêutico de doentes com síndrome de fragilidade é uma avaliação geriátrica integrada. Uma abordagem multidisciplinar e multidimensional, de doentes frágeis e pluripatológicos em idade avançada, é muitas vezes necessária para a otimização de situações complexas.

Nos doentes idosos, a hipóacusia, perda de acuidade visual, perda de cognição, de mobilidade, agitação psicomotora, dificuldade respiratória, perda da via oral, são sintomas comuns, que necessitam de abordagens específicas, que podem causar grande sofrimento ao doente e aos que o rodeiam.

Tendo em conta a estatística do envelhecimento a nível nacional, europeu e mundial, a população geriátrica será em breve maioritária, e com ela, a complexidade das síndromes geriátricas.

Medicina Paliativa

A OMS define CP como uma abordagem que melhora a QV dos doentes (adultos e crianças) e das suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras da vida/terminais. Previnem e aliviam o sofrimento com recurso à sua identificação precoce, avaliação e tratamento adequados da dor física, psicológica, social e/ou espiritual. Os CP devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, por meio de uma rede de serviços que vai desde estruturas de internamento específicas ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade ⁹.

À semelhança da Medicina Geriátrica, a Medicina Paliativa também tem diferente expressão a nível europeu:

- Na Alemanha: A medicina paliativa está se a tornar cada vez mais importante, e há uma tendência à integração da medicina paliativa noutras especialidades médicas. Existem cerca de 230 serviços de CP em hospitais e em torno de 2000 serviços ambulatoriais em toda a Alemanha. De notar, a falta de coordenação e padronização entre esses serviços ¹⁰.
- Em Espanha: O sistema de saúde de Espanha é altamente descentralizado, resultando numa grande variação na oferta de serviços de CP em diferentes regiões. Nos últimos anos, houve um aumento significativo no número de serviços de CP em todo o país, e a integração de CP noutras especialidades médicas está se a tornar mais comum ¹¹.
- Em França: A medicina paliativa está bem desenvolvida, prestando serviços em hospitais, clínicas e no domicílio com cerca de 280 equipas de CP. O governo francês tem sido ativo no financiamento e na promoção de serviços de CP em todo o país ¹².
- Em Itália: A medicina paliativa continua em fase de desenvolvimento, e há uma grande variação na qualidade e na disponibilidade de serviços de CP em diferentes regiões. A medicina paliativa está-se a tornar cada vez mais importante no país, e há uma crescente consciencialização sobre a necessidade de melhoria dos CP ¹³. Exemplo é o início em 2022 da especialidade médica em medicina paliativa.
- No Reino Unido: A medicina paliativa é uma especialidade médica bem estabelecida, com uma rede bem desenvolvida de serviços de CP em hospitais, clínicas e no domicílio. A

integração de CP noutras especialidades médicas é comum, e há um forte compromisso do governo em melhorar a qualidade dos CP no país ¹⁴.

Segundo a European Association for Palliative Care (EAPC), há pelo menos dois níveis de cuidados: a abordagem paliativa e os CP especializados ¹⁵.

A abordagem paliativa deverá ser prestada de maneira transversal por todos os profissionais de saúde que lidam com doentes com doença grave e progressiva, ameaçadora da vida. No segundo nível, os CP especializados são prestados por profissionais de saúde com formação avançada em CP e com capacidade de avaliar e cuidar de doentes com necessidades multidimensionais (biopsicossociais e espirituais) e com elevado nível de sofrimento ¹⁵.

Percebe-se então de forma mais clara que a identificação das necessidades em CP e sucessiva referenciação às equipas de CP traduz-se na melhoria da QV dos doentes e família e na possibilidade de elaboração de um plano integrado de cuidados. A identificação precoce das necessidades no âmbito dos CP não significa necessariamente a referenciação para os serviços especializados destinados a doentes com elevada complexidade clínica; os doentes devem ser acompanhados segundo uma abordagem paliativa, ajustando os cuidados diferenciados em caso de complexidade segundo um modelo colaborativo e integrado ¹⁵.

Atualmente, em Portugal, existe uma rede funcional denominada Rede Nacional de CP (RNCP), construída segundo um modelo colaborativo e integrado, plenamente integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), na qual as Equipas Específicas de CP (EECP) intervêm nos três níveis de cuidados de saúde existentes: Cuidados de Saúde Hospitalares (CSH), Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Cuidados Continuados Integrados (CCI). São consideradas EECP as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em CP (EIHSCP) e as Unidades de CP (UCP) que atuam a nível dos CSH, e as Equipas Comunitárias de Suporte em CP (ECSCP) que atuam a nível dos CSP ¹⁵. Nos últimos anos tem havido também o desenvolvimento das EECP Pediátricas (EECP-P) que atuam a nível dos CSH e num modelo integrado, com as ECSCP para tratamento e seguimento das crianças e adolescentes com necessidades de CP, para além das suas famílias ¹⁵. As EECP/EECP-P dedicam-se também à formação e investigação em CP. O doente é seguido pelas EECP consoante as necessidades individuadas e principalmente consoante o nível de complexidade ¹⁵.

Os CP baseiam-se nas necessidades do doente e não no prognóstico. São adequados a qualquer idade, a qualquer fase da doença e podem ser fornecidos juntamente com terapêutica curativa ¹⁶.

Os 4 principais domínios do curso das doenças são: morte súbita, doença terminal, falência orgânica e debilidade. Os CP estão focados em cobrir as necessidades de estes domínios com a exceção da morte súbita, pois estamos perante um evento inesperado e sem nenhum grau de incapacidade prévio associado ¹⁷.

A OMS ressalva ainda que os CP afirmam a vida e aceitam a morte como um processo natural, não tendo como propósito provocar ou atrasar a mesma, com medidas invasivas sem sucesso terapêutico, providenciando ainda alívio sintomático, bem-estar, QV e, se possível, com a intenção de que os doentes tenham uma vida ativa até à morte. Tendo sempre em consideração o lado psicológico e espiritual do doente e da sua família, disponibilizando um sistema de suporte aos familiares durante a doença terminal e após a perda do familiar. Recorrem a uma abordagem multidisciplinar⁹. Podem ser aplicados em estágios iniciais da doença, em conjunto com outras terapias para prolongamento do tempo de vida, como a quimioterapia ou radioterapia. Neste caso, servem como cuidados de suporte e não de fim de vida. Além disso, anteriormente os CP eram prestados maioritariamente a doentes do foro oncológicos, hoje, esta noção tem vindo a dissipar-se, no sentido em que estes cuidados são prestados mais amplamente, de forma integrada, para abranger doente com doenças terminais de outras origens¹⁶.

Percebemos então que CP teriam a função de aliviar e, se possível, prevenir a dor ou outros sintomas. Se instituídos eficazmente nos sistemas de saúde, podem ter um custo relativamente baixo e reduzir o número de internamentos desnecessários¹⁸.

Os CP, na sua organização e no modelo de atuação, proporcionam uma intervenção estruturada e rigorosa nas doenças crónicas e progressivas, nas que provocam grande sofrimento, podendo intervir desde o diagnóstico sem necessariamente objetivar a cura, para melhorar a QV até o seu fim, possibilitando uma abordagem holística do doente¹⁹. O doente e a sua família /cuidadores experienciam muitos problemas durante o curso da/s doenças/s com necessidade de ajuda durante esse período e não apenas durante o momento facilmente definível anterior à morte²⁰.

O acesso aos CP infelizmente não corresponde às reais necessidades, mundialmente apenas 14% do doente que necessitam de CP tem acesso a estes. A necessidade global de CP continuará a crescer à medida que a população mundial envelhecida aumenta e com ela o aumento de doenças transmissíveis e não transmissíveis²¹.

Qualidade de vida em Geriatria e Cuidados Paliativos

A QV é um conceito subjetivo que envolve diferentes aspetos da vida do indivíduo, como saúde, atividade física, relacionamentos interpessoais, independência, entre outros. A QV nos últimos anos de vida é uma questão importante e complexa. É comum que, com o avanço da idade, surjam doenças e limitações físicas que afetem a QV.

No contexto do doente geriátrico, a QV pode ser influenciada por fatores como a presença de doenças crónicas, incapacidades físicas, isolamento social e dependência de terceiros para realizar atividades da vida diária²². A melhoria da QV do doente geriátrico é um dos principais objetivos da atenção à saúde nessa população. Isso pode ser alcançado por meio de intervenções que visam a prevenção e tratamento de doenças crónicas, a promoção da atividade física e socialização, e o suporte à independência e autonomia do indivíduo²².

A avaliação da QV no doente geriátrico pode ser realizada por meio de questionários específicos, como o WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of Life – Old) e o EQ-5D (EuroQol-5 Dimensions), que conseguem avaliar diferentes domínios da QV, incluindo saúde física, saúde mental, atividade física, relacionamentos sociais e ambiente ^{23,24}.

A QV em CP pode ser definida como a percepção do doente sobre o seu bem-estar físico, emocional, social e espiritual, apesar de estar a enfrentar uma doença avançada e limitações na sua capacidade funcional ²⁵. O objetivo principal dos CP é proporcionar alívio dos sintomas e do sofrimento, melhorar a QV e auxiliar o doente e a sua família a lidar com a situação ²⁵.

Alguns estudos mostram que CP precoces podem melhorar a QV em doentes terminais, reduzindo a dor e outros sintomas, aumentando a satisfação com o cuidado e reduzindo o uso de recursos de saúde desnecessários ²⁶. Além disso, o apoio social e a participação em atividades significativas, como a realização de atividades físicas e a prática de atividades de lazer, também podem melhorar a QV nos últimos anos de vida ²⁶.

A avaliação da QV em CP pode ser realizada por meio de instrumentos específicos, como o EORTC QLQ-C15-PAL (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire - Core 15 - Palliative Care), que consegue avaliar diferentes domínios da QV, incluindo dor, fadiga, apetite, sono, bem-estar emocional, relações sociais e função física ²⁷.

A melhoria da QV em CP é um objetivo alcançável por meio da identificação precoce e tratamento dos sintomas, suporte emocional, espiritual e social, envolvimento da família e comunicação efetiva entre o doente, a sua família e a equipa de CP ²⁶.

Cuidados Paliativos Geriátricos

Vivemos mais, mas será que vivemos melhor?

Os CP geriátricos são uma abordagem multidisciplinar que visa melhorar a QV de idosos que sofrem de doenças crónicas, progressivas e limitantes, visando aliviar o sofrimento, controlar os sintomas e proporcionar conforto físico, psico-emocional e espiritual. Esses cuidados são oferecidos por uma equipa especializada, que inclui médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas, que trabalham em conjunto para identificar as necessidades e preferências do doente e da sua família, oferecendo um plano de cuidados personalizado e adaptado às condições de saúde, aos desejos e aos valores do paciente ²⁸.

Os CP geriátricos são importantes porque muitos idosos têm múltiplas doenças crónicas e enfrentam limitações físicas, cognitivas e emocionais, o que pode causar um grande sofrimento, tanto para o doente quanto para a família. Além disso, esses cuidados podem ajudar a reduzir a utilização de serviços de saúde mais invasivos, como hospitalizações e procedimentos cirúrgicos, e aumentar a satisfação do doente e da família com a assistência recebida ¹⁸.

Mitos que envolvem a Geriatria e os CP: os adultos idosos e os adultos mais jovens têm características iguais; todos os idosos são iguais entre si; otimizar a funcionalidade e melhorar a QV não alteram o resultado do tratamento, à semelhança de outras faixas etárias, os doentes idosos são diferentes entre si não só nas suas patologias de base, assim como nas suas necessidades gerais e particulares. Está confirmado que a promoção da QV está associada a melhores outcomes funcionais em toda a população, independentemente da idade e da condição médica ²⁸.

Individualizar as necessidades de cada indivíduo idoso, pela Geriatria e pelos CP, pode trazer um enorme efeito benéfico para o doente e para quem o rodeia, independentemente do prognóstico. A população geriátrica pode ser desafiante no que toca à gestão da dor, dadas as comorbidades, a polifarmácia e disfunção cognitiva. Outro aspeto importante é o subtratamento, a dor mal controlada, por ser considerada “normal” no doente idoso, contribui para o agravamento das alterações cognitivas, depressão e interfere nas atividades quotidianas. É fundamental que a avaliação e o tratamento da dor, e de outros sintomas, façam parte da rotina médica.

As doenças crónicas exercem impactos significativos e prejudiciais sobre a funcionalidade dos idosos, resultando em consequências adversas para sua independência e autonomia, especialmente entre aqueles que necessitam de CP. Isso é particularmente evidente em pacientes neurológicos com dificuldades de locomoção e comunicação.

Além disso, na população geriátrica, o abandono ou o medo de ser abandonado podem desencadear estados depressivos e de ansiedade, resultando na perda de interesse pela vida. Assim, além do risco associado ao declínio funcional, observa-se um risco adicional de trauma psicossocial e diminuição da Qualidade de Vida (QV).

No caso de idosos frágeis com múltiplas comorbidades, a prestação de CP personalizados para o paciente e sua família não só alivia sintomas físicos, mas também aborda questões psicossociais e espirituais, promovendo uma compreensão abrangente da situação.

Os principais desafios na prática médica incluem a falta de divulgação de informações adequadas, coordenação deficiente nos cuidados, desrespeito pelas preferências e escolhas dos pacientes, apoio emocional inadequado, restrições ao envolvimento familiar ou de outros cuidadores e dificuldades na continuidade e transição dos cuidados.

Os CP têm o potencial de oferecer um cuidado profundamente integrado que aborda diversos objetivos da geriatria, facilitando a transição de metas de recuperação funcional para metas centradas no conforto.

As mudanças associadas ao envelhecimento afetam a apresentação de sintomas, a resposta ao tratamento e às necessidades terapêuticas dos idosos que recebem CP, sendo, o declínio funcional uma grande preocupação para esses pacientes.

A integração dos CP na população geriátrica visa promover a funcionalidade e a independência na medida do possível, adotando uma abordagem multidisciplinar e holística.

Isso representa uma forma de manter ou melhorar a esperança de aliviar o sofrimento, destacando a importância de uma terapia adequada e de cuidados abrangentes. Os médicos geriatras devem estar familiarizados com os conceitos da morte, do sofrimento, do processo de luto, do contexto social, da comunicação em CP e do apoio familiar.

Dada a complexidade dos pacientes geriátricos e a dificuldade em prever a evolução das suas doenças crônicas, os CP devem ser adaptados às necessidades do paciente e de sua família/cuidadores, em vez de serem determinados com base no prognóstico.

Os benefícios dos CP são amplos e vão além dos cuidados no final da vida. A sua natureza interdisciplinar avalia o sofrimento de maneira abrangente e promove o bem-estar e a QV em situações complexas, tanto durante a vida quanto no processo de luto.

Identificar as necessidades da população e adaptar os cuidados às tendências e mudanças ao longo do tempo pode contribuir para o desenvolvimento de sistemas de atualização e otimização da prática clínica. A necessidade de CP adaptados aos idosos é inegável e tem um impacto positivo no bem-estar e na QV dos pacientes, promovendo a sua serenidade nos anos de vida que ainda têm.

Atualmente, é cada vez mais reconhecida a importância de áreas-chave, como o alívio da dor, a comunicação eficaz, a coordenação de equipas e o respeito pelas preferências do paciente. A qualidade da comunicação entre a equipa multidisciplinar de saúde, os pacientes e os seus familiares/cuidadores está diretamente relacionada à satisfação com os cuidados de saúde, independentemente do desfecho.

Uma abordagem multidisciplinar é essencial para gerir a complexidade da população geriátrica e pode reduzir muito o sofrimento associado a essa complexidade. A educação nesse sentido e o aumento dos recursos disponíveis são fundamentais, bem como a formação dos profissionais de saúde.

Olhando para o futuro e considerando as mudanças demográficas, é imperativo que os Cuidados Paliativos sejam mais amplamente integrados na abordagem e tratamento da população geriátrica.

Objetivos

O propósito principal deste estudo é examinar, a nível europeu, a QV de indivíduos com mais de 65 anos de idade, da comunidade, nos últimos dois anos de vida e comparar a QV daqueles que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos com aqueles que não recorreram à CP.

Representa um objetivo secundário deste estudo, analisar a influência de determinados fatores que poderão influenciar a QV dos idosos em estudo, nomeadamente socioeconómicos (i.e., género, idade, estado civil, escolaridade e dificuldades financeiras), de saúde mental/emocional (i.e., presença de sintomas depressivos, solidão, satisfação com a vida e satisfação com o suporte social), da função cognitiva (i.e., orientação temporal, numeracia, fluência verbal e memória), da saúde física (i.e., limitações para as atividades da vida diária, limitações nas atividades instrumentais da vida diária, saúde percebida, presença de doenças crónicas, polimedicação e estado nutricional) e a atividade física.

Materiais e Métodos

Desenho de estudo

O presente estudo exploratório adotou um desenho transversal, para o qual foram utilizados dados do projeto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). O projeto SHARE é uma base de dados multidisciplinar e internacional, com amostras representativas de populações da comunidade, com mais de 50 anos de idade, que contém informações, entre outras, de saúde, estado social e económico, redes sociais e familiares. Foram utilizados os dados referentes às waves 6 (ano 2015) e 7 (ano 2017) do projeto, representando os dados de 18 países (17 europeus - Áustria, Bélgica, Croácia, República Checa, Dinamarca, Estónia, França, Alemanha, Grécia, Itália, Luxemburgo, Polónia, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Eslovénia; e Israel). Os dados são recolhidos através de uma entrevista telefónica à pessoa e aos seus familiares, com perguntas estandardizadas entre todos os países.

Procedimento

Foram incluídos todos os indivíduos idosos (≥ 65 anos) da comunidade da wave 6 (2015) que faleceram até à recolha dos dados na wave 7 (2017). Os dados referentes à QV, Situação Económica, Suporte Social, Saúde Mental/Emocional, Função Cognitiva, Saúde Física e Atividade Física foram autorreportados durante a wave 6, e respondidos diretamente pela pessoa idosa. Os dados referentes às circunstâncias da morte (incluindo ano de morte) foram recolhidos na wave 7 por meio de entrevista a um familiar próximo/cuidador.

Variáveis e instrumentos de medida

Circunstâncias da morte

As circunstâncias em que ocorreu a morte foram codificadas numa variável dicotómica em: os que morreram em Serviços de Cuidados Paliativos (Equipas comunitárias ou internamento hospitalar ou Hospice) ou que tiveram seguimento pelas Equipas de CP, ou seja, que recorreram à CP nos últimos anos de vida, mas que faleceram em outros contextos (internamento de outros serviços clínicos). Essa divisão de nomenclatura deve-se ao tipo de disponibilidade de dados na plataforma SHARE, na qual as questões propostas aos familiares dos idosos falecidos, foram se faleceram em CP sim ou não, e independentemente da reposta, se tiveram seguimento (recorreram) em CP nos últimos anos de vida sim ou não. Pelo atrás referido, para indicar as circunstâncias de morte, será utilizado faleceram/recorreram a CP e não recorreram em CP.

Qualidade de Vida

A QV foi avaliada através do instrumento CASP-12 (C, control/controlo; A, autonomy/autonomia; S, self-realization/autor realização; P, pleasure/prazer), um instrumento amplamente utilizado para avaliar a QV na velhice. O CASP-12 é constituído por 12 itens do CASP-19, avaliados numa escala Likert de quatro pontos (“frequentemente”=1, “às vezes”=2, “raramente”=3, “nunca”=4), permitindo a avaliação da QV em quatro domínios: controlo, autonomia, autorrealização e prazer. O valor total de QV resulta da soma dos 12 itens (cotação: 12–48), sendo os valores mais altos, representativos de uma maior QV²⁹.

Variáveis sociodemográficas

O Género foi registado consoante a informação clínica enquanto variável dicotómica em Masculino ou Feminino.

A Idade de morte foi calculada como a diferença entre o ano de nascimento do participante e o ano de morte (variável contínua), tendo sido adicionalmente codificada em 3 classes etárias: “65–74 anos”, “75-84 anos” ou “≥85 anos”.

O Estado Civil foi codificado em 3 categorias: “Divorciado(a) ou Solteiro(a)”, “Casado(a) ou União de Facto”, ou “Viúvo(a)”.

A escolaridade foi registada enquanto variável contínua, em número de anos de frequência escolar (com sucesso).

As dificuldades financeiras foram avaliadas subjetivamente através da questão “Com que frequência acha que a falta de dinheiro o(a) impede de fazer as coisas que gosta de fazer?”, tendo como possíveis respostas “Muitas vezes”, “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”. As respostas foram codificadas como

variável dicotômica em: existência de dificuldades financeiras (“Muitas vezes” e “Às vezes”), ou ausência de dificuldades financeiras (“Raramente” e “Nunca”).

Variáveis de Saúde mental/emocional

A presença de sintomas depressivos, a solidão, a satisfação com a vida e a satisfação com o suporte social foram consideradas representativas da saúde mental/estado emocional dos participantes.

A presença/ausência de sintomas depressivos foi avaliada através do instrumento EURO-D³⁰, uma escala originalmente desenvolvida a partir de outros instrumentos, para padronizar a avaliação dos sintomas depressivos em diferentes países europeus. O instrumento avalia 12 domínios (depressão, pessimismo, tendências suicidas, culpa, sono, interesse, irritabilidade, apetite, fadiga, concentração em leitura ou entretenimento, prazer e choro) os quais são cotados individualmente (cotação: 0-12). A variável foi posteriormente dicotomizada em: “presença de sintomas depressivos” (pontuação de ≥ 4), ou “sem sintomas depressivos”.

A Solidão foi avaliada através da versão curta da Escala de Solidão R-UCLA³¹. Esta escala, composta por três itens respondidos numa escala Likert de três pontos (“frequentemente” =1, “algumas vezes” =2, “raramente ou nunca” =3) (cotação: 3-9), mede a solidão de forma indireta³². Esta variável foi posteriormente dicotomizada em: “Não solitário” (pontuação de ≤ 3), ou “Solitário”.

A Satisfação com a vida foi avaliada através da questão “Numa escala de 0 a 10, em que 0 significa totalmente insatisfeito(a) e 10 totalmente satisfeito(a), diga-nos em que medida está satisfeito(a) com a sua vida?”. A resposta a esta variável foi dicotomizada com base na mediana das respostas em: “Insatisfeito(a)” (participantes com valores abaixo da mediana), ou “Satisfeito(a)” (participantes com valores iguais ou superiores à mediana).

A Satisfação com o suporte social foi avaliada através das perguntas “De uma forma geral, numa escala de 0 a 10 em que 0 significa completamente insatisfeito e 10 significa completamente satisfeito, qual o seu grau de satisfação com as relações que tem com as pessoas que tem com as pessoas de quem acabámos de falar?”; ou “Indicou que não tem ninguém com quem falar sobre assuntos importantes e que não há ninguém que seja importante para o(a) senhor(a) por qualquer outro motivo. Numa escala de 0 a 10, em que 0 significa que está extremamente insatisfeito e em que 10 significa que está extremamente satisfeito, qual o seu grau de satisfação com essa situação?”. A resposta a esta variável foi dicotomizada com base na mediana das respostas em: “Insatisfeito(a)” (participantes com valores abaixo da mediana), ou “Satisfeito(a)” (participantes com valores iguais ou superiores à mediana).

Função Cognitiva

A Função Cognitiva foi avaliada através da orientação temporal, numeracia, fluência verbal e memória, de acordo com Barbosa *et al.* (2020)³³.

A orientação temporal foi avaliada por meio de quatro perguntas: “Em que dia do mês estamos?”, “Em que mês estamos?”, “Em que ano estamos?” e “Pode dizer-me em que dia da semana estamos?”. A cada resposta correta foi atribuído 1 ponto. O resultado foi posteriormente dicotomizado em: dano e/ou sinais de comprometimento (pontuação de ≤ 3), ou sem dano e/ou sinais de comprometimento.

A numeracia, que visa avaliar o desempenho matemático do participante, foi avaliada por meio de habilidades de cálculo de subtração. Foi solicitado aos participantes a subtração de 7 a 100 e, em seguida, continuar a subtrair o mesmo valor a cada resposta, num total de 5 vezes. A cada resposta correta (com base na anterior) foi atribuído 1 ponto. O resultado foi posteriormente dicotomizado em: dano e/ou sinais de comprometimento (pontuação de ≤ 3); ou sem dano e/ou sinais de comprometimento.

A fluência verbal, representativa da capacidade de linguagem e função executiva dos participantes, foi avaliada através da questão “Gostaria que me indicasse o nome do maior número de animais diferentes de que se lembre. Tem um minuto para o fazer”. A pontuação da fluência verbal foi dada pelo número de nomes de animais válidos que o participante conseguiu dizer. O resultado foi dicotomizado em: dano ou comprometimento da fluência verbal (pontuação de ≤ 15), ou sem dano e/ou sinais de comprometimento.

A memória do participante foi avaliada através do *10-words recall test*, um teste de aprendizagem verbal e recordação. Após ouvir uma lista de dez palavras uma vez, foi solicitado ao participante que este as voltasse a reproduzir, uma de imediato (memória imediata) e outra após aproximadamente 5 minutos (memória atrasada). A cada resposta correta foi atribuído 1 ponto. Para cada tipo de memória, o resultado foi dicotomizado em: dano ou comprometimento da memória (memória imediata: pontuação de ≤ 5 ; memória atrasada: ≤ 4), ou sem dano e/ou sinais de comprometimento.

Saúde Física

A Saúde Física foi avaliada com base nas limitações para as atividades da vida diária, limitações nas atividades instrumentais da vida diária, saúde percebida, presença/ausência de doenças crônicas, Polimedicação e estado nutricional.

As limitações nas atividades da vida diária foram avaliadas através duma versão adaptada do instrumento desenvolvido por Katz et al. (1963) ³⁴. A versão utilizada inclui seis atividades (vestir/calçar, andar, tomar banho/duche, comer – utilização de talheres, deitar e ir à casa-de-banho) atribuindo-se 1 ponto à limitação/incapacidade para realizar cada uma das atividades. Uma maior pontuação é representativa de uma maior dificuldade/limitação (cotação: 0-6). As respostas foram posteriormente codificadas em 3 categorias: “Sem dificuldades”, “Com dificuldades numa atividade da vida diária”, e “Com dificuldades em mais que uma atividade da vida diária”.

As limitações nas atividades instrumentais da vida diária foram avaliadas por meio de uma versão adaptada do instrumento desenvolvido inicialmente por Lawton & Brody (1969) ³⁵. A versão adaptada Cuidados paliativos e qualidade de vida em idosos da comunidade em

inclui sete atividades (utilização de um mapa para orientação num local estranho, preparação de uma refeição quente, fazer compras, telefonar, tomar medicação, fazer a lida doméstica ou jardinagem, gestão do dinheiro, utilização de transportes, e tratar da roupa), sendo que uma maior pontuação é representativa de uma maior dificuldade/limitação nas atividades instrumentais da vida diária. As respostas foram posteriormente codificadas em 3 categorias: “Sem dificuldades”, “Com dificuldades numa atividade instrumental da vida diária”, e “Com dificuldades em mais que uma atividade instrumental da vida diária”.

A Saúde Percebida foi avaliada através da questão “Diria que a sua saúde é...” e categorizada em: “Má ou péssima”, “Boa”, “Muito boa” ou “Excelente”.

A presença/ausência de doenças crónicas foi auto-reportada e dicotomizada em: “até 1 doença crónica”, ou “2 ou mais doenças crónicas”.

A Polimedicação foi avaliada através da questão “Num dia normal, toma pelo menos cinco medicamentos diferentes? Por favor, inclua os medicamentos receitados pelo médico, medicamentos que compra sem receita médica e suplementos alimentares tais como vitaminas e minerais.”, tendo sido dicotomizada em: “Sim” ou Não”.

O estado nutricional foi avaliado através do índice de massa corporal (IMC), tendo este sido calculado como o quadrado da altura (m) dividido pelo peso corporal (kg), ambos auto-reportados. O índice de massa corporal foi posteriormente categorizado em: “ ≤ 24.9 ” (normoponderalidade), “ $\geq 25 - \leq 29.9$ ” (excesso de peso), e “ ≥ 30 ” (obesidade).

Atividade Física

A atividade física foi avaliada através das questões “Gostaríamos de saber o tipo e quantidade de atividade física que faz no seu dia-a-dia. Com que frequência realiza atividades físicas que exigem muito esforço físico, como, por exemplo, desporto, trabalhos domésticos pesados ou um emprego que exija trabalho físico?” e “Com que frequência realiza atividades que exigem um nível de energia moderado, como, por exemplo, fazer jardinagem, limpar o carro ou fazer uma caminhada?”. As respostas foram dicotomizadas em: “Pratica atividade física moderada-a-vigorosa” ou “Não pratica atividade física moderada-a-vigorosa”. A ausência de atividade física de intensidade moderada-a-vigorosa foi definida como “inatividade física”.

Análise estatística

Para a presente análise estatística foi utilizado o software estatístico IBM SPSS v. 28.0, e a análises foi efetuada pelos Autores utilizando os dados disponíveis na plataforma SHARE.

A normalidade da distribuição das variáveis foi analisada por meio de observação gráfica (histograma) e da análise da diferença entre a média e mediana.

A caracterização e análise de diferenças na distribuição da amostra por país, género, idade (escalão etário), circunstâncias da morte (i.e., participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida vs. os que não recorreram à CP) e principal causa de morte (Anexo 1), foi realizada recorrendo a múltiplos teste Qui-Quadrado, com comparação da proporção da distribuição e ajustando os *p-values* (método de *Bonferroni*).

A diferença na QV entre os diversos países da amostra foi analisada através da análise de variância (ANOVA) com correção *post-hoc* de *Bonferroni*.

A influência das variáveis sociodemográficas, de saúde mental/emocional, função cognitiva e saúde física na QV foi analisada por meio de modelos de Regressão Linear, com recurso ao método *Stepwise (pairwise exclusion)*. A influência da atividade física na QV foi analisada mediante modelos de Regressão Linear, com recurso ao método *Enter*. Para preceder a estes modelos de regressão, todas as variáveis categóricas com mais de dois graus de liberdade foram (re)codificadas em variáveis dicotómicas, tendo sido analisada para o efeito a variância (ANOVA) das mesmas com correção *post-hoc* de *Bonferroni*.

A influência das circunstâncias da morte na QV (variável independente) foi analisada por meio de modelos de Regressão Linear, ajustando para as variáveis que mostraram ter uma associação estatisticamente significativa com a QV.

Adicionalmente, foi analisada a diferença na QV entre participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida vs. os que não recorreram à CP por país, através de Testes *t* para amostras independentes.

Todas as análises nas quais se observou uma diferença significativa no n entre categorias, foram confirmadas depois da redução do maior n , através de uma seleção aleatória de casos.

Um p -value $<,05$ (*two-sided*) foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados

Foram incluídos no presente estudo 2,252 participantes de 18 países, ou seja, faleceram 2,252 pessoas com mais de 65 anos entre 2015 e 2017, dos quais 47,1% ($n= 1,061$) mulheres, com uma idade média de 81,4 ($\pm 8,1$) anos. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa na idade entre géneros, tendo as mulheres apresentado uma média superior de idade (3 anos; IC95%:2,4 a 3,7; $p<,001$).

Do total da amostra, 37.1% ($n= 835$) dos participantes faleceu/recorreu à CP nos últimos anos de vida, não se tendo observado diferenças significativas entre géneros (homens: 19.2% vs. mulheres 17.9%), ou na idade com que faleceram, entre os participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida, e aqueles que faleceram em outro contexto.

Observou-se uma grande heterogeneidade entre as amostras de cada país, tendo-se observado o menor número de participantes na amostra de Luxemburgo ($n=25$), e o maior número de participantes na amostra de Espanha ($n=333$), representando estes 1,1% e 14,8% do total da amostra, respetivamente.

França foi o país onde se observou um maior número relativo de participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida (58,0%), tendo-se observado uma diferença estatisticamente significativa ($p<,05$) no número de participantes que faleceu ou recorreu à CP nos últimos anos de vida, entre França, República Checa, Alemanha e Eslovénia (19,9%, 18,2% e 10,4%, respetivamente). Em Portugal tivemos a inclusão de um total de 68 participantes, dos quais 39,7% recorreram/faleceram em CP nos últimos anos de vida. Não foram observadas diferenças entre outros países.

O número de participantes total, por país, idade e género que faleceu/recorreu a CP nos últimos anos de vida, e aqueles que faleceram noutros contextos encontra-se ilustrado na Figura 1 e Tabela 1.

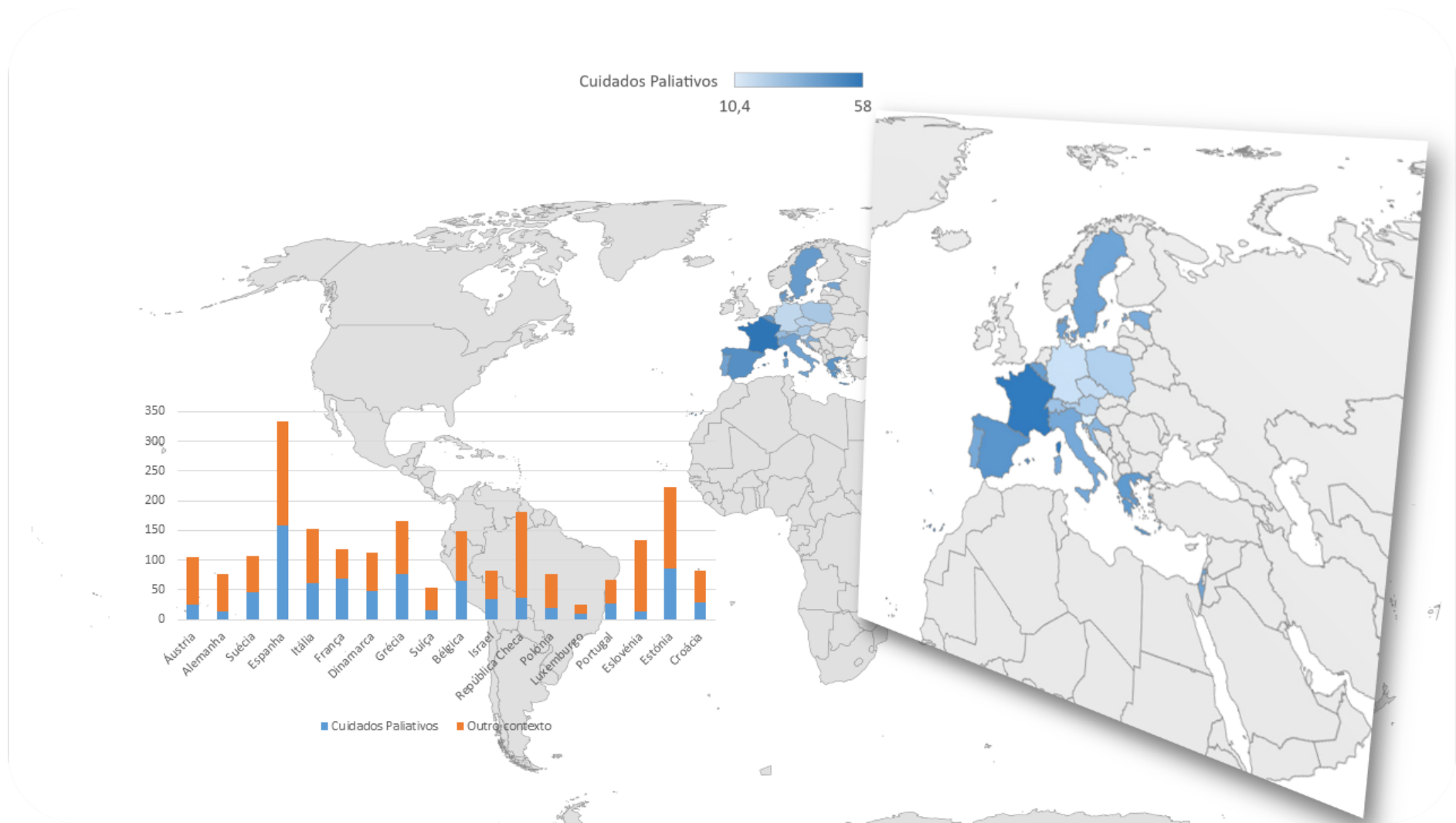


Figura 2. Participantes que faleceram/recorreram a Cuidados Paliativos nos últimos anos de vida por país (figura elaborada pelos Autores do presente estudo).

Cuidados paliativos e qualidade de vida em idosos da comunidade em fim de vida:
realidade a nível europeu. *Giovanni Cerullo*

Tabela 1. Participantes por país, idade e género que faleceram/recorreram a Cuidados Paliativos nos últimos anos de vida.

País	Escalão etário	Cuidados Paliativos			Outro contexto		
		Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Áustria	65-74	3 (2.9)	4 (3.8)	7 (6.7)	11 (10.5)	6 (5.7)	17 (16.2)
	75-84	4 (3.8)	3 (2.9)	7 (6.7)	17 (16.2)	14 (13.3)	31 (29.5)
	≥85	2 (1.9)	10 (9.5)	12 (11.4)	10 (9.5)	21 (20.0)	31 (29.5)
<i>n</i> = 105 (%)	Total	9 (8.6)	17 (16.2)	26 (24.8)	38 (36.2)	41 (39.0)	79 (75.2)
Alemanha	65-74	3 (3.9)	2 (2.6)	5 (6.5)	10 (13.0)	4 (5.2)	12 (15.6)
	75-84	4 (5.2)	2 (2.6)	6 (7.8)	18 (23.4)	13 (16.9)	29 (37.7)
	≥85	1 (1.3)	2 (2.6)	3 (3.9)	15 (19.5)	9 (11.7)	22 (28.5)
<i>n</i> = 77 (%)	Total	8 (10.4)	6 (7.8)	14 (18.2) *	43 (55.9)	20 (26.0)	63 (81.8)
Suécia	65-74	2 (1.8)	4 (3.7)	6 (5.5)	8 (7.4)	4 (3.7)	12 (11.1)
	75-84	9 (8.3)	5 (4.6)	14 (13.0)	11 (10.2)	6 (5.5)	17 (15.7)
	≥85	14 (13.1)	12 (11.1)	26 (24.0)	15 (13.9)	18 (16.7)	33 (30.6)
<i>n</i> = 108 (%)	Total	25 (23.2)	21 (19.4)	46 (42.5)	34 (31.5)	28 (25.9)	62 (57.4)
Espanha	65-74	19 (5.7)	7 (2.1)	26 (7.8)	16 (4.8)	7 (2.1)	23 (6.9)
	75-84	30 (9.0)	30 (9.0)	60 (18.0)	36 (10.8)	34 (10.2)	70 (21.0)
	≥85	37 (11.1)	35 (10.5)	72 (21.6)	39 (11.7)	43 (12.9)	82 (24.6)
<i>n</i> = 333 (%)	Total	86 (25.8)	72 (21.6)	158 (47.4)	91 (27.3)	84 (25.2)	175 (52.6)
Itália	65-74	10 (6.5)	3 (2.0)	13 (8.5)	13 (8.5)	6 (3.9)	19 (12.4)
	75-84	13 (8.6)	10 (6.5)	23 (15.0)	27 (17.6)	17 (11.1)	44 (28.8)
	≥85	10 (6.5)	15 (9.8)	25 (16.3)	7 (4.6)	22 (14.4)	29 (19.0)
<i>n</i> = 153 (%)	Total	33 (21.6)	28 (18.3)	61 (39.9)	47 (30.7)	45 (29.4)	92 (60.1)
França	65-74	7 (5.9)	2 (1.7)	9 (7.6)	5 (4.2)	3 (2.5)	8 (6.7)
	75-84	15 (12.6)	11 (9.2)	26 (21.8)	11 (9.2)	7 (5.9)	18 (15.1)
	≥85	15 (12.6)	19 (16.0)	34 (28.6)	8 (6.7)	16 (13.4)	24 (20.2)
<i>n</i> = 119 (%)	Total	37 (31.1)	32 (26.9)	69 (58.0) *	24 (20.2)	26 (21.8)	50 (42.0)
Dinamarca	65-74	8 (7.1)	6 (5.4)	14 (12.5)	5 (4.5)	5 (4.5)	10 (8.9)
	75-84	11 (9.8)	7 (6.3)	18 (16.1)	13 (11.6)	14 (12.5)	27 (24.1)
	≥85	9 (8.0)	7 (6.3)	16 (14.3)	12 (10.7)	15 (13.4)	27 (24.1)
<i>n</i> = 112 (%)	Total	28 (25.0)	20 (17.9)	48 (42.9)	30 (26.8)	34 (30.4)	64 (57.1)
Grécia	65-74	10 (6.0)	2 (1.2)	12 (7.2)	5 (3.0)	1 (0.6)	6 (3.6)
	75-84	16 (9.6)	17 (10.2)	33 (19.8)	24 (14.4)	16 (9.6)	40 (24.0)
	≥85	16 (9.6)	15 (9.0)	31 (18.6)	18 (10.8)	27 (16.2)	45 (26.9)
<i>n</i> = 167 (%)	Total	42 (25.1)	34 (20.4)	76 (45.5)	47 (28.1)	44 (26.3)	91 (54.5)
Suíça	65-74	2 (3.7)	2 (3.7)	4 (7.4)	8 (14.8)	1 (1.9)	9 (16.7)
	75-84	7 (13.0)	2 (3.7)	9 (16.7)	8 (14.8)	10 (18.5)	18 (33.3)
	≥85	2 (3.7)	1 (1.9)	3 (5.6)	7 (13.0)	4 (7.4)	11 (20.4)
<i>n</i> = 54 (%)	Total	11 (20.4)	5 (9.3)	16 (29.6)	23 (42.6)	15 (27.8)	38 (70.4)
Bélgica	65-74	8 (5.4)	2 (1.3)	10 (6.7)	11 (7.4)	9 (6.0)	20 (13.4)
	75-84	10 (6.7)	14 (9.4)	24 (16.1)	14 (9.4)	15 (10.1)	29 (19.5)
	≥85	13 (8.7)	18 (12.1)	31 (20.8)	13 (8.7)	22 (14.8)	35 (23.5)
<i>n</i> = 149 (%)	Total	31 (20.8)	34 (22.8)	65 (43.6)	38 (25.5)	46 (30.9)	84 (56.4)

Tabela 1 (continuação). Participantes por país, idade e género que faleceram/recorreram a Cuidados Paliativos nos últimos anos de vida.

País	Escala etário	Cuidados Paliativos			Outro contexto		
		Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
Israel	65-74	1 (1.2)	2 (2.4)	3 (3.6)	2 (2.4)	4 (4.8)	6 (7.2)
	75-84	4 (4.8)	4 (4.8)	8 (9.6)	8 (9.6)	8 (9.6)	16 (19.3)
	≥85	11 (13.3)	12 (14.5)	23 (27.7)	15 (18.1)	12 (14.5)	27 (32.5)
	Total	16 (19.3)	18 (21.7)	34 (41.0)	25 (30.1)	24 (28.9)	49 (59.0)
<i>n</i> = 83 (%)							
República Checa	65-74	5 (2.7)	4 (2.2)	9 (5.0)	38 (21.0)	18 (9.9)	56 (30.9)
	75-84	7 (3.9)	11 (6.1)	18 (9.9)	29 (16.0)	24 (13.3)	53 (29.3)
	≥85	3 (1.7)	6 (3.3)	9 (5.0)	14 (7.7)	22 (12.2)	36 (19.9)
	Total	15 (8.3)	21 (11.6)	36 (19.9) *	81 (44.8)	64 (35.4)	145 (80.1)
<i>n</i> = 181 (%)							
Polónia	65-74	5 (6.5)	1 (1.3)	6 (7.8)	9 (11.7)	7 (9.0)	16 (20.8)
	75-84	5 (6.5)	3 (3.9)	8 (10.4)	11 (14.3)	12 (15.6)	23 (29.9)
	≥85	2 (2.6)	3 (3.9)	5 (6.5)	7 (9.0)	12 (15.6)	19 (24.7)
	Total	12 (15.6)	7 (9.1)	19 (24.7)	27 (35.1)	31 (40.3)	58 (75.3)
<i>n</i> = 77 (%)							
Luxemburgo	65-74	3 (12.0)	2 (8.0)	5 (20.0)	3 (12.0)	2 (8.0)	5 (20.0)
	75-84	1 (4.0)	1 (4.0)	2 (8.0)	3 (12.0)	3 (12.0)	6 (24.0)
	≥85	1 (4.0)	2 (8.0)	3 (12.0)	3 (12.0)	1 (4.0)	4 (16.0)
	Total	5 (20.0)	5 (20.0)	10 (40.0)	9 (36.0)	6 (24.0)	15 (60.0)
<i>n</i> = 25 (%)							
Portugal	65-74	5 (7.4)	4 (5.9)	9 (13.2)	7 (10.3)	3 (4.4)	10 (14.7)
	75-84	5 (7.4)	8 (11.8)	13 (19.1)	12 (17.6)	6 (8.8)	18 (26.5)
	≥85	1 (1.5)	4 (5.9)	5 (7.4)	6 (8.8)	7 (10.3)	13 (19.1)
	Total	11 (16.2)	16 (23.5)	27 (39.7)	25 (36.8)	16 (23.5)	41 (60.3)
<i>n</i> = 68 (%)							
Eslovénia	65-74	3 (2.2)	0 (0.0)	3 (2.2)	16 (11.9)	9 (6.7)	25 (18.7)
	75-84	2 (1.5)	4 (3.0)	6 (4.5)	35 (26.1)	21 (15.7)	56 (41.8)
	≥85	3 (2.2)	2 (1.5)	5 (3.7)	15 (11.2)	24 (17.9)	39 (29.1)
	Total	8 (6.0)	6 (4.5)	14 (10.4) *	66 (49.3)	54 (40.3)	120 (89.6)
<i>n</i> = 134 (%)							
Estónia	65-74	12 (5.4)	7 (3.1)	19 (8.5)	33 (14.7)	9 (4.0)	42 (18.8)
	75-84	20 (8.9)	21 (9.4)	41 (18.3)	27 (12.1)	27 (12.1)	54 (24.1)
	≥85	10 (4.5)	17 (7.6)	27 (12.1)	19 (8.5)	22 (9.8)	41 (18.3)
	Total	42 (18.8)	45 (20.1)	87 (38.8)	79 (35.3)	58 (25.9)	137 (61.2)
<i>n</i> = 224 (%)							
Croácia	65-74	5 (6.0)	2 (2.4)	7 (8.4)	14 (16.9)	3 (3.6)	17 (20.5)
	75-84	6 (7.2)	8 (9.6)	14 (16.9)	11 (13.3)	10 (12.0)	21 (25.3)
	≥85	3 (3.6)	5 (6.0)	8 (9.6)	6 (7.2)	10 (12.0)	16 (19.3)
	Total	14 (16.9)	15 (18.1)	29 (34.9)	31 (37.3)	23 (27.7)	54 (65.1)
<i>n</i> = 83 (%)							
Total	65-74	111 (4.9)	56 (2.5)	167 (7.4)	214 (9.5)	99 (4.4)	313 (13.9)
	75-84	169 (7.5)	161 (7.1)	330 (14.7)	315 (14.0)	255 (11.3)	570 (25.3)
	≥85	153 (6.8)	185 (8.2)	338 (15.0)	229 (10.2)	305 (13.5)	534 (23.7)
	Total	433 (19.2)	402 (17.9)	835 (37.1)	758 (33.7)	659 (29.3)	1,417 (62.9)
<i>n</i> = 2,252 (%)							

* Diferença estatisticamente significativa ($p < .05$) entre países no que diz respeito à prevalência de morte em Cuidados Paliativos vs. noutro contexto.

Influência da amostra (país) na Qualidade de Vida

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas na QV (avaliada através do CASP-12²⁶) entre alguns dos países da amostra. A Suíça foi o país onde se observou uma maior média de QV ($35,3 \pm 8,0$), diferindo de países como Grécia (Média da Diferença [MD] $8,8 \pm 1,2$; $p < ,001$), Portugal (MD= $8,6 \pm 1,3$; $p < ,001$), Israel (MD= $8,5 \pm 1,3$; $p < ,001$), Espanha (MD= $7,7 \pm 1,1$; $p < ,001$), Polónia (MD= $7,2 \pm 1,3$; $p < ,001$), Estónia (MD= $6,3 \pm 1,1$; $p < ,001$), Itália (MD= $6,0 \pm 1,2$; $p < ,001$), Croácia (MD= $5,8 \pm 1,3$; $p = ,001$), França (MD= $5,6 \pm 1,2$; $p = ,001$), República Checa (MD= $4,9 \pm 1,1$; $p = ,003$) e Eslovénia (MD= $4,4 \pm 1,2$; $p = ,036$) (Figura 3).

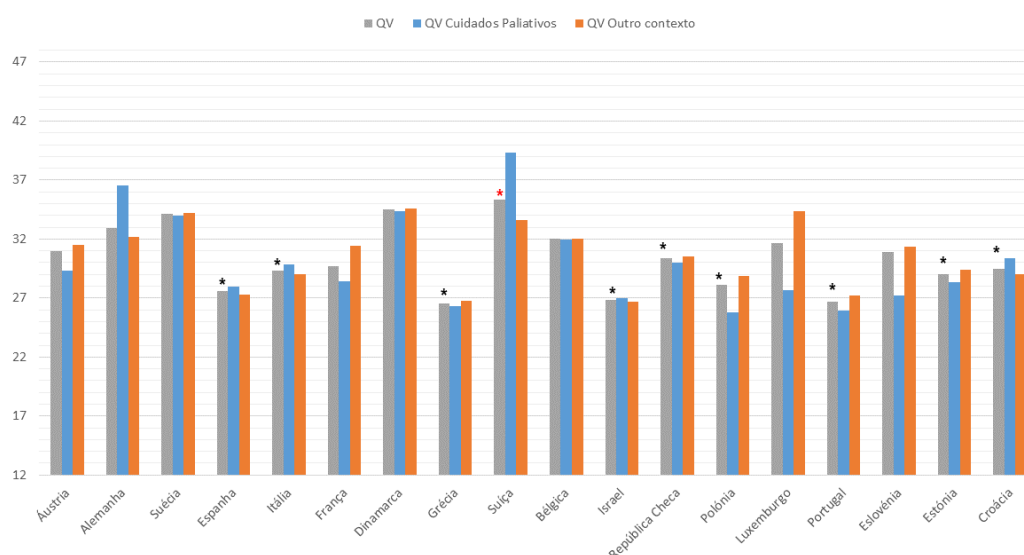


Figura 3. Qualidade de Vida (QV) por país.

* Diferença estatisticamente significativa ($p < ,05$) entre países no que diz respeito à Qualidade de Vida (QV) geral de acordo com a análise de variância (ANOVA) com correção *post-hoc* de Bonferroni.

Influência das variáveis socioeconômicas e saúde mental/emocional na Qualidade de Vida

Conforme os modelos de regressão realizados, observou-se uma associação positiva entre a **escolaridade** e a QV ($\beta=0,31$; IC95%: 0,46 a 0,60; $p<,001$). Esta variável destacou-se entre as restantes variáveis socioeconômicas, explicando sozinha cerca de 9% da variância da QV. O modelo aumentou a sua capacidade preditiva com a inclusão da idade, dificuldades financeiras e género para 13%, 15% e 16%, respetivamente. **A idade e a existência de dificuldades financeiras** mostraram estar inversamente associadas com a QV ($\beta=-0,19$; IC95%: -0,22 a -0,14; $p<,001$; $\beta=-0,17$; IC95%: -3,25 a -2,03; $p<,001$). **O género (Masculino)** mostrou-se positivamente associado com a QV ($\beta=0,06$; IC95%: 0,25 a 1,45; $p=,006$).

Observou-se uma associação inversa entre a presença de **sintomas de depressão e solidão**, e a QV ($\beta=-0,55$; IC95%: -9,17 a -8,10; $p<,001$; $\beta=-0,12$; IC95%: -0,77 a -0,44; $p<,001$). Por outro lado, observou-se uma associação positiva entre a **satisfação com a vida e a satisfação com o suporte social** e a QV ($\beta=0,33$; IC95%: 4,69 a 5,77; $p<,001$; $\beta=0,03$; IC95%: 0,04 a 1,06; $p<,035$). A presença de sintomas de depressão foi a variável de saúde mental/emocional com melhor capacidade preditiva da QV, predizendo 31% da variância da QV. O modelo aumentou a sua capacidade preditiva com a inclusão da satisfação com a vida, solidão e satisfação com o suporte social, para 40%, 41% e 42%, respetivamente.

Os modelos de regressão entre as variáveis socioeconômicas, saúde mental/emocional e a QV dos participantes (variável dependente) encontram-se ilustrados na Tabela 2.

Influência da Função Cognitiva, Saúde Física e Atividade Física na Qualidade de Vida

Observou-se uma associação inversa entre o compromisso na **fluência verbal, numeracia, orientação temporal e memória**, e a QV ($\beta=-0,42$; IC95%: -7,57 a -6,33; $p<,001$; $\beta=-0,28$; IC95%: -4,83 a -3,60; $p<,001$; $\beta=-0,14$; IC95%: -2,89 a -1,65; $p<,001$; $\beta=-0,10$; IC95%: -3,06 a -1,36; $p<,001$). O compromisso na fluência verbal foi a variável da função cognitiva com melhor capacidade preditiva da QV, predizendo em 18% a variância da QV. O modelo aumentou a sua capacidade preditiva com a inclusão do compromisso da numeracia, orientação temporal e memória, para 24%, 25% e 26%, respetivamente.

A existência de **limitação nas atividades da vida diária, a saúde percebida, a presença de mais de duas doenças crónicas e a polimedicação** (i.e., toma de cinco ou mais medicamentos, incluindo suplementos alimentares por dia) mostraram-se estar negativamente associadas com a QV ($\beta=-0,49$; IC95%: -8,52 a -7,35; $p<,001$; $\beta=-0,17$; IC95%: -7,14 a -4,65; $p<,001$; $\beta=-0,09$; IC95%: -2,24 a -0,97;

$p < ,001$; $\beta = -0,08$; IC95%: -1,79 a -0,61; $p < ,001$). A limitação nas atividades da vida diária foi a variável de saúde física com melhor capacidade preditiva da QV, predizendo 24% da variância da QV. O modelo aumentou a sua capacidade preditiva com a inclusão da saúde percebida, a presença de mais de duas doenças crônicas e a polimedicação, para 27%, 27,3%, 28% e 28,1%, respetivamente.

A inatividade física (i.e., ausência de atividade física de intensidade moderada-a-vigorosa, mostrou-se estar negativamente associada com a QV ($\beta = 0,43$; IC95%: -7,20 a -6,05; $p < ,001$), explicando em 18% a variância da QV.

Os modelos de regressão entre a função cognitiva, saúde física, atividade física e a QV dos participantes (variável dependente) encontram-se ilustrados na Tabela 3.

Influência das Circunstâncias da morte na Qualidade de Vida

Segundo os modelos de regressão realizados, as circunstâncias da morte (i.e., os participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida, comparativamente aos que não recorreram à CP) mostraram prever a QV apenas no modelo não ajustado ($\beta = 0,04$; IC95%: 0,01 a 0,33; $p = ,049$). Não se observou qualquer influência das circunstâncias da morte na QV quando ajustado para país ($p = ,051$, Modelo 2); e adicionalmente para escolaridade, idade, dificuldades financeiras e género ($p = ,141$, Modelo 3); presença de sintomas de depressão, satisfação com a vida, solidão e satisfação com o suporte social ($p = ,225$, Modelo 4); compromisso da fluência verbal, numeracia, orientação temporal e memória ($p = ,521$, Modelo 5); limitação nas atividades da vida diária, saúde percebida, presença de mais de duas doenças crônicas e polimedicação ($p = ,642$, Modelo 6); e inatividade física ($p = ,772$, Modelo 7).

Os modelos de regressão entre as circunstâncias da morte e a qualidade de vida (variável independente) encontram-se ilustrados na Tabela 4.

Tabela 2. Modelos de regressão entre as variáveis socioeconômicas, saúde mental/emocional e a qualidade de vida dos participantes (variável dependente).

Covariáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	β	IC 95%	<i>p</i>	β	IC 95%	<i>p</i>	β	IC 95%	<i>p</i>	β	IC 95%	<i>p</i>
<i>Socioeconômicas</i> ^(a)												
Escolaridade	0,31	0,46 a 0,60	<,001	0,27	0,40 a 0,54	<,001	0,23	0,34 a 0,48	<,001	0,23	0,33 a 0,47	<,001
Idade				-0,19	-0,22 a -0,14	<,001	-0,21	-0,24 a -0,17	<,001	-0,20	-0,23 a -0,16	<,001
Dificuldades Financeiras							-0,17	-3,25 a -2,03	<,001	-0,17	-3,24 a -2,02	<,001
Gênero										0,06	0,25 a 1,45	,006
<i>Saúde Mental/Emocional</i> ^(a)												
										--		
Sintomas Depressivos ⁽¹⁾	-0,55	-9,17 a -8,10	,001	-0,43	-7,29 a -6,22	<,001	-0,41	-6,90 a -5,82	<,001	0,41	-6,90 a -5,82	<,001
Satisfação c/ Vida				0,33	4,69 a 5,77	<,001	0,31	4,26 a 5,36	<,001	0,30	4,19 a 5,29	<,001
Solidão							-0,12	-0,77 a -0,44	<,001	-0,12	-0,76 a -0,43	<,001
Satisfação c/ Suporte Social										0,03	0,04 a 1,06	,035

^(a) Modelos de regressão realizados através do método *Stepwise (pairwise exclusion)*.

⁽¹⁾ Presença de sintomas de depressão.

São apresentados os valores padronizados de β .

Tabela 3. Modelos de regressão entre a função cognitiva, saúde física, atividade física e a qualidade de vida dos participantes (variável dependente).

Covariáveis	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	β	IC 95%	<i>p</i>	β	IC 95%	<i>p</i>	β	IC 95%	<i>p</i>	β	IC 95%	<i>p</i>
<i>Função Cognitiva</i> ^(a)												
Fluência Verbal ⁽¹⁾	-0,42	-7,57 a -6,33	<,001	-0,31	-5,74 a -4,42	<,001	-0,28	-5,29 a -3,96	<,001	-0,25	-4,85 a -3,49	<,001
Numeracia ⁽¹⁾				-0,28	-4,83 a -3,60	<,001	-0,23	-4,22 a -2,95	<,001	-0,22	-3,98 a -2,71	<,001
Orientação Temporal ⁽¹⁾							-0,14	-2,89 a -1,65	<,001	-0,13	-2,69 a -1,44	<,001
Memória ⁽¹⁾										-0,10	-3,06 a 1,36	<,001
<i>Saúde Física</i> ^(a)												
Atividades Vida diária ⁽¹⁾	-0,49	-8,52 a -7,35	<,001	-0,46	-8,12 a -6,95	<,001	-0,45	-7,94 a -6,78	<,001	-0,45	-7,86 a -6,69	<,001
Saúde Percebida				-0,17	-7,14 a -4,65	<,001	-0,15	-6,53 a -4,01	<,001	-0,15	-6,56 a -4,08	<,001
Doenças Crônicas ⁽²⁾							-0,09	-2,24 a -0,97	<,001	-0,10	-2,35 a -1,07	<,001
Polimedicção ⁽³⁾										-0,08	-1,79 a -0,61	<,001
<i>Atividade física</i> ^(b)												
Inatividade Física ⁽⁵⁾	-0,43	-7,20 a -6,05	<,001									

⁽¹⁾ Limitação ou compromisso; ⁽³⁾ Existência duas ou mais doenças crônicas; ⁽⁴⁾ Toma de pelo menos cinco medicamentos diferentes; ⁽⁵⁾ Ausência de atividade física de intensidade moderada-vigorosa.

^{(a)(b)} Modelos de regressão realizados através do método *Stepwise (pairwise exclusion)* e *Enter*, respetivamente.

São apresentados os valores padronizados de β .

Tabela 4. Modelos de regressão entre as circunstâncias da morte (recurso ou não a cuidados paliativos) e a qualidade de vida (variável independente).

β	IC 95%	p
Modelo 1		
0,04	0,01 a 0,33	,049
Modelo 2		
0,04	0,00 a 0,33	,051
Modelo 3		
0,03	-0,04 a 0,27	,141
Modelo 4		
0,02	-0,05 a 0,20	,225
Modelo 5		
0,01	-0,08 a 0,16	,521
Modelo 6		
0,01	-0,08 a 0,14	,642
Modelo 7		
0,00	-0,09 a 0,13	,772

Modelo 1: não ajustado; **Modelo 2:** ajustado para país; **Modelo 3:** Modelo 2 + escolaridade, idade, dificuldades financeiras e género; **Modelo 4:** Modelo 3 + presença de sintomas depressivos, satisfação com a vida, solidão e satisfação com o suporte social; **Modelo 5:** Modelo 4 + compromisso da fluência verbal, numeracia, orientação temporal e memória; **Modelo 6:** Modelo 5 + Limitação nas atividades da vida diária, saúde percebida, presença de mais de duas doenças crónicas e polimedicação; **Modelo 7:** Modelo 6 + inatividade física.

São apresentados os valores padronizados de β .

Influência da amostra (país) na relação entre as Circunstâncias da morte e a Qualidade de Vida

Observou-se uma grande heterogeneidade entre países no que diz respeito à QV entre os participantes que faleceram/recorreram à CP, comparativamente aqueles que não recorreram à CP. Na Áustria, Polónia, Luxemburgo, Portugal, Eslovénia e Estónia, observou-se uma tendência para uma menor QV nos participantes que faleceram/recorreram à CP, comparativamente aqueles que não recorreram à CP. Pelo contrário, em Espanha, Itália e Croácia observou-se uma tendência para uma maior QV nos participantes que faleceram/recorreram à CP (Figura 3).

Adicionalmente à tendência observada pela análise gráfica, observaram-se diferenças estatisticamente significativas na QV em 3 dos 18 países (Alemanha, França e Suíça). Na Alemanha e Suíça observaram-se valores de QV superiores nos participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida, comparativamente aqueles que não recorreram à CP (MD= 4,4 ± 2,0; $p=,040$; MD= 5,7 ± 2,3; $p=,015$). Contrariamente, na França observaram-se valores de QV inferiores nos participantes que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida (MD= -3,0 ± 1,4; $p=,030$). Nos restantes países, as diferenças observadas não mostraram ter significância estatística.

As diferenças entre participantes que faleceram/recorreram aos CP nos últimos anos de vida e aqueles que não recorreram aos CP na Alemanha, França e Suíça encontram-se ilustradas na Figura 4.

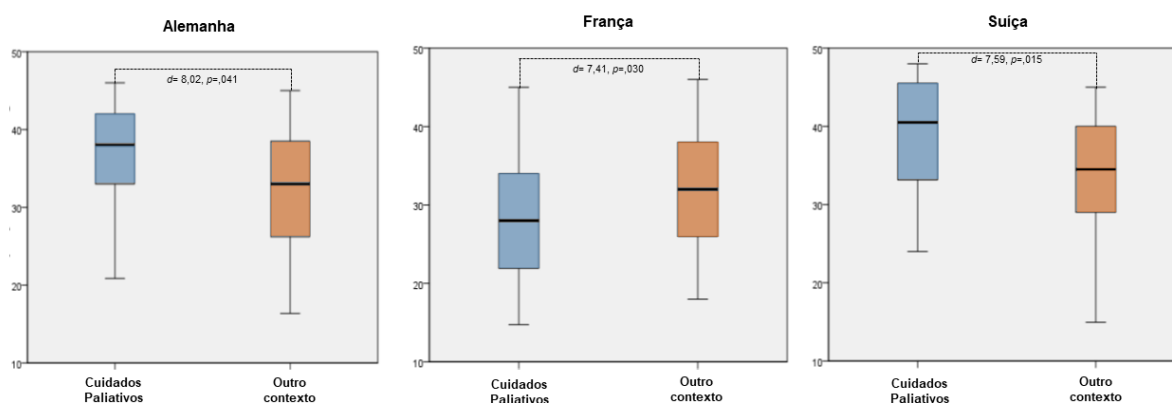


Figura 4. Diferenças na Qualidade de Vida entre os participantes que faleceram/recorreram a Cuidados Paliativos e os que não recorreram a Cuidados paliativos.

Nos países onde se observaram diferenças significativas na QV entre participantes que faleceram/recorreram à CP e os que não recorreram à CP, observou-se uma diferença igualmente significativa na presença de sintomas depressivos. Na Alemanha e Suíça observou-se uma maior prevalência de sintomas depressivos no grupo que não faleceu nem recorreu a cuidados paliativos nos últimos anos de vida, comparativamente aos que recorreram ($\chi^2= 3,75$; $p= ,049$; $\chi^2= 4,88$; $p= ,027$). Contrariamente, na França observou-se uma maior prevalência de sintomas depressivos no grupo que faleceu/recorreu a cuidados paliativos nos últimos anos de vida ($\chi^2= 6,28$; $p= ,012$).

Tabela 5. Distribuição dos participantes com sintomas depressivos por circunstâncias da morte na Alemanha, França e Suíça.

País		Sintomas depressivos ^(a)	Não ^(a)	<i>p</i>	Total ^(b)
Alemanha	Cuidados Paliativos	4 (28,6)	10 (71,4)	,049	14 (18,2)
	Outro contexto	36 (57,1)	27 (42,9)		63 (81,8)
	Total ^(b)	40 (51,9)	37 (48,1)		77 (100,0)
<i>n= 77 (%)</i>					
França	Cuidados Paliativos	50 (72,5)	19 (27,5)	,012	69 (58,0)
	Outro contexto	25 (50,0)	25 (50,0)		50 (42,0)
	Total ^(b)	75 (63,0)	44 (37,0)		119 (100,0)
<i>n= 119 (%)</i>					
Suíça	Cuidados Paliativos	4 (25,0)	12 (75,0)	,027	16 (29,6)
	Outro contexto	22 (57,9)	16 (42,1)		38 (70,4)
	Total ^(b)	26 (48,1)	28 (51,9)		54 (100,0)
<i>n= 54 (%)</i>					

^(a) ^(b) Valores relativos (%) aos grupos “Cuidados Paliativos” e “Outro contexto”, e ao total da amostra por país, respetivamente.

Discussão

Num mundo onde a sabedoria acumulada se intersecta com os desafios da saúde, emerge uma ligação crucial entre a QV e o bem-estar dos idosos ³⁶. Num cenário no qual a população envelhece e enfrenta um novo conjunto de preocupações de saúde, compreender a interligação entre esses dois elementos torna-se essencial para garantir uma vida enriquecedora na terceira idade.

Define-se que o envelhecimento tem início quando o indivíduo pára de crescer. As alterações corporais podem dificultar as atividades habituais, podem favorecer o aparecimento de patologias. No entanto, envelhecer não deve ser considerado algo patológico, tornando-se imperativo manter uma boa QV até o fim ³⁷.

O crescente envelhecimento populacional na Europa suscita uma série de questões que abrangem as esferas socioeconómica, sanitária, científica e ética. Torna-se essencial dar uma atenção especial à QV daqueles que estão a envelhecer, especialmente considerando que muitos deles, em algum ponto das suas vidas, podem necessitar de CP.

Sob um ponto de vista socioeconómico, o envelhecimento populacional apresenta desafios relacionados à sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde, uma vez que uma proporção crescente da população será constituída por idosos que necessitam de cuidados específicos. Isso tem implicações diretas na distribuição de recursos, políticas públicas e sistemas de previdência social, tornando fundamental a avaliação e promoção da QV nessa faixa etária.

No domínio da saúde, o envelhecimento populacional está associado a um aumento na prevalência de doenças crónicas e às necessidades de cuidados de saúde a longo prazo. Portanto, a avaliação e a melhoria da QV tornam-se uma componente essencial na gestão dessas condições de saúde, com o objetivo de proporcionar conforto e bem-estar aos idosos, além do tratamento das doenças. Do ponto de vista científico, o estudo da QV em idosos torna-se uma área de investigação de grande relevância. Compreender os fatores que influenciam a QV, bem como desenvolver estratégias para aprimorá-la, é fundamental para a comunidade científica. Isso envolve a identificação de intervenções médicas e psicossociais que possam contribuir para uma QV mais elevada durante o processo de envelhecimento. A dimensão ética dessa questão é inegável, uma vez que o respeito à dignidade e aos direitos dos idosos é um princípio fundamental. Garantir que a QV seja uma prioridade na assistência à saúde dos idosos é uma responsabilidade ética para a sociedade, os sistemas de saúde e os profissionais de saúde.

Portanto, considerar a QV daqueles que estão a envelhecer, particularmente aqueles que podem vir a necessitar de CP, é de importância crítica para abordar os desafios multidimensionais colocados pelo envelhecimento populacional. Requer abordagens abrangentes e colaborativas que envolvam diferentes áreas do conhecimento, bem como uma abordagem humanitária e respeitosa das necessidades e desejos dos idosos.

Qualidade de vida em idosos

A manutenção da QV nos idosos é uma preocupação que transcende a mera existência física, envolvendo a criação de condições que promovam a plenitude em todos os aspetos, não apenas a saúde física, mas também a saúde mental, emocional e social ³⁸.

Na fase idosa, muitas vezes marcada por desafios de saúde, a QV assume um papel central por afetar diretamente o grau de satisfação e realização que os idosos experimentam no seu dia a dia.

A saúde física é um pilar fundamental da QV para os idosos. A capacidade de realizar atividades diárias sem restrições significativas contribui para uma sensação de independência e bem-estar ³⁹. Além disso, o controlo da dor e a gestão de condições médicas crónicas desempenham um papel crucial na melhoria da QV, permitindo que os idosos mantenham a sua autonomia e participem ativamente nas atividades que lhes trazem alegria.

Entretanto, a QV dos idosos vai além da saúde física. A saúde mental, e emocional desempenham um papel igualmente importante. Os desafios psicológicos, como o isolamento social, a solidão e a ansiedade, podem afetar negativamente o bem-estar dos idosos ⁴⁰. Neste contexto, criar oportunidades para interações sociais significativas, apoio emocional e atividades estimulantes pode contribuir significativamente para uma melhor QV. A importância da QV dos idosos também se reflete na esfera social, que possui grande significado na satisfação pessoal, visto que representa essencialmente as relações interpessoais, do indivíduo idoso, construídas ao longo da sua vida ⁴¹. O domínio social abrange principalmente as atividades desta pessoa na comunidade onde está inserida ⁴².

A QV reflete-se também no aspeto socioeconómico, que, por exemplo, se mostra associado a uma melhor qualidade de vida ³⁸.

Qualidade de Vida em Cuidados Paliativos

Na atualidade, onde há uma forte interação entre a ciência e a compaixão, surge também uma ligação intrínseca entre a QV e os Cuidados Paliativos CP. O panorama atual da saúde reconhece a relevância crucial desta ligação, considerando-a como o cerne da humanização na prestação de cuidados de saúde.

Em situações em que as pessoas enfrentam problemas de saúde complexos e, frequentemente, terminais, a QV é um fator crucial nos cuidados paliativos. Os CP, na essência, são mais do que a simples “administração” de tratamentos de saúde, dedicando-se a proporcionar conforto físico, emocional e espiritual àqueles que enfrentam doenças avançadas com limitações significativas.

Neste contexto, a QV assume uma posição de destaque, apontando para uma abordagem multidisciplinar que extrapola os limites da cura convencional. É um compromisso de melhorar não somente a saúde física, mas também a saúde mental, psicológica, emocional, espiritual e social dos

doentes. Os doentes com necessidades de CP, geralmente, apresentam sintomas debilitantes, que variam desde a dor crónica até a fadiga extrema.

Neste cenário, a procura pela qualidade de vida concretiza-se através do controlo eficaz dos sintomas, permitindo que os doentes vivam os seus dias com o máximo conforto possível. No entanto, a QV não se restringe à dimensão física. O bem-estar emocional assume uma importância igualmente primordial. A ansiedade, o medo e a tristeza podem ser companheiros constantes para aqueles que enfrentam doenças graves.

É aqui que os cuidados paliativos, com a sua abordagem compassiva e holística, entram em ação, oferecendo apoio psicológico e espaços para expressão emocional. A QV, neste contexto, reside na promoção da paz interior e na aceitação serena da jornada que se desenrola. Além disso, a QV nos CP estende-se ao âmbito social. O estímulo à ligação com amigos e familiares, a possibilidade de realizar atividades significativas e a manutenção de uma sensação de propósito contribuem para a sensação de plenitude mesmo nas circunstâncias mais desafiadoras. Os CP procuram enriquecer os momentos da vida com experiências que alimentem o espírito humano.

Portanto, o objetivo principal deste estudo consistiu em analisar, a nível europeu, a QV de idosos (com 65 anos ou mais) na comunidade durante os últimos anos de vida e comparar a QV daqueles que faleceram/recorreram aos CP nos últimos anos de vida com a daqueles que não recorreram à CP. De acordo com os resultados do presente estudo, em geral, nos países analisados, não se observou uma diferença significativa na QV entre os idosos que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida e aqueles que não recorreram à CP, quando ajustado para outras variáveis analisadas (Tabela 4).

Este resultado corrobora os achados do estudo de Davis et al. (2017), que examinou a alteração da QV em doentes sob cuidados paliativos. De facto, embora a revisão sistemática e meta-análise de Gaertner et al. (2017), que investigou a QV em cuidados paliativos, tenha observado uma melhoria na QV associada aos cuidados paliativos, o efeito estimado mostrou-se ser de pequena magnitude, em parte influenciada pelo facto de quatro dos doze estudos incluídos na meta-análise não terem reportado qualquer efeito. De acordo com a análise de subgrupos, a meta-análise sugere que o efeito dos CP na QV dos doentes é mais pronunciado nos doentes com cancro que receberam CP especializados⁴⁴.

Também os estudos de Catania *et al.* (2015) e Yamagishi *et al.* (2014) sugerem uma influência de pequena magnitude dos CP na QV, o que poderá estar associado aos desenhos dos estudos, bem como da heterogeneidade nos instrumentos utilizados para a avaliação da QV nos doentes em CP^{45,46}. Uma limitação adicional dos estudos anteriormente referidos, é o facto de os instrumentos mais utilizados não conseguirem medir a MCID (minimal clinically important difference) na QV, o que permitiria avaliar as respostas terapêuticas às intervenções⁴⁷.

Apesar dos resultados do presente estudo, tal como os resultados dos demais estudos acima referidos, poderem parecer decepcionantes no que diz respeito aos benefícios dos cuidados paliativos na QV, é

importante considerar uma vez mais a heterogeneidade, não só dos instrumentos, mas também das amostras/população.

Com base na distribuição da amostra e número de países incluídos no presente estudo, pode especular-se que a amostra analisada é muito heterogénea, não só no que diz respeito à dimensão da amostra, como observado na Tabela 1, mas também na expressão que determinados fatores podem apresentar nos diferentes países analisados, como, por exemplo, a organização dos CP e políticas de saúde, que podem influenciar a QV e consequentemente os resultados. Adicionalmente, a amostra de cada país é composta por indivíduos que podem ter uma resposta diferente aos CP, resposta essa que depende de muitos fatores como, por exemplo, a organização da equipa, a experiência, mas também do estado basal do doente, ou seja, do grau de sofrimento associado à doença, podendo existir doentes onde se observa uma franca melhoria após intervenção da Equipa de CP, outros onde se observam melhorias modestas, e ainda outros cuja QV permanece estável ou pode mesmo piorar.

De facto, sabe-se que fatores como a diversidade cultural e contextual, o acesso e disponibilidade de CP, as políticas de saúde e recursos, e as barreiras culturais e linguísticas podem influenciar a QV, e assim a sua análise.

Diversidade Cultural e Contextual: Cada país possui a sua própria cultura, valores e tradições que moldam a perceção da qualidade de vida e a abordagem dos cuidados paliativos. A compreensão do que constitui uma boa qualidade de vida pode variar significativamente, afetando a forma como os idosos percebem e relatam a sua própria QV.

Acesso e Disponibilidade de Cuidados Paliativos: A organização e disponibilidade dos cuidados paliativos podem variar substancialmente entre os países. Em alguns lugares, os cuidados paliativos podem ser altamente acessíveis, enquanto noutros podem ser limitados ou não estar disponíveis para todos os doentes. Isso pode influenciar tanto a perceção da QV quanto a eficácia dos cuidados paliativos em melhorá-la.

Políticas de Saúde e Recursos: As políticas de saúde de um país, juntamente com os recursos alocados aos cuidados paliativos, podem afetar diretamente a qualidade dos serviços oferecidos. Países com políticas de saúde orientadas para a promoção e investimento em cuidados paliativos podem apresentar resultados mais positivos em relação à QV, enquanto outros podem não ter a mesma priorização.

Barreiras Culturais e Linguísticas: A comunicação entre os profissionais de saúde, os idosos e as suas famílias é fundamental para o sucesso dos cuidados paliativos. Diferenças linguísticas e barreiras culturais podem afetar a compreensão das necessidades e preferências do doente, impactando a eficácia dos cuidados prestados.

Apesar de geralmente dos países analisados, não se tenha observado uma diferença significativa na QV entre os idosos que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida e os que não recorreram à CP, a análise por país permitiu observar diferenças significativas na QV em 3 dos 18 países (Alemanha, Cuidados paliativos e qualidade de vida em idosos da comunidade em

França e Suíça). No entanto, em dois destes países (Alemanha e Suíça) observaram-se valores de QV superiores nos participantes que faleceram/recorreram à CP, contrariamente ao que se observou no terceiro país (França), tendo-se observado neste uma menor QV nos participantes que faleceram/recorreram à CP (Figura 4). Este facto, associado às diferenças no tamanho da amostra (Alemanha, $n=77$; França, $n=119$; e Suíça, $n=54$), poderão ter também condicionado a magnitude dos resultados no presente estudo.

Outra possível explicação para a ausência de diferença na QV entre grupos poderá ser o papel mediador que outros fatores poderão ter na QV. De acordo com os resultados a presença de sintomas depressivos foi a covariável que melhor se associou com a QV, predizendo em 31% a sua variância (Tabela 2 e 3). Este facto vai de encontro com a distribuição dos participantes com sintomas depressivos por circunstâncias da morte (Tabela 5), onde o país (França) no qual se observou uma menor QV nos participantes que faleceram/recorreram à CP, mostrou igualmente uma maior prevalência de sintomas depressivos neste grupo de participantes.

Assim, apesar do presente estudo ter como objetivo analisar a QV nos últimos anos e vida, e perceber de que forma o recurso a CP poderão influenciar a QV a nível europeu, parece sobressair a ideia de que ainda não é possível analisar os diferentes países europeus na totalidade, uma vez que ainda se observam grandes diferenças na estrutura, recursos e acessos aos CP.

A diversidade cultural, as políticas de saúde, as diferenças socioeconómicas e outras variáveis contextuais têm o potencial de afetar profundamente as perceções individuais sobre a QV, bem como a eficácia das intervenções destinadas a melhorá-la. Estas discrepâncias podem ser observadas não apenas entre nações, mas também em diferentes regiões num mesmo país. As implicações dessas variações são significativas. Elas não só podem influenciar a forma como os idosos vivenciam a sua própria QV, mas também como os profissionais de saúde desenvolvem e implementam estratégias de cuidados, especialmente no contexto dos cuidados paliativos. A falta de influência da atividade dos cuidados paliativos na QV, conforme observado no estudo em questão, poderá ser explicada, pelo menos em parte, por essas diferenças contextuais.

Portanto, há uma necessidade premente de uma abordagem mais aprofundada e abrangente na investigação sobre a QV nos idosos nos últimos anos de vida. Estudos futuros devem considerar a heterogeneidade entre países e regiões como um ponto central de investigação. A análise das influências culturais, políticas de saúde, disponibilidade de CP e fatores socioeconómicos deve ser conduzida de forma a elucidar as interações complexas que moldam as perceções individuais e coletivas sobre a QV. A utilização de instrumentos universais que possam avaliar a QV e fornecer dados mais rigorosos deverá ser incentivado de forma a melhor compreender esta questão, permitindo ainda a comparação entre diversas amostras populacionais.

Além disso, a realização de estudos longitudinais pode fornecer *insights* valiosos sobre como a QV evolui ao longo dos anos finais de vida. Ao adotar uma abordagem comparativa entre diferentes países

e regiões, é possível identificar padrões e tendências que ajudem a compreender melhor como as circunstâncias contextuais afetam as experiências individuais.

O presente estudo teve como **objetivo secundário**, analisar a influência que determinados fatores socioeconómicos (i.e., género, idade, estado civil, escolaridade e dificuldades financeiras), de saúde mental/emocional (i.e., presença de sintomas depressivos, solidão, satisfação com a vida e satisfação com o suporte social), da função cognitiva (i.e., orientação temporal, numeracia, fluência verbal e memória), da saúde física (i.e., limitações para as atividades da vida diária, limitações nas atividades instrumentais da vida diária, saúde percebida, presença de doenças crónicas, polimedicação estado nutricional) e a atividade física poderiam ter na QV dos idosos nos últimos anos de vida. Os resultados obtidos, através dos modelos de regressão realizados, permitem uma melhor compreensão da QV nos idosos nos últimos anos de vida. A análise destes resultados fornece *insights* importantes acerca dos fatores que influenciam a QV nessa fase da vida, destacando a importância uns em detrimento de outros, permitindo uma hierarquização dos mesmos no que diz respeito a uma abordagem centrada na QV.

Assim, tal como referido anteriormente, as variáveis de saúde mental/emocional foram aquelas que melhor se associaram à QV, explicando na sua globalidade 42% da variância da QV. Entre estas, destaca-se a presença de sintomas de depressão que isoladamente explicaram 31% da variância da QV. A identificação de uma associação inversa entre a presença de **sintomas de depressão e solidão** e a QV destaca a influência profunda do estado emocional na perceção global de bem-estar. A influência da presença de sintomas de depressão na previsão da QV é notável, uma vez que esta variável de saúde mental/emocional demonstrou uma capacidade preditiva substancial. A inclusão da satisfação com a vida, da solidão e da satisfação com o suporte social nos modelos de regressão aumentou significativamente a sua capacidade preditiva, sugerindo a natureza interconectada destes fatores no contexto da QV dos idosos nos últimos anos de vida. A constatação de que sintomas depressivos e sentimentos de solidão estão associados a uma menor QV, vai de encontro com a literatura⁴⁸, reforçando a importância de considerar a saúde mental/emocional na avaliação e no planeamento das intervenções com vista a melhorar a QV dos idosos nesta fase. A relação entre a saúde mental/emocional e a QV sugere a necessidade de uma abordagem integrada que aborde tanto os fatores emocionais como os sociais nos cuidados aos idosos. Ainda na dimensão da saúde mental/emocional, a associação positiva entre a **satisfação com a vida**, bem como entre o **suporte social** e a QV oferecem uma visão rica e sobre a relação entre os aspetos emocionais e sociais e a QV dos idosos nos últimos anos de vida. Estas associações fornecem um vislumbre das forças positivas que podem moldar a experiência global de bem-estar nesse período crucial. A ligação encontrada entre a satisfação com a vida e a QV reforça a noção de que a maneira como os idosos percebem e avaliam a sua própria existência pode desempenhar um papel fundamental na determinação do nível de QV que experienciam. A satisfação com a vida não é apenas um indicador subjetivo de contentamento, mas também parece influenciar diretamente a QV percebida, o que vai de encontro de outros estudos na literatura^{49,50}. Este aspeto sugere que cultivar uma perspetiva positiva e uma apreciação geral pela vida pode contribuir para uma melhor

QV entre os idosos nesta fase. Além disso, a associação entre a satisfação com o suporte social e a QV destaca o papel crucial das relações interpessoais e do apoio social no contexto do bem-estar dos idosos. Ambas as associações, seja entre satisfação com a vida e QV ou entre satisfação com o suporte social e QV, apontam para a necessidade de considerar não apenas as dimensões físicas e de saúde dos idosos, mas também as suas dimensões emocionais e sociais ⁵¹. Estes resultados reforçam a ideia de que a QV é uma construção multidimensional moldada por uma variedade de fatores interligados. Assim, qualquer intervenção ou abordagem que tenha como objetivo a melhoria da QV nos últimos anos de vida deve integrar não apenas as condições médicas, mas também deve estar atenta às dimensões emocionais, relações sociais e perspectivas de vida dos idosos ⁵².

As variáveis associadas à saúde física foram aquelas que, seguidamente às variáveis de saúde mental/emocional, melhor explicaram a variância da QV. A presença de **limitação nas atividades da vida diária** explicou isoladamente 24% da variância da QV, não se tendo observado um aumento significativo da capacidade preditiva da variância da QV com a inclusão das restantes variáveis de saúde física, que, no entanto, se mostraram estatisticamente associadas à QV (i.e., a saúde percebida, a presença de mais de duas doenças crónicas e a polimedicação). Este resultado destaca a relevância da autonomia funcional na determinação do bem-estar geral, e consequentemente na QV dos idosos nos últimos anos de vida. A associação negativa entre a presença de limitação nas atividades da vida diária sugere que a capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia está intrinsecamente ligada à forma como os idosos percebem a sua própria QV. A limitação nas atividades diárias não só reflete restrições físicas, mas também pode influenciar a independência, a autonomia e, consequentemente, a QV. Apesar de numa menor dimensão, a presença de múltiplas doenças crónicas e a polimedicação surgem também neste estudo como fatores com um impacto negativo na QV. O facto de mais de duas doenças crónicas e a polimedicação estarem associadas a uma QV mais baixa realça a complexidade da gestão de várias condições de saúde. A polimedicação, embora muitas vezes necessária, pode trazer consigo efeitos secundários, interações entre medicamentos e encargos para o idoso, tudo isto afetando a percepção da QV. Por outro lado, a associação negativa entre a percepção da saúde e a QV realça a importância do autorrelato na avaliação da QV. A forma como os idosos percebem a sua própria saúde não é apenas um indicador subjetivo; tem implicações profundas na maneira como avaliam a sua própria QV. Uma saúde percebida como menos favorável pode conduzir a uma visão mais negativa da própria QV, independentemente do quadro clínico real.

A par da saúde física, as variáveis associadas à função cognitiva explicaram na sua globalidade 26% da variância da QV, tendo o **comprometimento na fluência verbal** explicado isoladamente 18% da variância da QV. A associação inversa entre a existência de comprometimento na fluência verbal e a QV sugere que a capacidade de comunicação verbal está intrinsecamente ligada à percepção de QV. O comprometimento nesta área pode afetar a forma como os idosos interagem com o mundo à sua volta e se expressam, o que, por sua vez, pode influenciar a sua avaliação subjetiva de bem-estar. A relevância do comprometimento na fluência verbal na QV destaca ainda a importância da comunicação clara e eficaz no contexto da QV. A inclusão de outras variáveis cognitivas, como a numeracia, a orientação

temporal e a memória, nos modelos de regressão, ainda que com menor expressão, demonstra a natureza multifacetada da relação entre a função cognitiva e a QV nos idosos nos últimos anos de vida e vai ao encontro de outros estudos que mostraram os mesmos resultados⁵³. Da mesma forma, a associação inversa entre a numeracia e a QV revela a importância da capacidade numérica na determinação da percepção de bem-estar. A numeracia e as competências relacionadas com os números são cruciais para lidar com diversas situações do quotidiano, como tomar decisões financeiras e avaliar riscos. A falta de destreza numérica pode impactar a confiança dos idosos em enfrentar esses desafios, afetando potencialmente a sua QV. Igualmente, a associação inversa entre a orientação temporal e a QV sublinha a importância da noção de tempo para o bem-estar dos idosos. A orientação temporal envolve a capacidade de perceber o tempo passado, presente e futuro, e o seu comprometimento pode levar a uma sensação de desorientação e desconexão com a realidade, afetando a QV. A associação inversa entre a memória e a QV sublinha, por sua vez, a influência fundamental da capacidade de memória na experiência global de bem-estar. A memória não molda apenas a forma como os idosos recordam as experiências passadas, mas também pode influenciar a sua capacidade de se envolverem no presente e de planearem para o futuro.

Com uma menor expressão na capacidade explicativa da variância da QV surgem a inatividade física (18%) e as variáveis socioeconómicas (16%, na sua globalidade).

Observou-se uma associação inversa entre a **inatividade física** e a QV nos idosos nos últimos anos de vida. Esta associação está em linha com as associações observadas no domínio da saúde física, em que se observou que a presença de limitação nas atividades da vida diária mostrou também uma associação inversa com a QV. Como expectável, a existência de limitações funcionais condiciona a realização de atividade física, sobretudo de intensidade moderada-vigorosa, o que por sua vez afeta a QV. De facto a atividade física tem um papel importante para a saúde física e emocional dos idosos, evitando não só o declínio da funcionalidade física, mas também da função cognitiva, melhorando ainda o bem-estar emocional⁵⁴.

Menos expectável, foi a fraca magnitude da associação observada entre as variáveis socioeconómicas com a QV. Observou-se, de facto, uma associação positiva entre a **escolaridade** e a QV o que é congruente com estudos prévios^{55,56}, que identificaram a baixa escolaridade com uma baixa QV. Ainda assim, esta mostrou explicar apenas 9% da variância da QV. O aumento na escolaridade pode estar relacionado com um maior conhecimento sobre a saúde, melhor habilidade para cuidar de si e para a adoção de estilos de vida saudáveis. A contribuição significativa da escolaridade na explicação da variância da QV enfatiza o papel que a educação desempenha na promoção do bem-estar nos idosos nos seus últimos anos de vida. Ainda no domínio socioeconómico, observou-se uma influência da idade, das dificuldades financeiras e do género masculino na QV. A associação inversa entre **idade** e QV sugere que à medida que os idosos envelhecem, podem enfrentar desafios crescentes para manter um alto nível de bem-estar, possivelmente devido a limitações físicas, doenças crónicas e outros fatores relacionados à idade. As **dificuldades financeiras**, por sua vez, que embora se pensasse que pudessem

representar um fator importante na QV, o mesmo não se observou. Observou-se, de facto, uma associação negativa entre dificuldades financeiras e a QV, o que vai de encontro de outros estudos^{57,58}, mas, ainda assim, esta associação mostrou ter, neste contexto, uma baixa magnitude. Embora as condições socioeconómicas desfavoráveis possam ter um impacto substancial na QV dos idosos^{57,58}, podendo limitar o acesso a cuidados de saúde adequados, lazer, alimentação saudável e outras dimensões que contribuem para a QV, os resultados do presente estudo sugerem que quando contemplados outros fatores, nomeadamente a saúde mental/emocional, saúde física, função cognitiva e atividade física em idosos nos últimos anos de vida, as variáveis socioeconómicas perdem a sua importância. Por outro lado, a associação positiva entre o **género masculino** e a QV requer uma análise cuidadosa. Apesar da diferença ser ligeira, este resultado está em consonância com estudos que sugerem uma possível ligação entre idosos do sexo masculino e uma QV percecionada como mais elevada⁵⁵. Este achado pode estimular uma reflexão acerca das dinâmicas sociais e de género que podem influenciar a maneira como os idosos do sexo masculino percecionam e relatam a sua QV. Normas culturais e pressões de género específicas poderão estar a desempenhar um papel na forma como os idosos do género masculino avaliam a sua própria QV e também, ao contrário, como a realidade cultural e social impõe aos idosos do género feminino, pressões que podem levar a uma autoavaliação baixa da QV. Assim sendo, é essencial considerar uma série de fatores interligados ao género ao interpretar estes resultados e ao explorar as complexidades das experiências individuais na fase final da vida.

Em suma, a análise dos modelos de regressão realizados revela insights importantes sobre a influência das **circunstâncias da morte na QV** dos idosos nos últimos anos de vida. Ao explorar como a variável das circunstâncias da morte (ou seja, participantes que faleceram/recorreram a cuidados paliativos comparativamente aos que não recorreram a esses cuidados de saúde) afeta a QV, podemos identificar padrões interessantes que ajudam a compreender melhor a relação entre a prestação de cuidados no final da vida e a perceção de bem-estar. De forma surpreendente, os resultados mostram que as circunstâncias da morte têm uma associação apenas no modelo não ajustado, sugerindo que esta relação pode ser influenciada por fatores complexos e variados. A associação positiva encontrada no modelo não ajustado ($\beta=0,04$; IC95%: 0,01 a 0,33; $p=,049$) indica que, inicialmente, pode parecer haver uma influência significativa das circunstâncias da morte na QV. No entanto, quando ajustamos para várias variáveis, como país, escolaridade, idade, dificuldades financeiras, género, saúde mental, capacidade cognitiva, saúde física e outros fatores, a associação perde a significância estatística.

Este resultado sugere que a relação entre as circunstâncias da morte e a QV pode ser mediada ou influenciada por uma série de outros fatores, sendo este o principal contributo do presente trabalho para a evidência nesta área de investigação. O facto de a associação perder significância após o ajuste para as diversas variáveis sugere que a influência das circunstâncias da morte na QV pode ser complexa e multifacetada, e não pode ser explicada por um único fator isolado. Além disso, a falta de influência significativa das circunstâncias da morte na QV em modelos subsequentes (ajustados para variáveis adicionais) pode indicar que outros aspetos, como a saúde mental, a capacidade cognitiva, a saúde física,

a funcionalidade e outros determinantes socioeconómicos, podem ter um impacto mais substancial na percepção geral de bem-estar dos idosos nos últimos anos de vida.

Este resultado enfatiza a complexidade inerente à avaliação da QV nos idosos e destaca a necessidade de considerar uma série de fatores inter-relacionados ao examinar o impacto das circunstâncias da morte na QV. A falta de influência significativa quando ajustado para múltiplas variáveis sugere que o contexto mais amplo dos cuidados no final da vida, bem como as características individuais dos idosos, desempenham um papel crucial na determinação da percepção de bem-estar.

Limitações

A principal limitação do presente estudo é o facto desta se tratar duma investigação com um desenho transversal, não permitindo aferir causalidade, podendo até por vezes assistir-se a fenómenos de causalidade inversa. O facto de se ter observado apenas em França uma menor QV e maior prevalência de sintomas depressivos nos participantes que faleceram/recorreram à CP pode ser um exemplo desta situação. Os participantes que recorreram em CP poderão ter reportado uma menor QV e apresentado sintomas de depressão não por estar em CP, mas pelo contrário, terem recorrido à CP exatamente por terem sintomas de depressão e menor QV.

Outra limitação associada ao desenho do estudo e agravada pelo facto de neste estudo se terem utilizado dados de uma base de dados europeia, e assim condicionada às variáveis cedidas, é a incapacidade para controlar, por exemplo, para valores iniciais, nomeadamente da QV. Na impossibilidade de ter acesso aos valores iniciais poderia ter sido importante controlar, por exemplo, outras variáveis como o tempo em CP ou para a causa de morte. Apesar desta impossibilidade, deve notar-se que, embora estas (ou outras) variáveis pudessem ter alguma influência na análise da QV, as variáveis incluídas nos vários modelos explicaram no seu conjunto a “totalidade” da variância da QV. Desta forma, pode assumir-se que esta limitação não terá enviesado os resultados desta investigação. De facto, numa análise realizada posteriormente, apesar de se terem observado diferenças estatisticamente significativas na QV entre as causas de morte identificadas, não se observaram diferenças entre os idosos que faleceram/recorreram à CP nos últimos anos de vida e os que não recorreram à CP (Anexo 1).

Conclusões

Na atualidade europeia e podemos afirmar também mundial, em que o conhecimento se cruza com os desafios da saúde, emerge uma ligação crucial entre a QV e o bem-estar dos idosos. Com o envelhecimento da população e as preocupações de saúde associadas, torna-se vital compreender essa relação para garantir uma terceira idade gratificante.

O envelhecimento não deve ser encarado como uma condição patológica, mas sim como uma fase na qual é imperativo preservar uma QV satisfatória. A saúde física, mental, emocional e social dos idosos desempenha um papel fundamental na sua QV.

O aumento do envelhecimento populacional na Europa levanta questões socioeconômicas, sanitárias, científicas e éticas. A sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde é desafiada, dado o aumento na proporção de idosos que necessitam de cuidados específicos. Portanto, é fundamental avaliar e promover a QV nessa faixa etária. No âmbito da saúde, o envelhecimento está associado ao aumento de doenças crônicas e necessidades de cuidados a longo prazo. Portanto, a avaliação e melhoria da QV são componentes essenciais para o tratamento e conforto dos idosos. Do ponto de vista científico, o estudo da QV em idosos é crucial. Compreender os fatores que a influenciam e desenvolver estratégias para melhorá-la são objetivos fundamentais para a comunidade científica.

A dimensão ética também é relevante, uma vez que respeitar a dignidade e os direitos dos idosos é uma responsabilidade fundamental. Garantir que a QV seja uma prioridade na assistência à saúde é uma responsabilidade ética. Portanto, considerar a QV dos idosos, especialmente daqueles que podem precisar de Cuidados Paliativos (CP), é de importância crítica para enfrentar os desafios do envelhecimento populacional. Isso requer abordagens colaborativas que respeitem as necessidades e desejos dos idosos.

A QV nos idosos transcende a saúde física e inclui aspetos mentais, emocionais e sociais. A capacidade de realizar atividades diárias sem restrições é fundamental para a independência e o bem-estar. Além disso, o controle da dor e o tratamento de condições crônicas desempenham um papel crucial na QV.

Desafios psicológicos, como isolamento social e ansiedade, também afetam a QV dos idosos. Promover interações sociais significativas e apoio emocional pode melhorar significativamente a QV. A dimensão social, representada pelas relações interpessoais e atividades na comunidade, é essencial para a satisfação pessoal. A QV também está ligada a fatores socioeconômicos, sendo uma melhor situação socioeconômica associada a uma melhor qualidade de vida.

No contexto dos CP, a QV assume um papel fundamental. Os CP não se limitam a “administrar” atos de saúde; eles proporcionam conforto físico, emocional e espiritual a pessoas com doenças graves e limitações. Controlar eficazmente os sintomas e promover o bem-estar emocional são objetivos centrais.

Além disso, os CP visam melhorar a dimensão social, estimulando a ligação com amigos e familiares, a participação em atividades significativas e a sensação de propósito.

O estudo analisou a QV de idosos (com 65 anos ou mais) na comunidade durante os últimos anos de vida e comparou a QV daqueles que faleceram/recorreram aos CP com a daqueles que não o fizeram, a nível europeu. Em geral, não foi observada uma diferença significativa na QV entre os dois grupos quando ajustados para outras variáveis.

No entanto, a análise por país revelou diferenças significativas na QV em três dos 18 países (Alemanha, França e Suíça). Essas variações podem ser atribuídas a fatores como a diversidade cultural, políticas de saúde, disponibilidade de CP e diferenças socioeconómicas.

Outras conclusões relevantes deste estudo, refletem sobre a relação entre variáveis de saúde mental/emocional, saúde física, função cognitiva, atividade física e variáveis socioeconómicas com a QV dos idosos nos últimos anos de vida. Eis algumas conclusões importantes da análise dos modelos de regressão:

- Saúde Mental/Emocional é um Fator Principal: As variáveis relacionadas com a saúde mental/emocional desempenham um papel fundamental na explicação da QV. Sintomas de depressão explicam sozinhos uma grande parte da variação na QV, destacando a importância de lidar com questões emocionais na avaliação e planeamento de intervenções para melhorar a QV dos idosos no final da vida.
- Conexão Entre Saúde Mental e Solidão: A presença de sintomas depressivos e sentimentos de solidão está inversamente associada à QV, destacando a profunda influência do estado emocional na perceção global de bem-estar. Isso realça a necessidade de abordar não apenas a solidão, mas também as questões emocionais ao cuidar de idosos nesta fase.
- Satisfação com a Vida e Suporte Social Importantes: A satisfação com a vida e o suporte social têm associações positivas significativas com a QV, indicando que cultivar uma perspetiva positiva e manter relações interpessoais sólidas pode melhorar a QV dos idosos no final da vida.
- Saúde Física e Autonomia Funcional: A saúde física, especialmente a presença de limitações nas atividades da vida diária, desempenha um papel crucial na determinação do bem-estar. A autonomia funcional está intrinsecamente ligada à perceção da QV, destacando a importância de manter a capacidade de realizar tarefas do dia a dia.
- Efeitos das Doenças Crónicas e Polimedicação: A presença de múltiplas doenças crónicas e polimedicação tem um impacto negativo na QV. Isso destaca a complexidade da gestão de várias condições de saúde e a necessidade de equilibrar os benefícios com os efeitos secundários da medicação.
- Função Cognitiva e Comunicação: O comprometimento na fluência verbal tem uma associação inversa com a QV, sublinhando a importância da comunicação verbal clara e eficaz. Outras

variáveis cognitivas, como numeracia, orientação temporal e memória, também têm algum impacto na QV.

- Atividade Física e Saúde Física: A inatividade física está associada a uma QV mais baixa, destacando a importância da atividade física para a saúde física e emocional dos idosos no final da vida.
- Variáveis Socioeconômicas com Menos Peso: Embora a escolaridade e a idade tenham alguma influência na QV, as variáveis socioeconômicas em geral têm uma menor contribuição na explicação da variação da QV quando comparadas com outras áreas, como a saúde mental/emocional e saúde física.
- Circunstâncias da Morte e Complexidade: As circunstâncias da morte têm uma associação inicial com a QV, mas essa relação torna-se não significativa quando ajustada para outras variáveis, indicando que a influência das circunstâncias da morte é mediada por diversos outros fatores. O contexto mais amplo dos cuidados no final da vida e as características individuais dos idosos desempenham um papel crucial na determinação da QV.

Portanto, é essencial considerar a complexidade das influências contextuais ao avaliar a QV dos idosos nos últimos anos de vida. Estas conclusões realçam a complexidade da avaliação da QV em idosos nos últimos anos de vida e a importância de considerar uma variedade de fatores interligados. Elas também apontam para a necessidade de uma abordagem integrada que contemple não apenas as dimensões físicas, mas também as dimensões emocionais e sociais ao cuidar de idosos nesta fase. Além disso, essas descobertas podem fornecer informações valiosas para orientar intervenções e políticas de apoio a idosos no final da vida, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Estudos futuros devem levar em conta essas variações e realizar análises mais aprofundadas sobre a QV nesta população, incluindo a investigação de fatores culturais, políticas de saúde e impactos socioeconômicos. Além disso, estudos longitudinais podem fornecer insights sobre como a QV evolui com o tempo, considerando a heterogeneidade entre países e regiões. Isso é crucial para uma abordagem mais abrangente na compreensão e promoção da QV nos idosos nos últimos anos de vida.

Considerações para investigações Futuras

Considerando as limitações inerentes a este estudo, é pertinente tecer algumas considerações que possam guiar investigações futuras no âmbito da QV dos idosos nos últimos anos de vida. Uma das medidas cruciais consiste em adotar uma abordagem que permita um maior controlo dos valores iniciais das diferentes variáveis, possibilitando uma análise mais precisa da evolução destes fatores ao longo do tempo.

Nesse sentido, a realização de estudos longitudinais revela-se essencial. A implementação deste tipo de desenho de investigação, com a identificação de todas as variáveis que possam influenciar a QV e de todo o processo de referenciação, acesso, seguimento em CP, possibilita uma análise mais dinâmica, capaz de analisar as alterações e os padrões de desenvolvimento das variáveis ao longo do processo de envelhecimento. O acompanhamento de uma mesma população/amostra de idosos ao longo de um período considerável, é crucial para determinar a verdadeira relevância das variáveis socioeconómicas, de saúde física e mental, atividade física, suporte social, função cognitiva, com recurso ou não a CP, bem como outros fatores que se podem inter-relacionar, contribuindo assim para uma visão mais completa e precisa das alterações na QV.

Além disso, uma análise mais detalhada da evolução das variáveis ao longo do tempo poderia fornecer perspectivas sobre a relação causal entre essas variáveis e a QV. Ao controlar para os valores iniciais, seria possível investigar se as alterações na saúde mental ou física ao longo do tempo têm um impacto direto na QV dos idosos, ou vice-versa. Isto ajudaria a esclarecer as interações complexas que podem influenciar a determinação da QV nos idosos nos últimos anos de vida.

Assim, uma análise longitudinal permitiria a deteção de padrões ou tendências que não são possíveis investigar recorrendo a um estudo transversal. Por exemplo, poderia ser possível observar/analisar se determinados fatores têm um impacto mais pronunciado na QV em determinados momentos do processo de envelhecimento, algo que apenas seria possível através da observação das alterações ao longo do tempo.

Por conseguinte, futuras investigações nesta área devem contemplar a relevância dos desenhos de estudo longitudinais, que possibilitam um acompanhamento mais minucioso e dinâmico das variáveis ao longo do tempo. Esta abordagem auxiliará na compreensão das relações complexas entre os diversos fatores que podem influenciar a QV e a QV dos idosos nos últimos anos de vida, estabelecendo assim uma base sólida para orientar intervenções e políticas destinadas a melhorar o bem-estar nesta fase crucial da vida. Estudos futuros poderiam interessar as seguintes áreas de estudo:

- Avaliação de Intervenções Psicossociais: Realizar um estudo de intervenção para avaliar o impacto de programas psicossociais direcionados a idosos no final da vida, com foco na redução dos sintomas de depressão e solidão, e como esses programas afetam a sua QV. Este estudo

poderia utilizar métodos de ensaios clínicos controlados para investigar a eficácia dessas intervenções.

- Avaliação da Comunicação e Qualidade de Vida: Realizar investigações sobre como a comunicação eficaz, incluindo a fluência verbal e a comunicação não-verbal, influencia a QV dos idosos. Este estudo poderia examinar estratégias para melhorar a comunicação entre idosos, familiares e profissionais de saúde.
- Cultura e Qualidade de Vida: Explorar como os fatores culturais influenciam a Qualidade de Vida dos idosos nos últimos anos de vida. Uma investigação transcultural comparativa poderia analisar as diferenças na percepção da Qualidade de Vida e nas abordagens de cuidados entre diferentes países europeus.
- Inovações nos Cuidados Paliativos: Explorar inovações nos cuidados paliativos, incluindo abordagens interdisciplinares, tecnologias assistivas e modelos de atendimento centrados no doente. O objetivo seria entender como essas inovações podem melhorar a Qualidade de Vida de doentes idosos em cuidados paliativos.
- Avaliação de Políticas de Envelhecimento Ativo: Investigar a eficácia das políticas de envelhecimento ativo implementadas em diferentes países europeus, com ênfase na influência dessas políticas na saúde mental, bem-estar emocional e QV dos idosos.
- Qualidade de Vida e Desigualdades Socioeconômicas: Analisar em profundidade como as desigualdades socioeconômicas impactam a QV dos idosos, considerando fatores como educação, renda, acesso a cuidados de saúde e habitação.

Estas sugestões de estudos futuros podem contribuir para a expansão do conhecimento na área da QV dos idosos nos últimos anos de vida e oferecer insights valiosos para o desenvolvimento de políticas e intervenções voltadas para uma terceira idade gratificante. Cada uma destas áreas de pesquisa abordaria questões fundamentais relacionadas à saúde física, mental, emocional e social dos idosos, considerando fatores éticos e culturais.

Parece ainda ser crucial avaliar e comparar a utilização de diferentes ferramentas para a avaliação da QV em doentes em fim de vida ou com necessidades de cuidados paliativos, de forma a universalizar ou criar um instrumento específico para o efeito, que possa ser utilizado em qualquer população/país.

Bibliografia

1. Eurostat EU. Ageing Europe—Looking at the Lives of Older People in the EU—Statistics Explained;. *Publications Office of the European Union*; . Luxembourg, 2019;
2. Brown J, Bowling A, Flynn T. Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature;. *European Forum on Population Ageing Research: Sheffield, UK*. 2004;
3. Gomes B PM, Lopes S, et al. Risk factors for hospital death in conditions needing palliative care: Nationwide population-based death certificate study. *Palliative Medicine*. 2018;32(4):891-901. doi:10.1177/0269216317743961;
4. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Mar 2001;56(3):M146-56. doi:10.1093/gerona/56.3.m146
5. European C. Population structure and ageing. European Commission. 2023. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&direction=next&oldid=510113
6. Governo P. Projeções de População Residente em Portugal. Instituto Nacional de Estatística. 2023. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
7. Stuck A, Masud T. Health care for older adults in Europe: how has it evolved and what are the challenges? *Age and Ageing* 2022;VO 51 IS 12 SN 1468-2; DO 10.1093/ageing/afac287
8. Soulis G KY, Bahat G, Duque S, Gouiaa R, Ekdahl AW, Sieber C, Petrovic M, Benetos A. Geriatric care in European countries where geriatric medicine is still emerging. *Eur Geriatr Med* 2021;12(1):205-211. doi: 10.1007/s41999-020-00419-7. Epub.
9. OMS. Accessed maio 1. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
10. EAPC. EAPC. *EAPC*. 2020. <https://eapcresearchcongress2020.eu/wp-content/uploads/2020/11/White-Paper-on-standards-and-norms-for-hospice-and-palliative-care-in-Europe.pdf>
11. Gómez-Batiste X MS, Thomas K, Blay C, Boyd K, Moine S, Gignon M, Van den Eynden B, Leysen B, Wens J, Engels Y, Dees M, Costantini M. Comprehensive and Integrated Palliative Care for People With Advanced Chronic Conditions: n Update From Several European Initiatives and Recommendations for Policy. . *A J Pain Symptom Manage* 2017;2017 Mar;53(3):509-517. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.361. Epub 2016 Dec 30. PMID: 28042069.
12. F. Scotté CH, S. Oudard, M.E. Bugat, R. Bugat, F. Farsi, M. Namer, J.M. Tourani, C. Tournigand, G. Yazbek, S. Richard, I. Krakowski. Supportive care organisation in France: An in depth study by the French speaking association for supportive care in cancer (AFSOS). *European Journal of Cancer*. 2013:Pages 1090-1096, ISSN 0959-8049, <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2012.11.002>.
13. Scaccabarozzi G. LPG, Limonta F., Peruselli C., Bellentani M., Crippa M. Monitoring the Italian Home Palliative Care Services. . *Health* 2019. 2019;7:4. doi: 10.3390/healthcare7010004.
14. NHS. <https://www.nhs.uk/conditions/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/>.
15. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos biênio 2017-2018*. 2016. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_20
16. Agarwal R EA. The Role of Palliative Care in Oncology. *Semin Intervent Radiol*. 2017;34(4):307-312. doi: 10.1055/s-0037-1608702. .
17. Ferrel B. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Implications for Oncology Nursing. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6(2):151-153. doi: 10.4103/apjon.apjon_75_18. PMID: 30931359; PMCID: PMC6371670.
18. Parackal A RK, Tarride JE. Economic Evaluation of Palliative Care Interventions: A Review of the Evolution of Methods From 2011 to 2019. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022;39(1):108-122. doi: 10.1177/10499091211011138.

19. Hackett J. The Importance of Holistic Care at the End of Life. *Ulster Med J.* 2017;86(2):143-144. Epub 2017 May 20. PMID: 29535491; PMCID: PMC5846001.
20. Qureshi D TP, Perez R, Pond GR, Seow HY. Early initiation of palliative care is associated with reduced late-life acute-hospital use: A population-based retrospective cohort study. *Palliat Med.* 2019;2019 Feb;33(2):150-159. doi: 10.1177/026921631881.
21. WHPCA. WHPCA. *WHPCA.* 2020. <http://www.thewhpc.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>
22. Kramer AM FP, Morgenstern N. Geriatric care approaches in health maintenance organizations. *J Am Geriatr Soc.* 1992;40(10):1055-67. doi: 10.1111/j.1532-5415.1992.tb04486.x. PMID: 1401681.
23. EuroQol. Accessed maio 1. <https://euroqol.org/eq-5d-instruments/>.
24. Accessed maio 1. <https://psyassessmentlab.fpce.uc.pt/investigacao/instrumentos/whoqol-old>.
25. Davis MP HD. Quality of Life in Palliative Care. *Expert Rev Qual Life Cancer Care.* 2017;2(6):293-302. doi: 10.1080/23809000.2017.1400911. Epub 2017 Nov 8. PMID: 30854466; PMCID: PMC6405258.
26. Zimmermann C SN, Krzyzanowska M, Hannon B, Leighl N, Oza A, Moore M, Rydall A, Rodin G, Tannock I, Donner A, Lo C. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2014;383(9930):1721-30.
27. Quality of Life Group Website. Accessed maio 1. <https://qol.eortc.org/questionnaire/qlq-c15-pal/>.
28. Voumard R, Rubli Truchard, E., Benaroyo, L. et al. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatr* 2018;18, 220 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0>.
29. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health.* May 2003;7(3):186-94. doi:10.1080/1360786031000101157
30. Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, et al. Development of the EURO-D scale--a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *Br J Psychiatry.* Apr 1999;174:330-8. doi:10.1192/bjp.174.4.330
31. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1980;39(3):472-480. doi:10.1037/0022-3514.39.3.472
32. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging.* 2004;26(6):655-672. doi:10.1177/0164027504268574
33. Barbosa R, Midão L, Almada M, Costa E. Cognitive performance in older adults across Europe based on the SHARE database. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.* Jul 2021;28(4):584-599. doi:10.1080/13825585.2020.1799927
34. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *Jama.* Sep 21 1963;185:914-9. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
35. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist.* 1969;9(3, Pt 1):179-186. doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179
36. Silva J, Souza L, Ganassoli C. Quality of life in the elderly: prevalence of intervening factors. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2017;15(3):146-9.
37. Freitas EVd, Py L, Cançado F, Doll J, Gorzoni M. *Tratado de geriatria e gerontologia.* 3 ed. Guanabara Koogan; 2011.
38. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública.* 2007;41
39. Ribeiro AP, Souza ERd, Atie S, Souza ACd, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2008;13

40. Wosiack RMR, Berlim CS, Santos GA. Fatores de risco e de proteção evidenciados em idosos de Ivoti-RS: intervenções psicossociais na área da Gerontologia. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2013;10(3):256-270. doi:10.5335/rbceh.2013.2495
41. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Whoqol-bref-assessed quality of life of the elderly of Juiz de Fora/MG. *Rev APS*. 2011;14(1):93-100.
42. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007;20
43. Davis MP, Hui D. Quality of Life in Palliative Care. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2017;2(6):293-302. doi:10.1080/23809000.2017.1400911
44. Gaertner J, Siemens W, Meerpohl JJ, et al. Effect of specialist palliative care services on quality of life in adults with advanced incurable illness in hospital, hospice, or community settings: systematic review and meta-analysis. *Bmj*. Jul 4 2017;357:j2925. doi:10.1136/bmj.j2925
45. Catania G, Beccaro M, Costantini M, et al. Effectiveness of complex interventions focused on quality-of-life assessment to improve palliative care patients' outcomes: a systematic review. *Palliat Med*. Jan 2015;29(1):5-21. doi:10.1177/0269216314539718
46. Yamagishi A, Sato K, Miyashita M, et al. Changes in quality of care and quality of life of outpatients with advanced cancer after a regional palliative care intervention program. *J Pain Symptom Manage*. Oct 2014;48(4):602-10. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.11.016
47. Wettergren L, Kettis-Lindblad Å, Sprangers M, Ring L. The Use, Feasibility and Psychometric Properties of an Individualised Quality-of-Life Instrument: A Systematic Review of the SEIQoL-DW. *Quality of Life Research*. 2009;18(6):737-746.
48. Bezerra PA, Nunes JW, Moura LBdA. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2021;34
49. Resende MCd, Bones VM, Souza IS, Guimarães NK. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*. 2006:0-0.
50. Guedea MTD, Albuquerque FJBd, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2006;19
51. da Silva MR, de Moura LMS, Barjud LLE, Batista GS, Filho MLdS. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão integrativa / Quality of life of chronic renal patients undergoing hemodialysis: An integrative review. *Brazilian Journal of Health Review*. 07/27 2020;3(4):9344-9374. doi:10.34119/bjhrv3n4-172
52. Almeida T, Sampaio FM. Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2007;8(1):143-149.
53. Beckert M, Irigaray TQ, Trentini CM. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2012;29
54. Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act*. May 11 2010;7:38. doi:10.1186/1479-5868-7-38
55. Mulasso A, Roppolo M, Rabaglietti E. The role of individual characteristics and physical frailty on health related quality of life (HRQOL): a cross sectional study of Italian community-dwelling older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2014;59 3:542-8.
56. Martín U, Domínguez-Rodríguez A, Bacigalupe A. Desigualdades sociales en salud en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España. *Gaceta Sanitaria*. 2019/01/01/ 2019;33(1):82-84. doi:https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.010
57. Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Ment Health*. Nov 2002;6(4):355-71. doi:10.1080/1360786021000006983
58. Zissi A, Barry MM, Cochrane R. A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychol Med*. Sep 1998;28(5):1221-30. doi:10.1017/s0033291798007338

Anexos

Anexo I

Tabela Suplementar. Influência da Causa de morte na Qualidade de Vida (QV) entre os idosos que faleceram/recorreram a Cuidados Paliativos (CP) nos últimos anos de vida e os que não recorreram a CP.

Causa de Morte	Cuidados Paliativos		Outro contexto		Total	
	n (%)	QV (Média ± DP)	n (%)	QV (Média ± DP)	n (%)	QV (Média ± DP)
Sem informação	24 (2,9)	26,6 (8,3)	55 (3,9)	30,3 (7,8)	79 (3,5)	29,2 (8,1)
Cancro	310 (37,3)	32,0 (7,8)	193 (13,7)	31,5 (7,3)	503 (22,5)	31,8 (7,6)^b
Doenças Cardio-Cerebrovasculares	259 (31,1)	27,6 (7,6)^a	695 (49,4)	30,2 (7,7)^a	954 (42,6)	29,5 (7,7)
Doenças Infeciosas severas	57 (6,9)	28,3 (7,7)	103 (7,3)	29,8 (7,4)	160 (7,1)	29,3 (7,5)
Acidente	1 (0,1)	47	50 (3,6)	33,3 (7,5)	51 (2,3)	33,5 (7,7)^b
Doenças Metabólicas	3 (0,4)	32,5 (4,5)	12 (0,9)	26,0 (6,9)	15 (0,7)	27,3 (6,9)
Doença Mental	13 (1,6)	24,9 (6,3)	17 (1,2)	28,6 (8,2)	30 (1,3)	27,0 (7,6)^b
Doenças noutros sistemas	80 (9,6)	30,1 (7,8)	139 (9,9)	30,0 (7,3)	219 (9,8)	30,0 (7,5)
Falência Orgânica	85 (10,2)	27,0 (7,7)	143 (10,2)	27,9 (7,2)	228 (10,2)	27,6 (7,4)
Total	832	29,4 (8,0)	1407	30,1 (7,6)	2239	29,9 (7,7)

^a Diferenças estatisticamente significativas ($p < ,05$) na QV entre idosos que faleceram/recorreram a CP nos últimos anos de vida e os que não recorreram a CP, analisadas através de testes-*t* para amostras independentes. ^b Diferenças estatisticamente significativas ($p < ,05$) na QV entre as diferentes causas de morte identificadas, realizadas através da análise de variância (ANOVA) com correção de *Bonferroni*.